

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRESENTES EN USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Diego Correa Sánchez*, Marcela Arrivillaga Quintero **
y Maria Teresa Varela Arévalo***
Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

Resumen

Introducción: De acuerdo al Modelo de Creencias en Salud, los conocimientos y creencias sobre la Hipertensión Arterial, son determinantes en la adopción de conductas saludables que disminuyan el riesgo de padecerla. **Objetivos:** Identificar el nivel de conocimientos sobre la Hipertensión Arterial y sus riesgos, y explorar las creencias con relación a la etiología, factores de riesgo y tratamiento de la Hipertensión Arterial. **Método:** Investigación no experimental, transversal, descriptiva. **Muestra** por conveniencia de 87 sujetos usuarios de los servicios de salud de la Ciudad de Cali, Colombia, indagados acerca de los conocimientos sobre Hipertensión Arterial y sus factores de riesgo, y sus creencias sobre la etiología de la enfermedad, las conductas preventivas y tratamientos. **Resultados:** Existe poco conocimiento sobre la Hipertensión y sus implicaciones, así como creencias erróneas relacionadas con la inevitabilidad ante el proceso de envejecimiento y la percepción de invulnerabilidad de los jóvenes. **Conclusiones:** La información distorsionada constituye una de las principales

- * Psicólogo Hospital Universitario del Valle. Profesor, Pontificia Universidad Javeriana. Cali.
Correo Electrónico: diegocorrea42@hotmail.com
- ** Profesora Carrera de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Cali.
Correo Electrónico: marceq@puj.edu.co
- *** Joven Investigadora, Carrera Psicología, Pontificia Universidad Javeriana. Cali.
Correo Electrónico: mtvarela@puj.edu.co

barreras para que las personas adopten comportamientos saludables. Las creencias erróneas interferirán en los cambios de actitud y de conducta frente a la salud, la enfermedad y la adherencia. Por tanto, deben plantearse programas psicoeducativos que den cabida a estrategias y metodologías que promuevan conductas saludables y fortalezcan la responsabilidad personal en el tratamiento.

Abstract

Introduction: According to the Health Beliefs Model, the knowledge and beliefs about Hypertension, would lead to the adoption of healthy behaviours that could reduce the risk of suffering it. **Objectives:** To identify the level of knowledge about Hypertension, and to explore the beliefs about the causes, risk factors and treatments related to the disease. **Method:** Non-experimental, trans-sectional and descriptive research. Convenient sample consisting of 87 Health Service's users from Cali, Colombia, who were asked about their knowledge about Hypertension and its risk factors, and their beliefs about the causes, healthy behaviours and treatment of the disease. **Results:** There is little knowledge about Hypertension and its consequences among the sample, and mistaken beliefs related to the disease as inevitable face with the ageing and the invulnerability of young people. **Conclusions:** The wrong information constitute one of the main obstacles for people to adopt healthy behaviours. The mistaken beliefs would interfere with the change of attitudes and behaviours related to health, disease and adherence to treatment. Therefore, there is a need for considering psycho-educative programs consisting of strategies and methodologies that promote healthy behaviours and strengthen the personal responsibility in the treatment.

Introducción

Este artículo presenta los conocimientos y creencias sobre la etiología, los factores de riesgo y el tratamiento de la Hipertensión Arterial en usuarios de servicios de salud menores de 40 años, que afectan la adherencia al tratamiento. Los hallazgos son resultado de un estudio preliminar al proyecto de investigación «Intervención psicosocial orientada a la disminución de los niveles de Hipertensión Arterial Esencial Leve», efectuada por el Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento médico y control de la presión arterial alta, esta patología sigue constituyendo un importante problema de salud pública en el mundo. (Whelton, et al, 2002; Blumenthal, et al, 2002). En Latinoamérica, el 50% de las muertes son causadas por enfermedades cardiovasculares, incluyendo entre ellas la Hipertensión Arterial. En Colombia, después de la muerte violenta, las enfermedades derivadas de factores de riesgo cardiovascular ocupan el segundo, tercero y cuarto lugar dentro de las cinco primeras causas de mortalidad. (Velasco y Hernández, 2001) La prevalencia de la Hipertensión Arterial es del 12.3%, enfermedad que causa más de 50.000 muertes al año en el País. (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 2002)

