

Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género

S. D. Ofman, C. I. Pereyra y D. Stefani

Silvia Deborah Ofmanes es Licenciada en Psicología y Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Carolina Iris Pereyra Girardi es profesora en la Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador. Dorina Stefani es Directora del Equipo de Investigación en Psicología Social y Salud del Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini".

Introducción

El enfoque de género en las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial esencial

Enfocar la temática de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la hipertensión arterial esencial (HTA) desde

una perspectiva de género obliga, en primer lugar, a considerar el modo en que históricamente se interpretaron estas enfermedades.

Algunas líneas de investigación (Martínez Benlloch, 2003; Rohlf et al., 2004; Tajer, 2009; Valls-Llobet, 2001) coinciden en afirmar que las ECV fueron pensadas –y, en menor medida, continúan siéndolo– como una “enfermedad del varón”, hecho que determinó que sólo se estudiaran en cierto segmento de la población masculina, el cual, por esta causa, obtuvo mejores herramientas para enfrentar la enfermedad (por ejemplo, conocimiento de los síntomas, tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales de salud).

Esta situación podría tener su explicación si se toman en cuenta los primeros datos epidemiológicos acerca de la enfermedad (mayor prevalencia de ECV en la población masculina), las diferencias en la conformación biológica de varones y mujeres (las mujeres presentan menor riesgo de contraer ECV que los varones durante el período previo a la menopausia por causas hormonales), y la asociación que se estableció entre los roles de determinado sector de la población masculina y el perfil psicosocial de vulnerabilidad coronaria. (Tajer, 2009). Esto último

significa que los factores psicosociales de riesgo de la enfermedad coronaria estuvieron asociados “[...] a la modalidad de subjetivación y de estresores específicos de los varones ‘ejecutivos’ (o de sector medio y alto en general) [...]” (Tajer, 2009, p. 281).

Actualmente, y a partir de la evidencia que muestra que las ECV son una de las primeras causas de muerte en las mujeres (Alfonso, Bermejo y Segovia, 2006), ellas también pasan a ser sujetos de estudio. Algunas de las investigaciones en esta área sólo se circunscriben a la población femenina, mientras que otras comparan mujeres y varones. Dichos estudios se realizaron, principalmente, sobre las variables clínicas de la enfermedad (factores de riesgo, sintomatología, edad de presentación, entre otras) (Aguado-Romeo, Márquez-Calderón y Buzón-Barrera, 2006; Canto et al., 2007; Collins et al., 2007; Jiménez-Navarro y Anguita-Sánchez, 2008; Knopp, 2002; Mazón y Bertomeu, 2008; Sáez de Lafuente et al., 2009) y, en menor medida, sobre las variables psicosociales de riesgo asociadas a las ECV (Denia y Mingote, 2001; Laham, 2006; Rohlf et al., 2004; Ruiz Corral, Antuña Calleja y López Alonso, 2010; Tajer, 2009).

En general, los resultados muestran que hay diferencias por sexo y por género (Rohlf et al., 2004). Esto es, algunas diferencias se deben a las características biológicas de cada sexo (por ejemplo, la constitución hormonal) y otras se deben a las formas particulares de construcción de la vulnerabilidad psicosocial coronaria, como efecto de los modos de subjetivación de género (Tajer, 2009).

No obstante, y pese a que varones y mujeres coronarios/as presentan singularidades en las formas de enfermar y cuidarse, en el ámbito médico aún continúa vigente el prejuicio y sesgo de considerar a las ECV como un problema privativo del varón (Flichtentrei, 2010), situación que impulsa a continuar realizando estudios con enfoque de género en este tipo de enfermedades.

Para aplicar un enfoque de género en salud, uno de los pasos previos e imprescindibles es contar con los datos desagregados por sexo (Rohlf et al., 2004). Esta variable caracteriza el problema, mientras que el género es la categoría que permite explicar las diferencias encontradas entre varones y mujeres. (Velasco Arias, 2008). La categoría de género son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia la diferencia sexual (Lamas, 1999). Dicha categoría impacta en forma diferencial sobre el estado y cuidado de la salud de varones y mujeres (Castañeda Abascal, 2007).

El autocuidado en la hipertensión arterial esencial

La HTA representa, en la actualidad y a nivel mundial, uno de los problemas sociosanitarios más importantes, debido a la alta prevalencia

–en incremento– que se registra en la población adulta de varios países de Europa (Kearney et al., 2005), América del Norte (Fields et al., 2004) y Latinoamérica (Schargrotsky et al., 2008). Este trastorno psicofisiológico (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado Morales y Escalona Martínez, 1994) constituye uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (Chobanian et al., 2003). En su etiología confluyen múltiples factores: genético-hereditarios, psicosociales y estilos de vida, entre otros. (Miguel-Tobal et al., 1994).

