

Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad venezolana

Psychosocial risk factors of hypertension in a Venezuelan community

Dr. Andrés Vázquez Machado

Policlínico Universitario "Jimmy Hirzel", Bayamo, Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial constituye un importante problema de salud. En el mundo aproximadamente 7,6 millones de muertes prematuras y 92 millones de años de vida ajustados por discapacidad son atribuidas a esta afección.

Objetivo: identificar la asociación de la hipertensión arterial con algunos factores de riesgo psicosociales.

Métodos: se efectuó un estudio transversal (de corte) de 197 pacientes (74 hipertensos y 123 sin hipertensión arterial) que acudieron al Consultorio UD-140 de la urbanización 25 de Marzo, perteneciente al municipio de Caroní, en el Estado Bolívar de Venezuela, desde enero del 2004 hasta noviembre del 2005. Se identificaron las variables demográficas, los antecedentes personales y familiares de trastornos psiquiátricos, así como los eventos vitales que afectaron a los pacientes. En el análisis estadístico se emplearon el porcentaje, la prueba de la X^2 y la oportunidad relativa.

Resultados: en la serie predominaron las mujeres, el grupo etario de 55 y más años, la escolaridad primaria, las amas de casa y las víctimas de maltrato físico o psicológico, o ambos. Los pacientes hipertensos tuvieron mayor probabilidad de presentar familiares de primer grado con trastornos psiquiátricos, así como de padecer enfermedades físicas y experimentar conflictos con su pareja.

Conclusiones: algunas variables demográficas se convierten en estresores que se asocian a la hipertensión; también algunos eventos vitales son causa más probable de estrés en las personas hipertensas.

Palabras clave: hipertensión arterial, factores psicosociales, estrés, eventos vitales, Venezuela.

ABSTRACT

Introduction: hypertension constitutes an important health problem. Approximately 7,6 million of premature deaths and 92 million of years adjusted to life due to disabilities are attributed to this disorder.

Objective: to identify the association of hypertension with some psychosocial risk factors.

Methods: a cross-sectional study of 197 patients, (74 with hypertension and 123 without it) who visited the doctor's office UD-140 of the urbanization 25 de marzo, belonging to Caroní municipality, in the State of Bolivar, Venezuela was carried out from January, 2004 to November, 2005. The demographic variables, personal and family history of psychiatric disorders, as well as vital events affecting the patients were identified. In the statistical analysis the percentage, the Chi squared test and the relative opportunity were used.

Results: women, the age group 55 and more, the primary school level, the housewives and the victims of physical and psychological abuse, or both, prevailed in the series. The hypertensive patients had higher probabilities of having first generation relatives with psychiatric dysfunctions, as well as of suffering physical diseases and of experiencing conflicts with their couples.

Conclusions: some demographic variables become stressors associated to hypertension; some vital events are also more probable the cause of stress in hypertensive patients.

Key words: hypertension, psychosocial factors, stress, vital events, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye un importante problema de salud, especialmente en los países desarrollados. Según datos del Reporte de Salud Mundial del 2003, aproximadamente 7,6 millones de muertes prematuras y 92 millones de años de vida ajustados por discapacidad en el 2001, fueron atribuidas a la HTA.¹

De hecho, las cifras de prevalencia en el mundo son disímiles; en Estados Unidos casi una tercera parte de la población de 20 años o más tienen la presión arterial alta y en Canadá uno de cada 5 adultos viven con la enfermedad.² Un estudio en Argentina comunicó que la prevalencia de HTA es de 33,5 % y que 37,2 % de la población desconocía su afección;³ en Perú⁴ la prevalencia general es de 23,7 % y en la ciudad de São Paulo, Brasil, es de 23 %.⁵ En Cuba la padecen alrededor de 30 % de los adultos y de ellos, menos de 40 % están controlados.⁶

Acorde con la información del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en Venezuela la HTA tiene una prevalencia de 20 a 30 % en adultos.⁷ Según el Boletín Epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud del 2004, la HTA es la primera causa de consultas y la segunda de mortalidad,⁸ con una tasa ajustada en defunciones que varía de 18,0 a 29,2 por 100 000 habitantes.⁹