La Hipertensión Arterial es un trastorno médico serio y frecuente que predispone a la arteriosclerosis, la insuficiencia renal, los accidentes cerebrovasculares, y el infarto al miocardio, entre otros. (Velasco y Hernández, 2001) Debido a su complejidad y con el fin de prevenir los importantes daños que ocasiona en los órganos blanco, se han logrado importantes avances científicos en los últimos años que plantean nuevos paradigmas en su conceptualización y manejo. Sin embargo, resulta paradójico que los avances terapéuticos y farmacológicos no hayan resultado efectivos en la reducción de su morbimortalidad. (Whelton, et al, 2002)

Al respecto y de forma complementaria a los tratamientos médicos, se han identificado algunas variables psicológicas que se conjugan en un perfil psicológico característico del paciente hipertenso y que explicarían el desarrollo y/o mantenimiento de la enfermedad. (Amigó y Pérez, 1998) Esto quiere

decir que de ciertos aspectos psicosociales depende la actitud que el hipertenso asuma para afrontar y manejar su enfermedad y para adherirse o no a los tratamientos antihipertensivos. Esto llevaría a considerar la importancia de identificar los factores psicosociales involucrados en las conductas de salud asociadas a la hipertensión con el fin de prevenirla. De acuerdo con lo anterior, esta enfermedad puede considerarse como una alteración con etiología multicausal donde uno de los principales factores de riesgo es la conducta, y por tanto, ésta debe incluirse como foco de intervención.

La ausencia de síntomas evidentes en la hipertensión, sumada a la dificultad para detectarla sin utilizar medidas diagnósticas regulares de la tensión arterial, puede llevar a la mayoría de hipertensos a no percatarse de su enfermedad. Dificilmente la persona hipertensa se siente enferma, y en consecuencia no percibe la gravedad de su condición médica ni la importancia de someterse a un tratamiento. Investigaciones actuales han sugerido que la percepción de la persona sobre su enfermedad, su pronóstico y las posibles consecuencias, considerando la ausencia de síntomas específicos de la hipertensión, pueden llevar a que no se adopten conductas preventivas para la salud.

Si se piensa en la alta prevalencia de la hipertensión y en sus múltiples factores de riesgo psicosociales (obesidad, sedentarismo, consumo de cigarrillo y alcohol, alto consumo de sodio), la adopción de conductas saludables sería determinante tanto para su prevención como para promover la adherencia al control y tratamiento médico. (Gatchel y Oordt, 2002)

Algunas de las variables que afectan en mayor grado la adopción de conductas saludables, así como la adherencia a los tratamientos, son aquellas relacionadas con el desconocimiento sobre la enfermedad y sus riesgos, las creencias que se tengan sobre la importancia de la enfermedad y sobre la necesidad de un tratamiento, los efectos secundarios del uso de fármacos no informados por los médicos, (Muldoon, et al, 1995; Dubbert, 1995) y la reducción de la calidad de vida por la aparición de trastornos psicológicos, entre otros. (Amigó y Pérez, 1998; Skop, 1995)

Las creencias como configuraciones cognitivas formadas individualmente y compartidas culturalmente, que determinan la realidad de «cómo son las cosas» en el entorno y modelan el entendimiento de su significado (Lazarus y Folkman, 1984), dependiendo en gran parte del conocimiento que se tenga del fenómeno, median conductas de salud del individuo, afectan la futura adherencia o no-adherencia a los tratamientos en el caso de la mayoría de las enfermedades, incluyendo la hipertensión.

Al respecto, el Modelo de creencias en salud, (Hochbaum, 1958) referido al componente cognitivo de la persona como mediador de sus conductas de salud fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, (Weinstein, 1988) el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y recomendaciones médicas, (Kirscht, 1974) la práctica de autoexámenes exploratorios, (Becker, 1974) el uso del tabaco, (Calnan y Moss, 1984) la participación de inmigrantes latinos en los Estados Unidos en programas de prevención de la tuberculosis, (Weinberger, et al, 1981) entre muchas otras investigaciones.

