

Invariancia de la categoría de género en las diferencias conductuales en salud en hipertensos

Invariance of the gender category in the health-related behavioral differences found in hypertensive patients

Silvia Deborah Ofman,^I Carolina Iris Pereyra Girardi,^I Pedro Cófreces,^{II} Dorina Stefani^{III}

^I Becaria postdoctoral Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET. Argentina.

^{II} Personal técnico profesional Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET. Argentina.

^{III} Investigadora Principal Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET. Argentina.

RESUMEN

Introducción: el abordaje de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo -tales como hipertensión arterial- desde una perspectiva de género, está impulsado, entre otros motivos, por el hecho de que, tradicionalmente, estos trastornos fueron estudiados y comprendidos desde un enfoque androcéntrico.

Objetivo: analizar la invariancia de la categoría de género como determinante cultural del comportamiento en relación con la salud-enfermedad.

Métodos: estudio descriptivo-comparativo entre hombres y mujeres hipertensos/as, en relación con su estilo de vida teniendo en cuenta las diferencias halladas en los contratiempos cotidianos experimentados por ellos. Participaron 140 pacientes hipertensos esenciales, adultos, en tratamiento, reclutados de distintos centros de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y clínico, el inventario de contratiempos de la vida cotidiana y el *Health-Promoting Lifestyle Profile II*.

Resultados: hombres y mujeres se diferenciaron estadísticamente en varias situaciones de contratiempo cotidiano, donde ellas manifestaron mayor grado de malestar. Estos pacientes se diferenciaron también en las dimensiones del estilo de

vida "responsabilidad con la salud" a favor de las mujeres, y "actividad física" a favor de los varones.

Conclusiones: se mantienen los patrones tradicionales relacionados con las prescripciones sociales de género basados en los respectivos estereotipos de lo femenino asociado a la expresividad, ternura y alta emocionalidad, y de lo masculino relacionado con la racionalidad y competencia. Se pone de manifiesto la importancia de apuntalar a cada grupo en aquellas áreas y comportamientos relacionados con la salud, que les son más difíciles de poner en práctica.

Palabras clave: género; hipertensión arterial; estilo de vida; contratiempos cotidianos; pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Approach from a gender perspective to cardiovascular diseases and their risk factors as hypertension is prompted, among other things, by the fact that these disorders were traditionally studied and understood from an androcentric approach.

Objectives: To analyze invariance of the gender category as a cultural determinant of health-disease related behavior.

Methods: A critical-comparative study between hypertensive men and women regarding their lifestyle, taking into account the differences experienced in everyday setbacks. The sample was composed by 140 adult patients with essential hypertension under treatment and recruited from different health centers in Buenos Aires (Argentina). They answered a sociodemographic and clinical questionnaire, the Inventory of Daily Life Setbacks and the Health-Promoting Lifestyle Profile II.

Results: Men and women exhibited statistical differences in various situations involving daily setbacks, being women the ones who manifested higher degree of discomfort. There were also differences as to some lifestyle dimensions: "Health responsibility" in favor of women and "Physical activity" in favor of men.

Conclusions: Certain patterns related to social gender prescriptions, based on traditional stereotypes of femininity associated with expressiveness and emotion whereas masculinity is linked to rationality and competence. These findings reveal the importance of supporting each group in those areas and behaviors related to health that are more difficult for them to put into practice.

Keywords: Gender; blood hypertension; lifestyle; daily life setbacks; patients.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud es la disciplina que estudia aquellos componentes subjetivos y del comportamiento, que influyen en el proceso de salud-enfermedad. Además de indagar en los procesos psicológicos, también considera los factores contextuales que intervienen en la determinación del estado de salud y el riesgo de enfermar, tales como la accesibilidad a los servicios sanitarios, la educación para la salud, y la planificación.¹

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional, el cual una vez que se ha desencadenado persiste a lo largo de la vida y obliga al sujeto a modificar hábitos y patrones cotidianos de conducta. En su etiología, son varios los factores que aportan a la enfermedad. Estos factores se encuentran interrelacionados, y entre ellos se incluyen la herencia, el ambiente, los estilos de vida y hábitos, los niveles de estrés, y la calidad de vida. Por otra parte, la accesibilidad a los servicios de atención sanitaria, así como la obtención de medicamentos, también son factores que contribuyen a complejizar la situación de los individuos que padecen este tipo de enfermedades.²