Por tratarse de un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de la HTA es la capacidad de autocuidado (Achury, Sepúlveda y Rodríguez, 2009). Si bien hay diferentes definiciones del concepto de autocuidado, la revisión de Muñoz Mendoza, Cabrero García, Richart Martínez, Orts Cortés y Cabañero Martínez (2005) menciona que la teoría de Dorothea Orem y el Modelo Promotor de la Salud de Pender, ambos surgidos en el campo de la enfermería, son conceptualizaciones que se han tomado de referencia en la investigación de esta temática.

Al respecto, Dorothea Orem (Vega Angarita y González Escobar, 2007) sostiene que el autocuidado es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que se encuentra determinada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo. La capacidad de autocuidado no es innata; por el contrario, se desarrolla a lo largo de la vida, y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene el grupo social de pertenencia. Las actividades de autocuidado se relacionan con ciertos requisitos, los cuales tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas condiciones. Estos requisitos se agrupan en tres categorías: requisitos universales (representan los comportamientos generales y básicos para el desarrollo de cada ciclo vital), del desarrollo (condiciones que garantizan el crecimiento y desarrollo en situaciones específicas de cada ciclo vital) y aquellos requisitos derivados de la desviación de la salud (agrupa los comportamientos necesarios para personas enfermas, lesionadas, o discapacitadas).

Asimismo, el Modelo Promotor de la Salud de Pender (1982) sugiere que un estilo de vida saludable se compone de dos tipos de comportamientos complementarios: los comportamientos preventivos, que tienden a conservar la estabilidad y disminuir las probabilidades de enfermar, y los comportamientos promotores, que son aquellas conductas que aumentan los niveles de bienestar. La promoción de la salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos. Pender (1982) toma como punto de partida el concepto de autoeficacia de la teoría social cognitiva de Bandura, trasladándolo al campo de la enfer-

mería, a fin de investigar las conductas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En los pacientes hipertensos, el autocuidado se relaciona, especialmente, con lo que Dorothea Orem categoriza como aquellos comportamientos que se ponen en práctica cuando ocurre una desviación de la salud. Estos contemplan la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica (Achury et al., 2009). Velandia-Arias y Rivera Álvarez (2009) señalan, también, que la capacidad de autocuidado guarda relación con la adherencia terapéutica, definida como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Sabaté, 2004, p. 3). Estas autoras concluyen que las personas que poseen mejor capacidad de autocuidado, cuentan con más altos niveles de adherencia al tratamiento.

Por otra parte, el tratamiento antihipertensivo incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas (o higienicodietéticas) (Consejo Argentino de Hipertensión Arterial, 2007). El tratamiento no farmacológico es la medida inicial básica en la mayoría de los pacientes, y se indica tanto en el caso de que se prescriba o no el tratamiento farmacológico. La literatura científica lo denomina “modificaciones en el estilo de vida” (Consejo Argentino de Hipertensión Arterial, 2007; Lombera Romero et al., 2000). Estas modificaciones buscan propiciar que los pacientes abandonen antiguos hábitos nocivos e implementen diversos tipos de controles y comportamientos beneficiosos para la salud. Entre estas medidas se cuentan no sólo el abandono del alcohol y tabaquismo, la realización de actividad física, y la reducción en el consumo de sal, sino también un manejo adecuado del estrés psicosocial (Lombera Romero et al., 2000).

Por último, diversos trabajos en población hipertensa distinguen los comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica por género, arribando a diversos resultados. Mientras algunos muestran que las mujeres hipertensas presentan gran déficit en lo que respecta, por ejemplo, a la realización de actividad física, el control de la presión arterial, y el conocimientos sobre la enfermedad (Araújo Santos, 2006; Gómez Gutiérrez, Lucumí Cuesta, Girón Vargas y Espinosa García, 2004; Ingaramo et al, 2005), otros concluyen que el control de la presión en pacientes hipertensos no se diferencia entre varones y mujeres (Ong, Tso, Lam y Cheung, 2008) y un tercer grupo sostiene que, en general, los hábitos saludables son más deficitarios en los varones (Flichtentrei, 2010).

Objetivo

El presente estudio forma parte de un proyecto mayor¹. El objetivo es comparar comportamientos de autocuidado en pacientes hipertensos esenciales, según género.

Hipótesis

La hipótesis del estudio afirma que el género influye sobre los comportamientos de autocuidado de los/as pacientes hipertensos/as esenciales.

Método

Diseño

El diseño corresponde al de un estudio ex post facto, comparativo, de corte transversal.