El Modelo plantea que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes para su salud, se vea a si misma como vulnerable o potencialmente susceptible de padecer esa enfermedad, vea la enfermedad como potencialmente amenazante o grave, esté convencida de la eficacia de la intervención (estimación de costos y beneficios) y vea pocas dificultades para la puesta en marcha de las conductas de salud. (Amigó y Pérez, 1998)

En esta medida, los factores que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad). Mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza, se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras). (Poss, 2001). Se señala como una última variable que completa el Modelo la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar. Una clave interna puede ser el síntoma de alguna enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. (Weinberger, et al. 1981)

De acuerdo con este Modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema

y que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorece la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general, puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido incluido en algunas versiones del Modelo de Creencias de Salud, sugiriéndose que es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo período de tiempo. (Poss, 2001)

Como complemento a este modelo, el método de trabajo para la promoción de la salud de la Universidad de New Jersey, conocido como el Proceso de Adopción de Precauciones, (Meichenbaum y Turk, 1991) plantea la existencia de cinco etapas que se dirigen a la meta de identificar, valorar y fomentar los factores de protección para la salud: 1. La percepción del riesgo, de la severidad y la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones, 2. El reconocimiento de estos factores para otras personas como pares o grupos de referencia, 3. La percepción de los factores en sí mismo o aceptación de la susceptibilidad personal, 4. La decisión de adoptar la precaución y 5. La toma de la precaución.

Estos dos modelos se toman en consideración para efectos de análisis y discusión de la información obtenida a partir de los resultados que aquí se exponen.

Método

Modalidad de Investigación: Se realizó un estudio de modalidad no experimental, de carácter descriptivo, con diseño transversal.

Sujetos: Para la investigación se tomó como población objeto a los usuarios de servicios de salud en la ciudad de Cali, Colombia. La muestra se seleccionó por conveniencia y estuvo conformada por 87 sujetos usuarios de los servicios de salud en salas de espera del Hospital Universitario del Valle y de dos Entidades Promotoras de Salud –EPS- de la ciudad. Los criterios de inclusión de sujetos en la muestra fueron la edad: menores de 40 años y sin diagnóstico de hipertensión arterial.

Del total de la muestra, el 66.6% estuvo constituido por mujeres (58) y el 33.3 % por hombres (29). El 19.6% de los sujetos son menores de 20 años, el 36.7% se encuentra en un rango entre 21 y 30 años, y el 43.7% entre 31 y 39 años de edad. En cuanto al nivel de escolaridad, el 18.96% cuenta con

educación básica primaria, el 51.7% con educación secundaria, el 27.58% cuenta con estudios técnicos y el 12.07% con estudios universitarios.

Instrumento: Se utilizó un Cuestionario de Conocimientos y Creencias sobre Hipertensión Arterial que fue diseñado por los investigadores y sometido a validación por jueces expertos. Este instrumento fue aplicado bajo el consentimiento informado de los sujetos donde quedó claro el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recolectada. El Cuestionario está compuesto por un total de 39 ítems, de los cuales 36 eran preguntas cerradas y 3 eran preguntas abiertas. La distribución de los ítems es el siguiente:

Datos sociodemográficos: 1 al 3.

Información relacionada con la salud del sujeto o de sus familiares: 4 al 8.

Conocimientos y creencias sobre la Etiología de la HTA: 9 al 21

Conocimientos y creencias sobre Conductas Preventivas de la HTA: 22 al 30

Conocimientos y creencias sobre el Tratamiento de la HTA: 31 al 39.

Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio sobre los conocimientos generales, factores de riesgo y consecuencias de la hipertensión arterial, y las creencias sobre la etiología, conductas preventivas y tratamiento de la misma. Se presentan resultados generales y resultados que establecen las diferencias por género. El análisis de los resultados consistió en un análisis de frecuencias y en el cruce de variables¹ entre conocimientos, creencias y género.

El 48.27% del total de la muestra identificaron correctamente el nivel de presión arterial normal, mientras que el 16.09 % aseguraron «no conocer la cifra». El 35.6% respondieron con cifras incorrectas. Esto significa que más de la mitad de los sujetos no conocen el nivel de presión arterial normal.

Con respecto a las diferencias por género, el 55.17% de los hombres evaluados identificó correctamente la cifra de presión arterial normal, en relación a un 44.83% de mujeres que tenían conocimiento al respecto.

1. Para el análisis se utilizó el Paquete Estadístico Statgraphics-Plus.

En cuanto al conocimiento sobre los factores de riesgo o aspectos atribuidos por los sujetos para que suban los niveles de presión arterial, se identificaron principalmente la obesidad, la mala alimentación, y el estrés. Las diferencias por género mostraron que el 51.72% de los hombres identificó la obesidad y la mala alimentación como riesgos, el 24.13% la obesidad, el estrés y la mala alimentación, y el 20.69% identificó como único factor de riesgo el estrés. Solo el 3.46 % de los hombres identificó el sedentarismo como factor de riesgo.