Según la Organización Mundial de la Salud,³ las enfermedades crónicas más frecuentes y de mayor importancia son las enfermedades cardiovasculares -incluida la hipertensión- el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, y la diabetes. La hipertensión arterial (HTA) representa, actualmente y a nivel mundial, uno de los mayores problemas de salud pública. Para el 2025, se pronostica que el 29 % de la población adulta será hipertensa.⁴ Debido a las diferencias en el acceso a la atención en salud -entre otros motivos- la prevalencia es menor (35 %) en los países de altos ingresos en relación con aquellos de ingresos bajos y medios (40 %).⁵ En Argentina, una revisión actual⁶ muestra que la prevalencia varía entre el 29 y 40 %, sin haber sufrido cambios sustanciales en la región, durante los últimos 25 años. Asimismo, sugiere que se debe mejorar el nivel de prevención primaria y el acceso a la medicación antihipertensiva, con un bajo grado de conocimiento, control, y eficacia en el tratamiento.

Las guías internacionales para la prevención, detección y tratamiento de la HTA sostienen que es una enfermedad multifactorial, y que el estrés constituye un factor psicosocial de riesgo, de similar importancia a la que tiene otros factores clásicos, tales como: antecedentes familiares de HTA, consumo de sal, alcohol, tabaquismo, sedentarismo y obesidad.⁷

Un metaanálisis realizado en los últimos años señala que el desarrollo y mantenimiento de la HTA estaría relacionada con el estrés crónico.⁸ *Sandín*⁹ define el estrés cotidiano como aquellos sucesos menores que ocurren habitualmente en la vida diaria, es decir, las contrariedades que frecuentemente suceden en los diversos ámbitos que atraviesan la cotidianidad de los individuos: laboral, familiar, conyugal.

El estilo de vida también es considerado una variable fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la HTA, de hecho, una de las enfermedades crónicas de las que se considera que surge como consecuencia del estilo de vida que suelen presentar los individuos en los países modernos e industrializados.¹⁰

Desde la psicología de la salud, el estilo de vida es definido como aquellos patrones cotidianos de comportamiento, que pueden tender a que el individuo mantenga la salud o, por el contrario, se exponga a riesgo de enfermar, comportamientos determinados por el contexto social y cultural en el que el sujeto está inmerso.¹¹

Paralelamente, cabe mencionar que al revisar la literatura científica queda claro que las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo han sido considerados, tradicionalmente, como enfermedades "masculinas". Esta situación se debió no solo al hecho de que históricamente se registrara una mayor prevalencia de estas enfermedades en varones, sino también debido a que el perfil psicosocial del paciente coronario estuvo asociado a las características de personalidad y al estilo de vida habitualmente ligado a la masculinidad.¹² Una de las consecuencias que trajo aparejado este hecho para el ámbito de la investigación, es que las mujeres no fueran consideradas como sujetos de estudio. Su incorporación en las

investigaciones clínicas y psicosociales así como la concientización de este problema entre las mujeres, aconteció recientemente en las últimas décadas, y se produjo entre otros motivos, a raíz del aumento de la prevalencia de estas enfermedades en población femenina.^{13,14}

La categoría de género constituye, en sí misma, un determinante estructural, en tanto atributo que contribuye a configurar la salud de varones y mujeres en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos.¹⁵

A partir de lo mencionado, se comprende que el género ha venido cumpliendo un papel especialmente relevante en la investigación y el abordaje de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo, debido al modo en que fueron tratados socialmente durante décadas.

Algunos estudios muestran que existen diferencias de género en la forma de enfermar, en el tratamiento, la identificación temprana de los síntomas, el tiempo de demora para la búsqueda de atención médica, entre otros aspectos.^{16,17} En Argentina, algunas investigaciones con perspectiva de género^{18,19} también advierten sobre dichas particularidades y destacan, además, que las diferencias pueden transformarse en iniquidades necesarias de revertir. Las mujeres, aún continúan en una posición desfavorecida en lo que refiere al abordaje de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo.

Por este motivo, y frente a la aún insuficiente cantidad de estudios que incorporen esta perspectiva de género, es que persiste la necesidad de continuar aportando datos que permitan profundizar en este problema de actualidad;²⁰ para ello, y para sustentar la investigación planeada elaboramos la siguiente hipótesis de trabajo: "la categoría de género justifica las probables diferencias halladas en el estilo de vida en los pacientes varones y mujeres hipertensos y las mantiene en los contratiempos de la vida cotidiana".