Muestra

Participaron 200 pacientes hipertensos esenciales (100 varones y 100 mujeres), reclutados de distintos centros de salud públicos y privados, situados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (República Argentina)². La estrategia de muestreo utilizada para la conformación de la muestra fue la no probabilística de tipo accidental.

Descripción sociodemográfica de la muestra y comparación por género

En lo que refiere a la caracterización sociodemográfica de la muestra, la Tabla 1 muestra que la edad promedio es de 56 años (de=8), la mayoría de los pacientes es de nacionalidad argentina, de religión católica, estado civil casado, con hijos. En cuanto al nivel de escolaridad alcanzado, los mayores porcentajes se concentraron en el nivel secundario y terciario/universitario. Al momento de la entrevista, gran parte de los pacientes se encontraba laboralmente activo, siendo sus principales ocupaciones la de empleado y profesional independiente.

¹ Proyecto general: Estrés Psicosocial y Estilo de Vida en adultos con Hipertensión Arterial Esencial. Un análisis a partir del género. Director: Dra. Dorina Stefani. Subsidio: CONICET PIP N° 11220080100114.

² Las instituciones de salud que colaboraron en el trabajo de campo del estudio fueron: Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini", Policlínico Bancario "9 de Julio", Hospital General de Agudos "José María Ramos Mejía" y Centro Médico Caballito.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de la muestra según género.								
Variables sociodemográficas	Muestra total n:200		Masculino n:100		Femenino n:100		Pruebas estadísticas	
	m	de	m	de	m	de	t	p
Edad	56.41	7.85	56.37	7.84	56.44	7.91	-0,06	.95
Nivel de educación alcanzado	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Primario	23	11	13	13	10	10		
Secundario	82	41	43	43	39	39	1.1	.58
Terciario/Universitario	95	48	44	44	51	51		
Nacionalidad								
Argentina	181	91	93	93	88	88	1.45	.23
Extranjera	19	9	7	7	12	12		
Estado Civil								
Soltero	17	8	9	9	8	8		
Casado	133	67	72	72	61	61	4.16	.38
Separado/Divorciado	29	15	12	12	17	17		
Viudo	21	10	7	7	14	14		
Hijos								
Sin hijos	26	13	16	16	10	10	1.59	.21
Con hijos	174	87	84	84	90	90		
Religión								
Ninguna	30	15	17	17	13	13		
Católica	153	77	76	76	77	77	2.61	.63
Judía	15	7	7	7	8	8		
Otra	2	1	0	0	2	2		
Situación laboral								
No trabaja	58	29	19	19	39	39	9.7	.00
Trabaja	142	71	81	81	61	61		
Ocupación principal							Phi=	-.22
Oficios varios	22	16	12	15	10	16		
Empleado	56	39	34	42	22	36		
Comerciante	17	12	13	16	4	7	11	.03
Docente	12	9	2	2	10	16		
Profesional independiente/Empresario	35	24	20	25	15	25		
							Phi=	.28
m:media aritmética de:desvío estándar p ≤ .05								

En lo concerniente a la comparación de las variables sociodemográficas según género, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en dichas variables, a excepción de “Situación laboral actual” y “Ocupación principal” (son más varones que mujeres los que trabajan, observándose predominio femenino en la ocupación docente), hecho esperable, pero con coeficientes de asociación bajos (<.30). A los fines de este estudio, que analiza tendencias generales del comportamiento de las variables, se considera que ambos grupos (varones y mujeres) son comparables en cuanto al perfil sociodemográfico.

Descripción clínica de la muestra y comparación por género

Tabla 2. Perfil clínico de la muestra según género.								
Variables clínicas	Muestra n:200		Masculino n:100		Femenino n:100		Pruebas estadísticas	
	m	de	m	de	m	de	t	p
Presión arterial sistólica (mm Hg)	138	21	140	20	137	21	1.04	.30
Presión arterial diastólica (mm Hg)	85	15	86	16	85	15	.64	.52
Índice de masa corporal (kg/m²)	29	5	30	5	29	6	1.46	.14
	n	%	n	%	n	%	X²	p
Tiempo de evolución HTA								
Hasta 5 años	79	40	42	42	37	37		
Entre 5 y 15 años	80	40	38	38	42	42	.54	.76
Más de 15 años	41	20	20	20	21	21		
Tratamiento farmacológico HTA								
No	10	5	5	5	5	5	.00	1
Sí	190	95	95	95	95	95		
Tabaquismo								
No	163	82	80	80	83	83	.30	.58
Sí	37	18	20	20	17	17		
Consumo alcohol								
No	159	80	68	68	91	91	16.22	.00
Sí	41	20	32	32	9	9		
							Phi=-0,28	
Dislipemias								
No	150	75	81	81	69	69	3.84	.06
Sí	50	25	19	19	31	31		
Diabetes								
No	164	82	80	80	84	84	.54	.46
Sí	36	18	20	20	16	16		
Antecedentes familiares HTA								
No	33	16	24	25	9	9		
Sí	159	80	72	75	87	91	8.23*	.00
NS/NC	8	4						
							Phi=.21	