Al respecto, diferentes estudios informan que existe relación entre los diversos factores de estrés psicosocial y la HTA, pues estos factores pueden tener un importante papel en la causa de la enfermedad, influir en su curso o determinar el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.^{2,10-12}

Se han hallado niveles altos de ansiedad y depresión en los pacientes hipertensos,¹³ además de una mayor incidencia de eventos vitales, como problemas legales, ser víctima de violencia, dificultades con la vivienda, separación de la pareja y desempleo.¹⁴

Wainwright *et al*¹⁵ señalan que alguna pérdida reciente (fundamentalmente de seres queridos) se relaciona con una disminución de la efectividad del tratamiento antihipertensivo; de igual manera, las dificultades laborales, financieras y en las relaciones interpersonales están asociadas a la hipertensión arterial.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se decidió efectuar la presente investigación en pacientes que asistieron a un consultorio comunitario ubicado en el Estado Bolívar de la República Bolivariana de Venezuela.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal (de corte) de 197 pacientes que acudieron al Consultorio UD-140 de la urbanización 25 de Marzo, perteneciente al municipio de Caroní, en el Estado Bolívar de Venezuela, desde el 1 de enero del 2004 hasta el 1 de noviembre del 2005, con vistas a identificar, en ellos, la asociación existente entre la HTA con algunos factores de riesgo psicosociales. De los afectados, 74 poseían diagnóstico de HTA (comprobado a través de la historia clínica o porque tenían tratamiento antihipertensivo) y 123 no presentaban antecedentes de HTA ni cifras de tensión arterial elevadas durante el examen médico.

Todos los integrantes de la serie cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Aceptar participar en la investigación, previo consentimiento informado.
- No mostrar limitaciones físicas o mentales que dificultaran la obtención de los datos.

Igualmente, se identificaron las variables demográficas: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado conyugal, antecedentes personales y familiares (de primer grado) de trastornos psiquiátricos, así como los eventos vitales que afectaron a la persona en los 12 meses previos a la entrevista; en este último caso, para establecer el diagnóstico psiquiátrico, se utilizaron los criterios señalados en el eje IV del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, por sus siglas del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), sobre los problemas psicosociales y ambientales.

En el análisis estadístico se utilizaron los porcentajes y la razón, y para determinar las asociaciones entre las variables y la hipertensión arterial, se empleó la prueba de la X^2 , considerada como significativa la probabilidad menor o igual que 0,05. Para evaluar si la variable se comportaba como un factor de riesgo de la enfermedad, se estimó la oportunidad relativa (OR), con un intervalo de confianza de 95 %.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características demográficas; de estas presentaron una asociación significativa con la HTA la edad de 55 o más años, la escolaridad primaria y el estatus de ama de casa ($p < 0,05$); de acuerdo con la OR las edades menores de 35 años se comportaron como un factor protector ($OR = 0,34$; $0,15 < OR < 0,74$; IC: 95 %). La razón mujer-hombre hipertensos fue de 2,2.

Tabla 1. Características demográficas en los pacientes hipertensos y los controles

Características demográficas	Pacientes con HTA (n=74) %	Pacientes sin HTA (n=123) %	X ²	p
Grupos etarios				
15 – 34 años	14,9	34,1	8,69	SE*
35 – 54 años	63,5	56,9	0,83	NS
55 y más años	21,6	8,9	6,25	SE**
Sexo				
Femenino	68,9	65,0	0,31	NS
Masculino	31,1	35,0		
Escolaridad				
Primaria	59,4	35,8	10,44	SE*
Secundaria	19,0	30,1	2,99	NS
Bachiller	19,0	30,9	3,39	NS
Universitario	2,7	3,25	NA	
Ocupación				
Con empleo	31,1	44,7	3,57	SE [§]
Ama de casa	58,1	41,5	5,10	SE [¶]
Sin empleo	8,1	13,0	1,11	NS
Jubilado	2,7	0,8	NA	
Estado conyugal				
Con pareja	74,3	75,6	0,04	NS
Divorciado	12,3	15,4	0,41	NS
Viudo	9,4	0,8	NA	
Soltero	4,5	8,1	0,67	NS