Por su parte, el 58.62 % de las mujeres identificó la obesidad, la mala alimentación, el estrés y el alto consumo de sal como factores de riesgo, el 27.59 % el sedentarismo, la obesidad, el estrés y el consumo de alcohol, mientras que el 6.9 % consideró el tabaquismo, el consumo de sal y la obesidad como principales riesgos para desarrollar Hipertensión Arterial. De lo anterior, se observó que las mujeres incluyeron factores omitidos por los hombres: el consumo de sal, el consumo de alcohol y el tabaquismo

En cuanto al conocimiento sobre las consecuencias de mantener la presión arterial alta, el 72.41% de la muestra identificó como consecuencia la presencia de problemas cardiovasculares, y el 59.77% las complicaciones relacionadas con el cerebro. Al respecto, se encontraron diferencias poco significativas entre hombres y mujeres. Ningún sujeto de la muestra hizo referencia a las complicaciones del riñón o los ojos, como órganos potencialmente afectados por la Hipertensión Arterial.

En resumen, la información obtenida sobre los conocimientos de la hipertensión muestra que solo aproximadamente la mitad de la muestra maneja las cifras correctas de presión arterial normal, y que en general, existe conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo de la enfermedad y sus consecuencias a largo plazo en órganos blanco. Puede decirse que las mujeres tienen un conocimiento ligeramente superior al de los hombres respecto a los factores de riesgo, siendo la información que manejan más completa y precisa.

Con respecto a las creencias sobre la etiología de la Hipertensión, se destacan «Todos los ancianos irremediablemente la padecerán», «La presión se le sube a las personas nerviosas o irritables», «Es la enfermedad de las personas con sobrepeso», «Tener sufrimiento aumenta la presión arterial» y «Le da a las personas que no hacen ejercicio». Las creencias relacionadas con factores como la falta de sueño y la mala alimentación presentaron porcentajes muy bajos o poco significativos. En Tabla 1 se muestra la distribución respectiva:

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Creencias sobre la etiología	n	%
Todos los ancianos irremediablemente la padecerán	87	100.00
La presión se le sube a las personas nerviosas e irritables.	82	94.25
Es la enfermedad de las personas con sobrepeso	74	85.06
Tener sufrimiento aumenta la presión arterial	52	59.77
Le da a las personas que no hacen ejercicio	45	51.72
Todos los diabéticos la padecerán tarde o temprano	39	44.83
Es una enfermedad que se hereda	36	41.38
Es una enfermedad originada por mala alimentación	32	36.78
Algunas comidas producen la enfermedad	24	27.58
No dormir bien aumenta la presión arterial	16	18.39

Tabla 1. Creencias sobre la etiología de la Hipertensión Arterial

En cuanto a las diferencias por género sobre las creencias relacionadas con la etiología de la hipertensión, se puede afirmar que las mujeres relacionan la enfermedad con la mala alimentación más que los hombres. También se encontró que los hombres relacionan la diabetes con la hipertensión. La distribución para cada una de las creencias evaluadas se muestra en la Tabla 2.

Creencias sobre las conductas preventivas	n	%
Cuando se esta joven se puede comer de todo, nada hace daño	67	77.01
Los jóvenes deben ir donde el médico, solo cuando se enfermen	63	72.41
Solo cuando llegamos a los 50 años debemos cuidar la salud	59	67.81
El ejercicio es importante más en jóvenes que en viejos	56	64.36
El alcohol solo hace daño cuando estamos viejos	54	62.06
Estar gordo es señal de estar saludable	41	47.12
Solo cuando uno esta enfermo debe buscar al médico	40	45.97
Solo cuando algo duele es que uno esta enfermo	38	43.67
Cuando se esta joven no es tan dañino fumar	34	39.08

Tabla 2. Creencias sobre las conductas preventivas de la Hipertensión Arterial

Por otra parte, en cuanto a las creencias relacionadas con conductas preventivas para el desarrollo de la Hipertensión, se identificaron con mayor presencia «*Cuando se está joven se puede comer de todo, nada hace daño*», «*Los jóvenes deben ir donde el médico, solo cuando se enfermen*»,

«Solo cuando llegamos a los 50 años debemos cuidar la salud» y «El ejercicio es importante más en jóvenes que en viejos». En la Tabla 3 que se presenta a continuación, se muestra la distribución para las creencias evaluadas en este sentido.