En función de lo expuesto, el presente trabajo se propone analizar la invariancia de la categoría de género como determinante cultural del comportamiento en relación con la salud-enfermedad.

MÉTODOS

DISEÑO

Estudio descriptivo-comparativo de acuerdo al género, de corte transversal.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 140 pacientes hipertensos esenciales, adultos, que se encontraban en tratamiento antihipertensivo y se atendían en distintos centros de salud, públicos y privados, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

La técnica de muestreo utilizada fue la no probabilística de tipo intencional. De esta manera, se intentó incluir en la muestra a los sujetos considerados como típicos de la población estudiada.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Cuestionario sociodemográfico y clínico

Con el fin de obtener el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra, se elaboró *ad hoc* un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas con alternativas fijas, las cuales recababan información sobre las características sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, estado civil, hijos, religión, nivel de escolaridad, situación laboral y tipo de ocupación) y clínicas (presión arterial, peso, altura, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de HTA, tratamiento farmacológico para la HTA, tabaquismo, consumo de alcohol, dislipemias, diabetes y antecedentes familiares de HTA).

Inventario de contratiempos de la vida cotidiana

Este cuestionario, elaborado *ad hoc*, por *Ofman, Pereyra Girardi, Benassi, Cofreces y Stefaní*²¹ sobre la base del Inventario de Estrés Cotidiano,²² mide el impacto de diez situaciones que constituyen contratiempos de la vida cotidiana.

A fin de validar los ítems elaborados, se realizaron, de manera independiente, tres consultas con profesionales idóneos en la temática, quienes oficiaron de sujetos jueces. Dichos profesionales (médico clínico, cardiólogo y psicóloga) evaluaron los mismos y realizaron aportes para los últimos ajustes.

Su aplicación consistió en solicitarle a los sujetos que indicaran si durante la última semana vivenciaron alguna/s de la situación/es consignadas en los ítems. Este conjunto de preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) indagó la presencia/ausencia de situaciones de estrés cotidiano durante la semana previa al estudio. En aquellos casos en que la respuesta fue afirmativa, se les solicitó que valorasen, en una escala del 1 al 10, el grado de tensión que les había provocado dicha/s situación/es, teniendo en cuenta que el valor 1 indica el grado mínimo de tensión y el 10 representa el máximo grado de tensión.

Las preguntas hicieron referencia a las situaciones de estrés cotidiano que se mencionan a continuación:

1. Olvido de objetos.
2. Llegar tarde a una actividad.
3. Pérdida de tiempo por causas ajenas a uno mismo.
4. Falta de tiempo para realizar actividades.
5. Continuar con las obligaciones, pese a estar cansado.
6. Cometer una torpeza.
7. Cometer una imprudencia.
8. Dificultades con el tráfico o medios de transporte.
9. Dificultades en la realización de trámites.
10. Padecer falta de respeto en la vía pública.

Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) [Perfil de estilo de vida promotor de la salud II]

Con el fin de estudiar el estilo de vida relacionado con la salud, se seleccionó el cuestionario HPLP II, elaborado por *Walker, Sechrist y Pender*,²³ en su versión en español.²⁴ Este cuestionario está perfilado sobre la base del Modelo Promotor de la Salud,²⁵ y evalúa la capacidad de autocuidado.²⁶

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 un puntaje total, agrupados en seis dimensiones: 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 indicaran la frecuencia con la cual realizaron cada conducta o hábito mencionado en los ítems. Para ello debieron elegir una de las siguientes categorías correspondientes a una escala Likert de 1 a 5: 1= nunca, 2= pocas veces, 3= a veces sí y a veces no, 4= frecuentemente, 5= siempre. El puntaje del sujeto en cada dimensión resultó del promedio de los valores asignados a los ítems que la conforman. Los puntajes más altos reflejaron comportamientos más saludables.