* Para realizar este análisis se eliminó la categoría NS/NC.

m:media aritmética de:desvío estándar p ≤ .05

En cuanto a las características clínicas de la muestra, la Tabla 2 muestra que el promedio de la presión arterial sistólica fue de 138 mm Hg (de=21), el promedio de la presión arterial diastólica fue de 85 mm Hg (de=15) y el promedio del índice de masa corporal fue de 29 kg/m² (de=5). En lo que refiere al tiempo de evolución de la HTA (se consideró un lapso de tiempo aproximado, transcurrido entre el diagnóstico de HTA y el momento de la entrevista) un 40% de los pacientes tenía hasta 5 años de hipertenso/a, otro 40% tenía entre 5 y 15 años de HTA, y el 20% restante tenía más de 15 años de HTA. La mayoría de los pacientes toma una o dos medicaciones antihipertensivas. Por otra parte, el

80% de la muestra posee antecedentes familiares de HTA. En general, los pacientes manifiestan no ser tabaquistas, no consumir alcohol, y no presentar dislipemias ni diabetes.

Con respecto a la comparación de las variables clínicas por género, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en dichas variables, a excepción de "Consumo de alcohol" y "Antecedentes familiares de HTA", ambas con coeficientes de asociación bajos ($<.30$). Al igual que en el caso del perfil sociodemográfico, por ser éste un estudio que analiza las tendencias generales del comportamiento de las variables, se considera que ambos grupos son comparables en cuanto al perfil clínico.

Recolección de datos

Después de obtener la autorización de los profesionales de las instituciones de salud que participaron del proyecto, se procedió a realizar las entrevistas individuales, que tuvieron una duración promedio de 40 minutos. Asimismo, y previo a la entrevista, se explicó a los pacientes el objetivo del estudio. Aquellos que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado.

Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación aplicados fueron:

Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos (elaborado "ad hoc"). Con el fin de obtener el perfil social y clínico de la muestra, se elaboró un cuestionario de preguntas que recaba información sobre las características sociodemográficas (edad, nivel de educación, nacionalidad, estado civil, religión y situación laboral) y clínicas (presión arterial, tiempo de evolución de la HTA, tratamiento farmacológico para la HTA, antecedentes familiares de HTA, tabaquismo, consumo de alcohol, presencia de dislipemias y diagnóstico de diabetes).

Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) de Walker, Sechrist y Pender (1987). Con el fin de evaluar los comportamientos de autocuidado se seleccionó el cuestionario HPLP II (Walker et al., 1987), elaborado sobre la base del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1982), debido a que ha sido ampliamente utilizado en investigaciones realizadas en población hipertensa, diabética y en pacientes en rehabilitación cardíaca (Calvo González et al., 2004; Hamilton, Kives, Micevski y Grace, 2003; Miño González y Stieповich Bertoni, 2003; Oliver-Mcneil y Artinian, 2002; Zauszniewski y Chung, 2001), así como en estudios sobre factores de riesgo cardiovascular (Chilton, Hu y Wallace, 2006; Grey et al., 2004; Jefferson, Melkus y Spollett, 2000; Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage y Delicath, 2006). Además, según la revisión bibliográfica de Muñoz Mendoza et al. (2005), el HPLP II se cuenta entre los instrumentos que miden la capacidad de autocuidado.

El instrumento mide la frecuencia con que los sujetos mantuvieron hábitos saludables durante el período que comprende los seis meses previos a la entrevista. Se compone de 52 ítems que conforman una escala total y que se agrupan en seis subescalas: Autorrealización (evalúa el logro de propósitos y metas personales); Relaciones interpersonales (se centra en la comunicación y las relaciones con los otros); Nutrición (valora la elección de una dieta diaria saludable); Actividad física (grado de participación en actividades físicas leves, moderadas y enérgicas); Responsabilidad con la salud (dimensión relacionada con la detección temprana de síntomas y la búsqueda de ayuda profesional) y Manejo del estrés (evalúa la utilización de recursos psicológicos y físicos que ayuden a controlar o reducir la tensión diaria).

La aplicación consistió en solicitarle a los sujetos que indiquen la periodicidad con la cual realizaron cada conducta o hábito mencionado en los ítems, durante los últimos seis meses. Para ello debieron elegir una de las siguientes categorías correspondientes a una escala Likert 1 a 5: 1=nunca; 2=pocas veces; 3=a veces sí y a veces no; 4=frecuentemente; 5=siempre. Los puntajes más altos reflejan comportamientos más saludables. Para el presente estudio se utilizó la versión española del instrumento (Walker, Kerr, Pender y Sechrist, 1990).