Creencias sobre el tratamiento	n	%
Es muy aburridor tener que tomar medicamentos todos los días	87	100.00
A uno la calidad de vida se le acaba desde que empieza a tomar remedios	82	94.25
Uno debe siempre seguir las recomendaciones del médico	65	74.71
Es muy importante ir donde el médico con frecuencia	58	66.60
Cuando hay dolor es que tenemos que tomar con puntualidad las medicinas	53	60.92
Los medicamentos para la hipertensión afectan la sexualidad	48	55.17
Difícilmente uno logra bajar de peso.	46	52.87
Es mejor tomar remedios a base de plantas.	41	47.12
Es muy difícil dejar de tomar licor, cuando a uno le gusta.	33	37.93

Tabla 3. Creencias relacionadas con el tratamiento de la Hipertensión Arterial

Las diferencias por género, muestran que los hombres creen que el alcohol solo hace daño cuando se está viejo y que estar gordo es indicador de salud. Esta última creencia se diferencia con las mujeres que relacionan la salud con un peso adecuado y el fumar como un factor dañino para la salud. La distribución sobre estas creencias por género se presenta en la Tabla 4

Creencia	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Solo cuando uno esta enfermo debe buscar al médico	29	50.00	11	37.93
Cuando se esta joven se puede comer de todo, nada hace daño	46	79.31	21	72.41
Estar gordo es señal de estar saludable	22	37.93	19	65.52
El ejercicio es importante más en jóvenes que en viejos	34	58.62	22	75.86
Solo cuando llegamos a los 50 años debemos cuidar la salud	42	72.41	17	58.62
Los jóvenes deben ir donde el médico, solo cuando se enfermen	40	68.96	23	79.31
El alcohol solo hace daño cuando estamos viejos	28	48.27	26	89.65
Cuando se esta joven no es tan dañino fumar	19	32.76	15	51.72
Solo cuando algo duele es que uno esta enfermo	24	41.38	14	48.27

Tabla 4. Distribución por género sobre creencias en conductas preventivas de la Hipertensión Arterial

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Finalmente, sobre las creencias respecto al tratamiento de la hipertensión arterial, el resultado en la totalidad de la muestra con la creencia «*Es muy aburridor tener que tomar medicamentos todos los días*» es sobresaliente. Se destacan también las creencias «*A uno la calidad de vida se le acaba desde que empieza a tomar remedios*», «*Uno debe siempre seguir las recomendaciones del médico*» y «*Es muy importante ir donde el médico con frecuencia*». En la siguiente tabla se muestra la distribución en cada una de las creencias sobre el tratamiento de la hipertensión. (Ver Tabla 5)

Creencia	n	%
Es muy aburridor tener que tomar medicamentos todos los días	87	100.00
A uno la calidad de vida se le acaba desde que empieza a tomar remedios	82	94.25
Uno debe siempre seguir las recomendaciones del médico	65	74.71
Es muy importante ir donde el médico con frecuencia	58	66.60
Cuando hay dolor es que tenemos que tomar con puntualidad las medicinas	53	60.92
Los medicamentos para la hipertensión afectan la sexualidad	48	55.17
Difícilmente uno logra bajar de peso.	46	52.87
Es mejor tomar remedios a base de plantas.	41	47.12
Es muy difícil dejar de tomar licor, cuando a uno le gusta.	33	37.93

Tabla 5. Creencias relacionadas con el tratamiento de la Hipertensión Arterial

Respecto a las diferencias por género, lo más relevante en los hombres es que consideran que los medicamentos para la hipertensión afectan la sexualidad y la dificultad para regular en consumo de alcohol. En las mujeres se destaca la importancia que dan a las recomendaciones médicas y la percepción positiva sobre los remedios a base de plantas. En la siguiente Tabla se muestra la distribución por creencia. (Ver Tabla 6)

Creencia	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Los medicamentos para la hipertensión afectan la sexualidad	21	36.21	27	93.10
Difícilmente uno logra bajar de peso.	31	53.45	15	51.72
Es muy aburridor tener que tomar medicamentos todos los días	58	100.00	29	100.00
Es muy importante ir donde el médico con frecuencia	39	67.24	19	65.51
Uno debe siempre seguir las recomendaciones del médico	51	87.93	14	48.27
A uno la calidad de vida se le acaba desde que empiece a tomar remedios	53	91.38	29	100.00
Es muy difícil dejar de tomar licor, cuando a uno le gusta.	16	27.59	17	58.62
Cuando hay dolor es que tenemos que tomar con puntualidad las medicinas	34	58.62	19	65.52
Es mejor tomar remedios a base de plantas.	33	56.90	8	27.59