Las dimensiones del instrumento arrojaron valores de α de Cronbach entre 0,60 y 0,85 en la consistencia interna, lo que demostró un buen nivel de confiabilidad.²⁷

RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de obtener la autorización de las autoridades de los centros de salud que participaron del estudio, se mantuvo una entrevista individual con aquellos pacientes que aceptaron colaborar con el mismo, dentro de un consultorio destinado para tal fin. En dicha entrevista, se explicó a los pacientes sobre el objetivo del estudio, se solicitó la firma del consentimiento informado, y se procedió a la administración de los instrumentos de medición. La duración de esta entrevista fue de 20 min, aproximadamente.

ANÁLISIS DE DATOS

A fin de realizar una comparación por género se realizó, según se trate de variables cuantitativas o cualitativas, una prueba *t* para muestras independientes y una prueba *Ji*-cuadrada de independencia estadística. Con el objetivo de evaluar si el género influye en el estilo de vida, se llevó a cabo un análisis multivariado de la variancia (MANOVA), que informa sobre dicha influencia al considerar todas las dimensiones en forma simultánea y, por otro lado, cada una de ellas en forma separada. Se fijó un nivel de significación menor o igual a 0,05. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 18.0.²⁸

RESULTADOS

PERFILES SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LA MUESTRA

De los 140 pacientes hipertensos/as que conformaron la muestra, 70 eran varones y 70 mujeres. La edad promedio fue de 56 años (desviación estándar= 8), en su gran mayoría de nacionalidad argentina y estado civil casado/a. El 43 % tenía estudios secundarios y el 44 % estudios superiores. La mayoría de los pacientes se encontraban laboralmente activos, eran empleados, profesionales y con oficios varios. De acuerdo al nivel de educación y ocupación de los/as pacientes, y en función de la versión abreviada del Índice de Nivel Económico Social de *Gino Germani*²⁹ se precisa que, en términos generales y a los fines del estudio, los sujetos que conformaron la muestra pertenecían al nivel socioeconómico medio.

En lo referente al perfil clínico, se observó que el promedio de la presión arterial sistólica fue de 139 (desviación estándar= 19) y el de la diastólica fue 86 (desviación estándar= 15). Asimismo, el índice de masa corporal promedio fue de 29 (desviación estándar= 6). La mayoría de los pacientes se encontraba realizando tratamiento farmacológico para la HTA. En cuanto a los antecedentes personales, la mayoría no era diabético, fumador, ni consumía alcohol. Por otro lado, casi el 80 % tenía antecedentes familiares de HTA.

CONTRATIEMPO COTIDIANOS

Se muestran solo los datos de aquellos pacientes que respondieron que sí les había ocurrido alguna de las 10 situaciones propuestas.

De los 10 contratiempos relacionados, los varones y mujeres se diferenciaron estadísticamente en cinco de ellos. Se observa que, en esas cinco situaciones, fueron las mujeres quienes sintieron mayor grado de malestar al haberlas vivido en comparación con los varones ([tabla 1](#)).

ESTILO DE VIDA EN FUNCIÓN DE LOS CONTRATIEMPOS COTIDIANOS

La comparación por género en el estilo de vida, se realizó solo en aquellos sujetos que previamente se diferenciaron en el impacto de los contratiempos cotidianos: "Olvido de objetos", "Llegar tarde a una actividad", "Continuar con las obligaciones, pese a estar cansado", "Cometer una torpeza" y "Cometer una imprudencia". Se observa que las dimensiones del estilo de vida en que reiteradamente persistieron las diferencias por género fueron "Responsabilidad con la salud" y "Actividad física". En la primera, se mostraron más saludables las mujeres, y en la segunda, se mostraron más saludables los varones. En todas las restantes dimensiones, las mujeres mostraron perfiles menos saludables respecto a los varones ([tablas 2, 3, 4, 5 y 6](#)).

Tabla 1. Grado de tensión causado por los contratiempos cotidianos según género

Situación	Hombres			Mujeres			Prueba t	
	n ₁	m ₁	de	n ₂	m ₂	de	t	p
Olvido de objetos	28	4,2	2,0	41	6,7	2,0	- 4,5	0,00*
Llegar tarde a una actividad	22	4,6	2,5	29	6,8	2,3	- 2,8	0,00*
Pérdida de tiempo por causas ajenas a uno/a mismo/a	32	5,8	2,0	44	6,1	2,6	- 0,5	0,62
Falta de tiempo para realizar actividades	25	6,6	1,9	46	7,2	2,2	- 1,1	0,27
Continuar con las obligaciones, pese a estar cansado/a	40	5,4	2,3	59	7,1	2,6	- 3,4	0,00*
Cometer una torpeza	27	4,2	2,6	37	6,2	2,6	- 3,0	0,00*
Cometer una imprudencia	20	4,1	2,0	26	7,2	2,3	- 4,0	0,00*
Dificultades con el tráfico y/o medios de transporte	44	6,4	2,2	51	6,3	2,0	- 0,7	0,51
Dificultades en la realización de trámites	27	5,8	2,3	28	7,0	2,4	- 1,9	0,07
Padecer falta de respeto en la vía pública	30	7,1	2,6	41	7,8	2,3	- 1,1	0,27