Para el presente estudio, se halló una adecuada consistencia interna del instrumento, obteniéndose un valor Alpha de Cronbach = .915 para la escala total, y valores entre .611 y .847 para las subescalas que la conforman.

Análisis estadístico

Para establecer si los datos apoyan la hipótesis formulada en el estudio, se llevó a cabo un análisis multivariado de la variancia (MANOVA), a fin de evaluar si el género influye en los comportamientos de autocuidado, estudiados a través del HPLP II. Dicho cálculo considera, por un lado, todas las dimensiones o subescalas del HPLP II en forma simultánea y, por otro lado, cada una de ellas en forma separada. Se fijó un nivel de significación menor o igual a .05.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0 (Castañeda, Cabrera, Navarro y de Vries, 2010).

Resultados

La Tabla 3 presenta las medias aritméticas y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos en el cuestionario HPLP II, reflejando el grado de intensidad con que los pacientes de la muestra se dedicaron a diversos comportamientos de autocuidado. Asimismo, se presentan los resultados del MANOVA y el valor "p" de probabilidad de error.

Tabla 3. Comportamientos autocuidado según género.						
Subescalas HPLP II	Género				Prueba estadística	
	Masculino		Femenino		MANOVA $T_{\text{HOTT}}=.27$ $F_{\text{HOTT}(6;193)}=8.65$ $p=.00$	
	$n=100$		$n=100$		$F_{(1;198)}$	p
m_1	de_1	m_2	de_2			
Responsabilidad con la salud	3.09	.70	3.42	.66	12.39	.00
Actividad física	2.53	1.08	2.19	.90	6.09	.01
Nutrición	3.21	.60	3.39	.67	4.47	.04
Autorrealización	3.65	.66	3.47	.68	3.69	.05
Relaciones interpersonales	3.5	.70	3.57	.69	.52	.47
Manejo del estrés	2.94	.66	2.82	.74	1.54	.22

Los valores de las subescalas oscilan entre 1 (nunca) y 5 (siempre)
m:media aritmética de:desvío estándar $p \leq .05$

A partir de los resultados obtenidos en el MANOVA, se observaron diferencias estadísticamente significativas por género al considerar todas las dimensiones del autocuidado en forma simultánea ($T_{\text{Hott}} = .27$; $F_{\text{Hott}(6; 193)} = 8.65$; $p=.000$). Al tener en cuenta cada dimensión en forma separada, se observaron diferencias por género en las subescalas “Responsabilidad con la salud” ($F_{(1;198)}=12.39$; $p=.00$; $m_2=3.42$ vs. $m_1=3.09$), “Nutrición” ($F_{(1;198)}=4.47$; $p=.04$; $m_2=3.39$ vs. $m_1=3.21$), “Actividad física” ($F_{(1;198)}=6.09$; $p=.01$; $m_1=2.53$ vs. $m_2=2.19$) y “Autorrealización” ($F_{(1;198)}=3.69$; $p=.05$; $m_1=3.65$ vs. $m_2=3.47$). En las dimensiones “Responsabilidad con la salud” y “Nutrición” las mujeres puntuaron más alto que los varones, es decir, consultaron a los profesionales de la salud con mayor frecuencia y tuvieron una alimentación más sana. En las dimensiones “Actividad física” y “Autorrealización” los varones puntuaron más alto que las mujeres, lo que indica que realizaron más asiduamente ejercicios físicos y se dedicaron, más que ellas, a concretar metas personales. Por el contrario, en las subescalas “Relaciones interpersonales” y “Manejo del estrés” no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

Discusión

Diversas investigaciones con enfoque de género estudian cómo se manifiestan, en varones y mujeres, algunas variables psicosociales relacionadas con la HTA: estrés psicosocial, afrontamiento, hostilidad, entre otras. (Bernal Trujillo, Lemos Hoyos, Medina Durango, Ospina Duque y

Torres, 2009; Dressler, Bindon y Negrees, 1998; Levenstein, Smith y Kaplan, 2001; Theorell, Alfredsson, Westerholm y Falck, 2000).

En el presente estudio se decide realizar un abordaje de género en relación a la capacidad de autocuidado de los pacientes hipertensos/as ya que, tal como se mencionó en la introducción, dicha variable constituye un fenómeno de suma importancia para la HTA y los trastornos crónicos.