Tabla 6. Distribución por género sobre creencias relacionadas con el tratamiento de la Hipertensión Arterial

Discusión

El conocimiento y las creencias sobre las enfermedades facilitan a las personas adoptar comportamientos saludables y prevenir las complicaciones de las mismas. Por esta razón, la educación para la salud debe proponerse, además de brindar información, modificar actitudes y comportamientos de protección, a partir del reconocimiento de lo que las personas saben y creen sobre una determinada enfermedad.

Para el caso de la hipertensión arterial, el conocimiento que tienen los usuarios de los servicios de salud sobre la cifra normal de presión arterial es una variable importante que afecta la detección temprana de la enfermedad. En el estudio se encontró en una proporción similar conocimiento y desconocimiento al respecto, siendo los sujetos con experiencias cercanas o familiares que padecen la enfermedad, quienes principalmente conocen los valores normales. Este hecho y el que más de la mitad de la muestra desconozcan este dato permite inferir que solo se tiene conocimiento de la enfermedad cuando se está expuesto a ella directa o indirectamente, a pesar de ser una de las primeras causas de mortalidad por riesgo cardiovascular en Colombia.

En cuanto al conocimiento sobre los factores de riesgo los usuarios asocian principalmente la obesidad, la mala alimentación y el estrés tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, cabe destacar que las mujeres fueron mucho más específicas en señalar el alto consumo de sal como factor de riesgo; y los hombres omitieron el tabaquismo y el consumo de alcohol como factores de riesgo. Igualmente, en muy baja proporción señalaron el sedentarismo como riesgo, a diferencia de las mujeres. Condiciones culturales que determinan en gran medida la adopción de conductas diferenciales por género explicarían tales resultados.

Relacionado con lo anterior, es importante señalar la atribución al estrés como un factor de riesgo identificado tanto por hombres como por mujeres. De hecho, el estrés es uno de los principales factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, reportado consistentemente por la literatura. Al respecto, vale la pena mencionar el impacto biológico del estrés y la forma como facilita la aparición y desarrollo de la hipertensión. Por ejemplo, los efectos del eje neural relacionados con la influencia del estrés en el establecimiento de la hipertensión esencial, se dan específicamente en el sistema nervioso autónomo en su rama simpática, que incrementa la salida cardíaca, mediante aumento de la tasa cardíaca y la contractibilidad miocárdica; incrementa la resistencia vascular mediante vasoconstricción, con la consiguiente disminución del diámetro de los vasos; incrementa los efectos de tolerancia de los barorreceptores (por incremento del tono simpático) y disminuye la excreción de orina, con el consiguiente incremento en la retención de líquidos. Por su parte, la activación del eje neuroendocrino por estrés produce la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) desde la médula de las glándulas suprarrenales provocando vasoconstricción que contribuye a aumentar la resistencia periférica, e incrementando la circulación de ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre, con el consiguiente aumento de viscosidad y por ende aumento de resistencia periférica; además, la activación de este eje incrementa la liberación de vasopresina y aldosterona, aumentando la retención de líquidos.

Adicionalmente, de forma indirecta, el estrés puede propiciar la aparición de conductas facilitadoras de la hipertensión como son el consumo de cigarrillos, con la consiguiente repercusión en la resistencia vascular (aumento de la densidad sanguínea y reducción del diámetro de los vasos), el consumo de alcohol y la ingesta inadecuada de alimentos (incremento de la resistencia vascular).

Sobre el conocimiento de las consecuencias de la hipertensión se destacó el hecho de no hacer referencia a las complicaciones del riñón o de los ojos. El conocimiento generalizado entre los usuarios del servicio de salud, y hallado en este estudio, se refiere a aparición de enfermedades cardiovasculares, y menor medida a las complicaciones cerebrovasculares. Se piensa, equivocadamente, que la presión sanguínea solo tiene relación con el sistema cardiovascular y no se concibe como un sistema integrado a todo el organismo, determinando su adecuado funcionamiento.