Los valores de la escala oscilan entre 1 (mínimo) y 10 (máximo).
 m: media aritmética, de: desviación estándar, *significación estadística entre hombres y mujeres.

Tabla 2. Situación de contratiempo por olvido de objetos

Dimensiones del estilo de vida	Hombres		Mujeres		MANOVA T _{HOTT} = 0,62 F _{HOTT (6;62)} = 6,4 p = 0,00	
	n = 28		n = 41		F (1;07)	p
	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂		
Responsabilidad con la salud	3,0	0,6	3,3	0,6	3,80	0,05*
Actividad física	2,4	0,9	2,0	0,8	6,00	0,02*
Nutrición	3,0	0,4	3,0	0,6	0,06	0,80
Autorrealización	3,6	0,7	3,2	0,7	6,50	0,01*
Relaciones interpersonales	3,3	0,8	3,3	0,7	0,00	0,80
Manejo del estrés	2,8	0,6	2,4	0,6	5,40	0,02*

Los valores de las subescalas oscilan entre 1 (nunca) y 5 (siempre).
 m: media aritmética, de: desviación estándar, *significación estadística para p ≤ 0,05.

Tabla 3. Situación de contratiempo por llegar tarde a una actividad

Dimensiones del estilo de vida	Hombres		Mujeres		MANOVA $T_{HOTI} = 1,3$ $F_{HOTI (6;32)} = 7,1$ $p = 0,00$	
	n= 22		n= 29		F (1;37)	p
	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂		
Responsabilidad con la salud	3,0	0,7	3,4	0,6	2,80	0,10
Actividad física	2,5	1,0	1,9	0,7	6,90	0,01*
Nutrición	3,1	0,5	3,1	0,5	0,02	0,90
Autorrealización	3,5	0,7	3,2	0,7	2,70	0,10
Relaciones interpersonales	3,3	0,8	3,3	0,8	0,06	0,80
Manejo del estrés	2,7	0,6	2,4	0,8	1,00	0,33

Los valores de las subescalas oscilan entre 1 (nunca) y 5 (siempre).
m: media aritmética, de: desviación estándar, *significación estadística para $p \leq 0,05$.

Tabla 4. Situación de contratiempo por tener que continuar con las obligaciones pese a estar cansado

Dimensiones del estilo de vida	Hombres		Mujeres		MANOVA $T_{HOTI} = 0,4$ $F_{HOTI (6;92)} = 6,1$ $p = 0,00$	
	n= 40		n= 59		F (1;97)	p
	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂		
Responsabilidad con la salud	3,2	0,6	3,4	0,6	4,20	0,04*
Actividad física	2,5	1,0	2,1	0,8	4,00	0,05*
Nutrición	3,1	0,5	3,3	0,6	2,90	0,09
Autorrealización	3,7	0,6	3,4	0,7	5,20	0,02*
Relaciones interpersonales	3,5	0,7	3,5	0,6	0,30	0,62
Manejo del estrés	2,8	0,6	2,6	0,7	1,80	0,18

Los valores de las subescalas oscilan entre 1 (nunca) y 5 (siempre).
m: media aritmética, de: desviación estándar, *significación estadística para $p \leq 0,05$.

Tabla 5. Situación de contratiempo por cometer una torpeza

Dimensiones del estilo de vida	Hombres		Mujeres		MANOVA $T_{HOTI} = 0,4$ $F_{HOTI(6;57)} = 4,1$ $p = 0,00$	
	n= 27		n= 37		F (1;62)	p
	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂		
Responsabilidad con la salud	3,0	0,7	3,3	0,5	4,10	0,04*
Actividad física	2,3	0,9	2,0	0,8	1,90	0,17
Nutrición	3,1	0,5	3,2	0,6	0,64	0,43
Autorrealización	3,5	0,7	3,3	0,6	1,60	0,21
Relaciones interpersonales	3,3	0,8	3,4	0,7	0,35	0,56
Manejo del estrés	2,8	0,6	2,5	0,7	2,20	0,14

Los valores de las subescalas oscilan entre 1 (nunca) y 5 (siempre).
m: media aritmética, de: desviación estándar, *significación estadística para $p \leq 0,05$.