Los resultados apoyan la hipótesis planteada y coinciden con estudios previos realizados en población hipertensa (Gómez Gutiérrez et al., 2004; Martínez Pastor et al., 2010; Roca-Cusachs et al., 2003) y en población general (Jonson, 2005). En dichos trabajos se observa que la actividad física es una práctica saludable predominantemente masculina, mientras que la consulta médica y la alimentación sana son pautas de autocuidado especialmente femeninas.

A partir de las conceptualizaciones de Fernández (1993) sobre los modelos de femineidad y masculinidad trazados en la Modernidad, se podrían justificar los hallazgos obtenidos, en base a su referencia sobre la esfera de lo público y la esfera de lo privado. Esferas donde, tradicionalmente, se han desplegado la vida y el acontecer de varones y mujeres, respectivamente. Lo público se caracteriza por la práctica de la política, la productividad, el trabajo remunerado, la consagración del éxito y la autonomía. El ámbito de lo privado se define 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. A ello se agregan las prescripciones tradicionales de rol de género, socialmente establecidas, como determinantes del comportamiento (Moore, 1988; Stefani, 2004). Asimismo, y aún cuando se han producido importantes transformaciones sociales durante las últimas décadas, dichos modelos y roles permanecen con cierta vigencia (Zubieta, Fernández y Sosa, 2012).

Los resultados indicarían que los varones, de acuerdo al mandato de rol como proveedores de sostén económico de la familia, obtuvieron mayores logros en las dimensiones del autocuidado más enfocadas a la autopromoción y el poder personal (lo cual se expresa en puntuaciones más altas en las subescalas "Autorrealización" y "Actividad física"), mientras que las mujeres, de acuerdo al mandato de rol como proveedoras de cuidados y sostén emocional del grupo familiar, presentan mejores índices de autocuidado en aquellas dimensiones que, si bien son funcionales al bienestar personal, se relacionan, más que las otras, con valores comunales (situación que se expresa en puntuaciones más altas en las subescalas "Responsabilidad con la salud" y "Nutrición").

Lo principal a destacar, entonces, es que las condiciones de vida de varones y mujeres impactan diferencialmente en los aspectos cotidianos y en las maneras de cuidar la salud (Attardo, 2012). Hacer visible estas diferencias significa reconocer que existen "vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben

cumplir en el marco del patriarcado, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir” (Tajer, 2012, p. 18). Contar con datos desagregados por sexo posibilita contribuir a una planificación en salud que tome en cuenta los determinantes de género (Velasco Arias, 2008).

En concordancia con ello, algunos estudios empíricos (Ferrera, Moine y Yañez, 2010; Martínez Pastor et al., 2010; Roca-Cusachs et al, 2003) coinciden en afirmar que el planeamiento en prevención primaria y secundaria debería realizarse considerando el sector de la población del cual se trate, siendo el género una de las categorías a tener en cuenta para realizar estrategias diferenciales. Tanto el tratamiento farmacológico como el higiénicodietético deberían prescribirse teniendo en cuenta las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes tratados, sus grados de conocimiento sobre la enfermedad, las posibilidades económicas, y las circunstancias vitales y laborales. Además, las pautas terapéuticas tendientes a intervenir sobre el estilo de vida en relación a la salud deberían orientarse, especialmente, a los grupos sociodemográficos que presentan perfiles psicosociales más vulnerables. La Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (Chobanian et al. 2003) destaca que, un paso fundamental para lograr la adherencia a las indicaciones médicas, es conseguir que los pacientes estén motivados. Para ello es necesario que los profesionales de la salud conozcan las creencias y experiencias previas que éstos han tenido.

Se concluye que uno de los propósitos más relevantes del presente estudio es aportar información sobre las particularidades que adquiere el autocuidado en pacientes hipertensos/as en tratamiento, a fin de evitar los sesgos producidos por las generalizaciones de los conocimientos que se fundamentan en estudios basados sólo en un segmento de la población, el masculino. (Valls-Llobet, 2001).

Cabe señalar que, teniendo en cuenta la complejidad de realizar un análisis desde la perspectiva de género, el presente estudio sólo plantea una línea de justificación posible, entre otras. Los datos aquí expuestos no podrán ser extrapolados a otras poblaciones, dado que la estrategia de muestreo estadística utilizada no garantiza la generalización de los resultados. La replicación sistemática de este tipo de estudios, así como el análisis de otras variables asociadas, ayudarán a una mejor comprensión del fenómeno.

Agradecimientos: Las autoras agradecen al Lic. Pedro Cófreces por su colaboración en la etapa del estudio de campo.