Analizando el escaso conocimiento sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y consecuencias de padecerla, es importante resaltar que en cualquiera de los niveles de prevención en salud, bien sea anticipando su aparición o cuando se ha diagnosticado, la información que se brinde los usuarios y pacientes debe procurar la comprensión de la enfermedad, entendida de manera general, como la capacidad de analizar críticamente la información y las ideas, para hacer elecciones razonadas y responsables, no solo recordando lo que se les dice o memorizando hechos y cifras. De esta forma, y bajo el sentido de autoeficacia o capacidad para responsabilizarse de la propia salud, es más probable, la adopción de conductas prosalud y la adherencia al tratamiento.

En este sentido, la comunicación con el profesional de la salud debe darse en un marco de interés, disposición, afectividad y calidez. Este ambiente y la adecuada relación terapéutica, predisponen a los pacientes a la adopción de medidas preventivas, los mueve a la acción e influye sobre sus opiniones, sentimientos e intenciones para cuidar la salud. Si se quiere lograr la adopción de estilos de vida saludables o la promoción de la adherencia al tratamiento es importante reconocer el valor de la adecuada comunicación y relación empática entre el profesional de la salud y el paciente, bien sea bajo el contexto de la intervención individual, como de la intervención grupal para efectos de educación y prevención primaria.

Un ejemplo de la importancia de tener información, referentes y/o conocimiento de experiencias previas que contribuyan a reforzar acciones y comportamientos preventivos, lo constituye un estudio que mostró entre sus resultados que tener un familiar diagnosticado con Hipertensión Arterial, incrementa la posibilidad de tener conocimientos más precisos relacionados con la enfermedad. (Costa y López, 1987) De acuerdo con éste, la observación proporciona conocimiento de qué hacer, así como constituye un ejemplo de cómo hacerlo, y por tanto es un excelente estímulo antecedente para promover comportamientos de salud.

De lo anterior, podría pensarse en la necesidad de realizar y fortalecer programas educativos que incluyan información adecuada sobre la Hipertensión Arterial, sus riesgos y consecuencias, así como los beneficios esperados con el tratamiento. Sin embargo, los programas deben trascender el nivel teórico e informativo y dar cabida a estrategias y metodologías creativas, novedosas y participativas que promuevan conductas saludables y fortalezcan la responsabilidad personal en el proceso. Si se piensa en que tales programas deberían educar a la vez que informan, han de ofrecer conductas alternativas que le permitan a los individuos cambiar sus creencias o concepciones erradas sobre la Hipertensión y sus cuidados, así como comportarse de una forma más saludable acorde con su estilo de vida. Así mismo, es importante tener en cuenta que las actividades de promoción deben ajustarse a las características y necesidades de la población objetivo y privilegiar las estrategias de comunicación y el entrenamiento en habilidades.

Por otro lado, respecto a las creencias se evidencia que éstas actúan como variables predictoras en la adquisición de nuevos estilos de vida y en el control de factores de riesgo modificables. Esto en la medida en que las creencias determinan la concepción de la enfermedad y modelan la evaluación de su significado. La revisión de los resultados permite corroborar que muchas de las creencias interferirán en los cambios de actitud y de conducta frente a la salud, la enfermedad, los riesgos y la adherencia.

Cada individuo interpreta la enfermedad, sus riesgos y la percepción de los cambios corporales de acuerdo a significados subjetivos, factores de la cultura popular, tradiciones familiares, normas, valores etc. En este sentido se coincide con el planteamiento según el cual las conductas de salud y enfermedad deben verse como creadas, recreadas y negociadas en la interacción diaria de las personas. (Restrepo, 1992)

Las creencias son antecedentes adquiridos a lo largo de la historia interconductual de un sujeto, son muy importantes en los procesos educativos porque facilitan o interfieren los sentimientos, las opiniones e intenciones favorables para tomar decisiones acerca de la adopción de nuevas conductas. De acuerdo con lo anterior, los factores cognitivos tienen un papel importante en la adquisición y mantenimiento de conductas de protección y promoción de la salud. (Rodríguez, 1995)

Las creencias reportadas en el estudio con porcentajes altos, relacionadas con la inevitabilidad de la Hipertensión ante el proceso de envejecimiento y la percepción de invulnerabilidad de los jóvenes, deben ser aspectos que claves en los programas de prevención.

La percepción de la amenaza a la salud viene determinada por el conjunto de creencias generales sobre la enfermedad, por nuestros valores de salud y por creencias específicas sobre nuestra vulnerabilidad ante la enfermedad en cuestión. (Rodríguez, 1995) De acuerdo a cómo percibimos y el significado que le asignamos al riesgo, se van a determinar los nuevos hábitos y/ o las nuevas conductas. Así mismo en la evaluación de los riesgos raras veces las personas apoyan sus decisiones en datos y estadísticas, generalmente efectúan inferencias basándose en lo que recuerdan haber oído u observado.