Tabla 6. Situación de contratiempo por cometer una imprudencia

Dimensiones del estilo de vida	Hombres		Mujeres		MANOVA $T_{HOTI} = 0,5$ $F_{HOTI(6;57)} = 2,1$ $p = 0,08$	
	n= 20		n= 25		F (1;31)	p
	m ₁	de ₁	m ₂	de ₂		
Responsabilidad con la salud	2,9	0,7	3,4	0,6	5,00	0,03*
Actividad física	1,9	0,9	2,0	0,8	0,06	0,80
Nutrición	3,0	0,6	3,0	0,5	0,03	0,87
Autorrealización	3,3	0,7	3,2	0,7	0,13	0,72
Relaciones interpersonales	3,2	0,8	3,5	0,6	2,2	0,15
Manejo del estrés	2,5	0,6	2,4	0,6	0,36	0,55

Los valores de las subescalas oscilan entre 1 (nunca) y 5 (siempre).
m: media aritmética, de: desviación estándar, *significación estadística para $p \leq 0,05$.

Teniendo en cuenta que, tal como se mencionó, las mujeres mostraron un mayor grado de tensión y malestar en los contratiempos cotidianos, no obstante, ellas se mostraron más saludables en lo que refiere al cuidado de la salud desde el aspecto de la atención médica y la información.

DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la literatura científica ha aportado evidencia empírica significativa sobre la importancia de los factores psicológicos en la HTA.³⁰ Asimismo, se ha demostrado que los cambios en el estilo de vida, los cuales constituyen la base del tratamiento no farmacológico, son una meta difícil de cumplir para estos/as pacientes.³¹

Si bien este hecho se estudió de manera general, cuando se incluye la perspectiva de género, es necesario que los datos sean desagregados por sexo, para poder interpretarlos desde la categoría de género, y explicar las probables similitudes y diferencias.¹⁵

Los datos del presente trabajo apoyan la hipótesis formulada y ponen de manifiesto la relevancia de la categoría de género con sus respectivos estereotipos de lo masculino y lo femenino como uno de los determinantes culturales del comportamiento social que influye en las formas de enfermar.²⁰ En este caso, los comportamientos diarios en relación con la salud asociados a los contratiempos cotidianos, que de manera importante fueron diferentes entre varones y mujeres.

Las diferencias de género son más pronunciadas en los niveles socioeconómicos más bajos, y se equiparan cuando las condiciones de vida son más favorables,³² este hecho justifica que las diferencias obtenidas en el presente trabajo entre varones y mujeres no resultaran, en general, tan acentuadas, puesto que la población objetivo fue de nivel socioeconómico medio.

No obstante, existen ciertas particularidades de interés que denotan la persistencia de algunos modelos tradicionales de género derivados de los respectivos estereotipos.³³ Estos fueron transmitidos en forma coherente por los agentes de socialización en el proceso de socialización primaria, en particular en la socialización diferencial dirigida a varones y mujeres. En esta, los individuos adquieren identidades diferenciadas de género, que comprenden estilos cognitivos, actitudinales y de acción, así como valores sociales y normas estereotipadas de conductas asignadas a cada género.

En este sentido, las diferencias por género de los/as pacientes hipertensos/as en el estilo de vida -que se mantuvieron en relación con las obtenidas en el grado de tensión experimentado por ellos/as en los contratiempos cotidianos- se expresaron en los comportamientos "Responsabilidad con la salud" (a favor de las mujeres) y "Actividad física" (a favor de los varones). Conductas derivadas, respectivamente, de los estereotipos tradicionales de lo femenino, asociado a la expresividad, ternura y alta emocionalidad, y de lo masculino, relacionado con la racionalidad y competencia. Ambos comportamientos están implícitos, respectivamente, en las prescripciones sociales de rol del género femenino como proveedora del sostén emocional y de cuidados en el ámbito de lo privado; y de las del género masculino, como provisor económico del sistema familiar desempeñado en el ámbito público.³⁴