Referencias

- Achury D M, Sepúlveda G J y Rodríguez S M. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11 (2), 9-25.
- Aguado-Romeo M J, Márquez-Calderón S y Buzón-Barrera M L. (2006). Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. *Revista Española de Cardiología*, 59 (8), 785-793.
- Alfonso F, Bermejo J y Segovia J. (2006). Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? *Revista Española de Cardiología*, 59 (3), 259-263.
- Araújo Santos Z M (2006). La práctica del autocuidado vivenciada por la mujer hipertensa: un análisis en el ámbito de la educación para la salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (2), 206-211.
- Attardo C. (2012). Psicólogos y psicólogas por el cambio. ¿Por qué es pertinente incluir la perspectiva de género cuando trabajamos en la promoción de la salud? En: Tajer D (comp.), *Género y salud: las políticas en acción* (pp. 137-153). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bernal Trujillo C, Lemos Hoyos M, Medina Durango L E, Ospina Duque J y Torres Y. (2009). Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 49-59.
- Calvo González A, Fernández Machín L M, Guerrero Guerrero L, González García V M, Ruibal León A J y Hernández Iglesias M. (2004). Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20 (3), 19-21.
- Canto J G, Goldberg R J, Hand M M, Bonow R O, Sopko G, Pepine C J et al. (2007). Symptom Presentation of Women with Acute Coronary Syndromes. *Archives of Internal Medicine*, 167 (22), 2405-2413
- Castañeda M B, Cabrera A F, Navarro Y y de Vries W. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Porto Alegre: EDIPUCRS
- Castañeda Abascal, I E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género [versión electrónica]. *Rev. Cubana de Salud Pública*, 33 (2).
- Collins P, Rosano G, Casey C, Daly C, Gambacciani M, Hadji P et al. (2007). Management of cardiovascular risk in the peri-menopausal woman: a consensus statement of European cardiologists and gynaecologists. *European Heart Journal*, 28, 2028-2040.
- Consejo Argentino de Hipertensión Arterial (2007). Consenso de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 75 (3), 1-43.
- Chilton L, Hu J y Wallace D C. (2006). Health-Promoting lifestyle and diabetes knowledge in Hispanic American adults. *Home Health Care Management y Practice*, 18 (5), 378-385.
- Chobanian A V, Bakris G L, Black H R, Cushman W C, Green L A, Izzo J L et al. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42 (6), 1206-1252.
- Denia F y Mingote C. (2001). Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer. En AA. VV. *II Jornadas de Salud mental y género*. (pp. 77-89) Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.
- Dressler W W, Bindon J R y Neggers Y H. (1998). John Henryism, Gender, and Arterial Blood Pressure in an African American Community. *Psychosomatic Medicine*, 60 (5), 620-624.

- Fernández A M. (1993). Hombres públicos-mujeres privadas. En: Fernández A M., *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres* (pp.133-158). Buenos Aires: Paidós.
- Ferrera N V, Moine D H y Yañez D C. (2010). Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 39 (3), 194-203.
- Fields L E, Burt V L, Cutler J A, Hughes J, Roccella E J y Sorlie P. (2004). The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000: A Rising Tide. *Hypertension*, 44 (4), 398-404
- Flichtentrei D. (2010). Algo no anda bien: 10 razones para volver a pensar en la prevención cardiovascular. En: Laham M (comp.), *3ª Jornada de Psicocardiología: cuando el corazón habla* (pp. 5-20). Buenos Aires: Ediciones del Instituto de Psicocardiología.
- Gómez Gutiérrez L F, Lucumí Cuesta D I, Girón Vargas S L y Espinosa García G. (2004). Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4), 493-504.
- Grey M, Berry D, Davidson M, Galasso P, Gustafson E y Melkus G. (2004). Preliminary testing of a program to prevent type 2 diabetes among high-risk youth. *Journal of School Health*, 74 (1), 10-15.
- Hamilton J M, Kives K D, Micevski V y Grace S L. (2003). Time perspective and health-promoting behavior in a cardiac rehabilitation population. *Behavioral Medicine*, 28 (4), 132-139.
- Ingaramo R A, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. (2005). Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 34 (1), 104-111.
- Jefferson V W, Melkus G D y Spollett G R. (2000). Health-promoting practices of young black women at risk for diabetes. *Diabetes Educator*, 26 (2), 295-302.
- Jiménez-Navarro M F y Anguita-Sánchez M (2008). Insuficiencia cardiaca en la mujer. Diferencias de sexo en España. *Revista Española de Cardiología*, Supl. 8, 23D-29D
- Johnson R I. (2005). Gender Differences in Health-Promoting Lifestyle of African Americans. *Public Health Nursing*, 22 (2), 130-137.
- Kearney P M, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton P K y He J. (2005) Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365 (9455), 217-223.
- Knopp R (2002). Risk factors for coronary artery disease in women. *American Journal of Cardiology*, 89 (12) supl. 1, 28-34.
- Laham M (2006). La enfermedad coronaria en la mujer: una epidemiología particular. En M. A. Laham, *Escuchar al corazón: Psicología cardíaca. Actualización en psicocardiología* (1ª ed., pp. 109-113). Buenos Aires: Lumiere.
- Lamas M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*, 5 (21), 147-178.
- Levenstein S, Smith M W y Kaplan G A. (2001). Psychosocial Predictors of Hypertension in Men and Women. *Archives of Internal Medicine*, 161 (10), 1341-1346.
- Lombera Romero F, Barrios Alonso V, Soria Arcos F, Placer Peralta L, Cruz Fernández J M, Abadal L T et al. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 53 (1), 66-90.
- Martínez Benloch I (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34 (2), 253-266.