La percepción de invulnerabilidad en los jóvenes no permite dimensionar realmente los riesgos tempranos y las consecuencias de problemáticas de salud complejas. Teniendo en cuenta las creencias de invulnerabilidad reportadas en el estudio, es interesante el planteamiento según el cual la invulnerabilidad percibida impide el desarrollo eficaz de los aprendizajes requeridos por la educación para la salud, pues la persona, aunque puede ser consciente de la severidad de los riesgos, de la eficacia de los comportamientos de promoción/ prevención, e incluso del bajo costo de los mismos, no logra un suficiente nivel de identificación frente al riesgo, lo que le impide valorar su propia susceptibilidad frente a éste. (Flórez, 2000)

Los resultados respecto a las creencias del presente estudio, aportan información clave para el diseño de programas preventivos orientados a la clarificación y reestructuración de ideas que interfieren en los comportamientos saludables. Sería interesante incorporar en los programas educativos material gráfico y/o audiovisual, con un manejo creativo, motivante y significativo que facilite la incorporación de conocimientos relacionados con factores de riesgo, y a la vez ilustre, cuestione y confronte la información distorsionada. Esto existe y se utiliza. Sería útil incluir referencias al respecto, que comparen los resultados del uso de esta metodología

Los programas de Educación para la salud generalmente tienen dos objetivos básicos: proveer conocimientos sobre la salud y promover comportamientos facilitadores de salud. Sin embargo las acciones que se incorporan en los programas no conducen al logro de estos objetivos, las estrategias de intervención en la actualidad van más allá de la información, los modelos tradicionales han mejorado los conocimientos y sensibilizado, pero no han logrado modificar los comportamientos o estilos de vida. Hoy el abordaje debe implicar la adquisición y reforzamiento de comportamientos de salud, por lo cual se sugiere incorporar métodos educativos bidireccionales, interactivos y significativos que permitan la participación activa de los individuos en la clarificación y consolidación del conocimiento.

Referencias

- Amigó, I. & Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Becker, M. H. (1974) The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, número completo.
- Blumenthal, J., Sherwood, A., Gullette, E., et al. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 569-589.
- Calnan, M.W. & Moss, S. (1984). The health belief model and compliance with education given at a class on breast self examination. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 198-210.
- Costa, M. & López, E. (1987). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Dubbert, P.M. (1995). Behavioral (life-style) modification in the prevention and treatment of hypertension. *Clinical Psychological Review*, 15, 187-216.
- Florez, L. (2002). Ponencia «Invulnerabilidad percibida: ¿Cuál es su riesgo de...?» V Congreso Iberoamericano de Psicología de la salud. Cartagena.
- Gatchel, R.J. & Oordt, M.S. (2002). *Hypertension. Clinical Health Psychology and Primary Care*, primera edición, Washington, D.C.
- Hochbaum, G.M. (1958). Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. Washington, D.C: US Government Printing Office.
- Kirscht, J.P. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 387-408.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer: New York.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. España: Desclée de Brouwer. S.A.

- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (2002). Situación de Salud en Colombia: Indicadores Básicos.
- Muldoon, M.F., Waldstein, S.R. & Jennings, J.R. (1995) Neuropsychological consequences of antihypertension medication use. *Experimental Aging Research*, 21, 353-368.
- Poss, J.E. (2001). Developing a New Model for Cross-Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *Advanced Nursing Science*, 23 (4), 1-15.
- Restrepo, R. (1992). Atención primaria en salud: Un reto para la psicología en Colombia. *Psicología de la salud en Colombia Asocopsis*, 1, 8-19.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Skop, B.P. & Masterson, B.J. (1995). Mania secondary to lisinopril therapy. *Psychosomatics*, 36, 508-509.
- Velasco, M. & Hernández, H. (2001). *Manual de hipertensión arterial al día*. Venezuela: McGraw-Hill.
- Weinberger, M., Greene, J.Y., Mamlin, J.J., et al. (1981). Health beliefs and smoking behavior. *American Journal of Public Health*, 71, 1253-1255.
- Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Whelton, P., He, J., Appel, L., et al. (2002). Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*, 288 (15), 1882-1888.