Estos hallazgos coincidieron con los de otros trabajos^{35,36} que muestran que se mantiene esta tendencia general, de que las mujeres asistan más que los varones a los servicios de salud, y que ellos realicen más actividad física que las mujeres. Situación que revela la centralidad y el peso que aún presentan ciertas prerrogativas de género basadas en los respectivos estereotipos, muy difíciles de modificar por formar parte de las creencias centrales del sistema de creencias del individuo.³⁷

En este sentido, *Ledón Llanes*³⁸ concluye que las actividades domésticas y el cuidado de la familia aún configuran, para las mujeres, espacios de los cuales se sienten responsables.

Se señala la necesidad e importancia de que los equipos de salud trabajen de manera interdisciplinaria y adopten un enfoque de género centrándose en el/la paciente. En este sentido, *Castañeda Abascal* y otros,³² refieren la utilidad que presentan los indicadores de género en el ámbito de la salud, en tanto sirven como herramientas que contribuyen a reducir las iniquidades existentes entre varones y mujeres.

Los datos del presente estudio, junto a otras investigaciones, pueden contribuir a la planificación de estrategias de prevención e intervención que tengan en cuenta al género. Cabe destacar que, durante los últimos años, se comprobó un creciente progreso en la descripción diferenciada de los problemas de salud entre varones y mujeres, no obstante, y si bien la recolección de este tipo de datos incrementa y enriquece la evidencia empírica, el desafío actual es continuar con la inclusión de estos determinantes en lo que respecta a la planificación, las políticas y la práctica en salud.^{39,40}

En cuanto a las limitaciones del estudio, se señala, en primer lugar, que se trató de una muestra que por estar conformada por pacientes de nivel socioeconómico medio, que además se encontraban en tratamiento, resulta de características no comunes a la población de este tipo de pacientes. Se prevé continuar con el análisis comparativo por diferentes niveles socioeconómicos y situación de tratamiento. En segundo lugar, y debido al tipo de muestreo, los resultados no son representativos ni extrapolables a otras poblaciones de pacientes hipertensos. Asimismo, cabe aclarar que, debido a complejidad de la medición de los aspectos de género,³² el presente es solo una interpretación posible.

Por todo lo expuesto se puede concluir que se mantienen patrones tradicionales relacionados con las prescripciones sociales de género basados en los respectivos estereotipos de lo femenino asociado a la expresividad, ternura y alta emocionalidad, y de lo masculino relacionado con la racionalidad y competencia. Se pone de manifiesto la importancia de apuntalar a cada grupo en aquellas áreas y comportamientos relacionados con la salud, que les son más difíciles de poner en práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Calatayud F. La psicología y los problemas de salud. En: F Morales Calatayud, editor. Introducción a la psicología de la Salud. Buenos Aires: Paidós; 1999. p. 65-119.

2. Martín Alfonso L. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [citado 12 May 2015]; 29(3):275-81. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>
3. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2010. Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 2011 [citado 13 Sept de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/
4. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005; 365(9455):217-23.
5. Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. Ginebra: OMS; 2013 [citado 14 May 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/
6. Carbajal HA. Situación de la hipertensión arterial en Argentina. Hipertens Riesgo Vasc. 2013; 30(3):101-6.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. Seventh report of the joint national comitee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood presure. Hypertension. 2003; 42:1206-52.
8. Gasperin D, Netuveli G, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. Cad Saúde Pública. 2009; 25(4): 715-26.
9. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Int J Clin Health Psychol. 2003; 3(1):141-57.
10. Grosse A, Grosse P. Factores sociales y ambientales e hipertensión arterial. En: Gómez LLambí H, Piskorz D, editores. Hipertensión arterial, epidemiología, fisiología, fisiopatología, diagnóstico y terapéutica. Buenos Aires: Inter-Médica; 2013. p. 20-2.
11. Morales Calatayud F. La psicología en la atención primaria. En: Morales Calatayud F, editor. Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1999. p. 100-1.
12. Tajer D. Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009.
13. Sosa Liprandi MI. El desafío de optimizar la estratificación del riesgo cardiovascular en la mujer. Rev Argent Cardiol. 2013; 81(4): 304-6.
14. Pramparo P. ¿Falta de concientización de las mujeres sobre la enfermedad cardiovascular o información inadecuada e insuficiente? Rev Argent Cardiol. 2013; 81(4): 301-3
15. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer; 2008 [citado 12 Jul 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>