- Martínez Pastor A, Balanza Galindo S, Leal Hernández M, Martínez Navarro A, Coenza Bernal C y Abellán Alemán J. (2010). Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertensión y riesgo vascular*, 27 (4), 138-145.
- Mazón P. y Bertomeu V. (2008). Hipertensión arterial en la mujer en España: análisis de los registros de la Sección de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 8 (Supl D), 30-37.
- Miguel-Tobal J. J, Cano-Vindel A, Casado Morales M I y Escalona Martínez A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10 (2), 199-216.
- Miño González C. G. y Stiepovich Bertoni J. (2003). Conductas promotoras de salud en hipertensos. *Revista Enfermería*, 124, 7-14.
- Moore H L. (1988). *Feminism and anthropology*. Oxford, England: Polity Press.
- Muñoz Mendoza C, Cabrero García J, Richart Martínez M, Orts Cortés M I y Cabañero Martínez M J. (2005). La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*, 15 (2), 76-87.
- Oliver-Mcneil S y Artinian N T. (2002). Women's perceptions of personal cardiovascular risk and their risk-reducing behaviors. *American Journal of Critical Care*, 11 (3), 221-227.
- Ong K L, Tso A W, Lam K S y Cheung B M (2008). Gender Difference in Blood Pressure Control and Cardiovascular Risk Factors in Americans With Diagnosed Hypertension. *Hypertension*, 51:1142-1148.
- Pender N J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Roca-Cusachs Á, Badia X, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. (2003). Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. Estudio MINICHAL. *Medicina Clínica*, 121 (1), 12-17.
- Rohlfs I, García M, Gavaldà L, Medrano M, Juvinyà D, Baltasar A et al. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl. 2), 55-64.
- Ruiz Corral M, Antuña Calleja P y López Alonso N. (2010). Factores emocionales asociados a cardiopatía isquémica: ¿Existen diferencias de sexo/género? 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiq_de_enlace/45450/ (Consultado diciembre 2011).
- Sabaté E. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. *Organización Mundial de la salud*. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf> (Consultado febrero 2013).
- Sáez de Lafuente J P, Sáez Y, Vacas M, Santos M, Sagastagoitia J D, Molinero E et al. (2009). Diferencias de sexo en los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria comprobada angiográficamente. *Clínica e investigación en Arteriosclerosis*, 21(4), 173-178.
- Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne B M, Silva H, Vinuesa R, Silva Aycaguer L C et al. (2008). Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *The American Journal of Medicine*, 121 (1), 58-65.
- Stefani D. (2004). Estrés y mecanismos de afrontamiento en la vejez: Un análisis a partir del género. *Geriatría. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 20 (3), 23-27.
- 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: Tajer D (comp.), *Género y salud: las políticas en acción* (pp. 17-36). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Thanavaro J L, Moore S M, Anthony M, Narsavage G y Delicath T. (2006). Predictors of health promotion behaviour in women without prior history of coronary heart disease. *Applied Nursing Research*, 19, 149-155.
- Theorell T, Alfredsson L, Westerholm P y Falck B. (2000). Coping with Unfair Treatment at Work- What Is the Relationship between Coping and Hypertension in Middle-Aged Men and Women? *Psychoterapy and Psychosomatics*, 69 (2), 86-94.
- Valls-Llobet C. (2001). Desigualdades de género en salud pública. *Quadern-Caps*, 30, 34-36
- Vega Angarita O M y González Escobar D S. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*, 4 (4), 28-35.
- Velandia-Arias A y Rivera-Álvarez L N. (2009). Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista de Salud Pública*, 11 (4), 538-548.
- Velasco Arias S. (2008) Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf> (Consultado julio 2009).
- Walker S N, Kerr M J, Pender N J y Sechrist K R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39 (5), 268-273.
- Walker S N, Sechrist K R y Pender N J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36 (2), 76-81.
- Zauszniewski J A y Chung C. (2001). Resourcefulness and health practices of diabetic women. *Research in Nursing and Health*, 24 (2), 113-121.
- Zubieta E, Fernández O y Sosa F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.