16. Gijón-Conde T, Banegas JR. Enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial: diferencias por género a partir de 100.000 historias clínicas. *Rev Clin Esp.* 2012;212(2):55-62.
17. Coca A. La enfermedad cardiovascular en función del género: mitos y evidencias. *Rev Clin Esp.* 2012;212(2):81-3.
18. Tajer D, Reid G, Gaba M, Lo Russo A, Barrera MI. Investigaciones sobre género y determinación psicosocial de la vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. *Rev Argent Cardiol.* 2013;81(4):344-52.
19. Mariani JA, Antonietti L, Tajer CD, De Abreu M, Charask A, Silberstein M, et al. Diferencias de género en el tratamiento de síndromes coronarios agudos: resultados del registro Epi-Cardio. *Rev Argent Cardiol.* 2013;81(4):307-15.
20. Nerin I. Género y salud: Estudiar las diferencias para mejorar los resultados. *Rev Clin Esp.* 2015;215(7):391-2 [citado 16 Sept de 2015]. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/pdf/S0014256515001307/S200/>
21. Ofman SD, Pereyra Girardi CI, Benassi MD, Cofreces P, Stefani D. Hipertensión arterial esencial y estrés cotidiano: un estudio comparativo de acuerdo al género. *Psicol Logos.* 2013;23:45-62.
22. Nava Quiroz C, Anguiano Serrano SA, Vega Valero Z. Fiabilidad del "Inventario de Estrés Cotidiano": estudio transcultural. *Psicol Conduct.* 2004;12(2):323-31.
23. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Res.* 1987;36(2):76-81.
24. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Res.* 1990;39(5):268-73.
25. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1982.
26. Muñoz Mendoza C, Cabrero García J, Richart Martínez M, Orts Cortés MI, Cabañero Martínez MJ. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enferm Clín.* 2005;15(2):76-87.
27. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. 3ra ed. New York: Wiley; 2004.
28. Castañeda MB, Cabrera AF, Navarro Y, de Vries W. Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010.
29. Grimson WR, De Blanco AC, Estrugamou M, Lastres E, Necchi S, Phillpott E. Investigación epidemiológica en entidades psiquiátricas. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1972;79:572.
30. Jaén Águila F, Mediavilla García JD, Navarrete Navarrete N, Ramos Cortés JL, Fernández Torres C, Jiménez Alonso J. Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2014;31(1):7-13.

31. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Bertomeu-González V, Cosín J, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(7):587-93.
32. Castañeda Abascal IE, Morúa-Delgado Varela LP, Segura Sardiñas O, Martínez Rodríguez V, Sánchez Iglesias V. Indicadores sintéticos para la medición de las diferencias de género en el contexto social cubano. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013 [citado 26 Feb 2015];39(4):665-78 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n4/spu05413.pdf>
33. Martínez A, Merlino A, Garbero V, Barzola E. Representaciones sobre las normas de género: la resistencia al cambio. *Apost Rev Ciencias Sociales*. 2011 [citado 11 Agos 2015]:51. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/merlino3.pdf>
34. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) presenta resultados de la primera encuesta nacional sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo. Buenos Aires, Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2014 [citado 11 Agos 2014]. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/uploads>
35. Domínguez Mon A. Temporalidades de género en los cuidados a la salud en Buenos Aires. Los sectores medios ante las enfermedades crónicas. *Polít Trab*. 2011;34:163-92.
36. Martínez Pastor A, Balanza Galindo S, Leal Hernández M, Martínez Navarro A, Coneza Bernal C, Abellán Alemán J. Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertensión*. 2010;27(4):138-45.
37. Rokeach M. *The open and closed mind*. New York: Basic Books, Inc.; 1962.
38. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2011 [citado 26 Feb 2015];37(4):488-99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>
39. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Peiró-Pérez R. Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. *Health Policy*. 2012;106:88-96.
40. Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En: D Tajer, compilador. *Género y salud: las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 17-36.

Recibido: 1ro. de julio de 2015.
Aprobado: 31 de enero de 2016.

Silvia Deborah Ofman. Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET. Marcelo T. de Alvear 2270, 2do piso. CP: C1122AAJ. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Dirección electrónica: sdofman@conicet.gov.ar