NA: no aplicable NS: no significativo SE: significación estadística *p=0,00

**p=0,01 [§]p=0,05 [¶]p=0,02

Al analizar los antecedentes personales y familiares (de primer grado) de trastornos psiquiátricos (tabla 2), ninguna de las variables se asoció significativamente con la HTA; aunque la existencia de familiares con trastornos psiquiátricos parece incrementar la probabilidad de padecer la enfermedad (OR=1,78; 0,91<OR<3,50; IC: 95 %).

Tabla 2. Trastornos psiquiátricos en los pacientes hipertensos y los controles

Antecedentes de trastornos psiquiátricos	Pacientes con HTA (n=74) %	Pacientes sin HTA (n=123) %	X ²	p
Personales	28,4	21,9	1,03	NS
En familiares de primer grado	36,5	24,4	3,27	NS
Diagnóstico psiquiátrico	10,8	9,7	0,06	NS

NS: no significativo

El promedio de eventos vitales en el año previo a la entrevista fue de 1,8 en los hipertensos y 1,7 en los que no padecían la enfermedad. Ser víctima de maltrato se asoció significativamente con la HTA (p=0,05). Igualmente, los eventos vitales que los hipertensos presentaron con más probabilidad fueron (tabla 3): tener conflictos con la pareja (OR=2,86; 0,81<OR<10,56; IC: 95 %), ser víctima de maltrato físico y/o psicológico (OR=2,59; 0,86<OR<7,99; IC: 95 %) y padecer una enfermedad física (OR=2,04; 0,58<OR<7,19; IC: 95 %).

Tabla 3. Eventos vitales en los pacientes hipertensos y los controles

Eventos vitales	Pacientes con HTA (n=74) %	Pacientes sin HTA (n=123) %	X ²	p
Dificultades económicas	32,4	30,1	0,12	NS
Maltrato físico y/o psicológico	13,5	5,7	3,57	SE*
Conflicto con la familia	12,2	8,9	0,52	NS
Conflicto con la pareja	10,8	4,1	3,39	NS
Problemas con la vivienda	10,8	9,7	0,06	NS
Muerte de un familiar querido	9,4	9,7	0,00	NS
Enfermedad somática	9,4	4,9	1,57	NS
Atraco o robo	8,1	8,1	0,00	NS
Familiar enfermo	8,1	4,9	0,84	NS
Otros	6,7	6,5	0,00	NS

NS: no significativo SE: significación estadística *p=0,05

DISCUSIÓN

El predominio de la hipertensión arterial en el sexo femenino, coincidió con lo obtenido en otros estudios;^{2,15,16} este resultado puede ser explicado en el hecho de que las féminas demandan más atención para tratar sus problemas de salud, ya sea porque tienen más tiempo disponible para hacerlo, por poseer menor tasa de empleo fuera del hogar, o porque se exponen a más estresores que pueden ocasionar una mayor cantidad de trastornos psicosomáticos como dicha afección. No obstante, en algunas investigaciones³⁻⁵ se ha hallado una preponderancia de la entidad clínica en el sexo masculino.

La mayoría de los autores^{1-5,9-11} señalan que a medida que aumenta la edad se incrementa la posibilidad de padecer HTA. En edades avanzadas se presentan determinados factores psicosociales como la disminución de capacidades y algunas habilidades debido al envejecimiento, la frustración por las metas no resueltas, los conflictos intergeneracionales, la dependencia, la pérdida de seres queridos y la jubilación; todos ellos causantes de estrés, los que pueden interactuar junto con una mayor vulnerabilidad a padecer algunas enfermedades comunes en estas edades.

El bajo nivel escolar se comportó como una variable asociada a la hipertensión, lo cual concordó con una investigación llevada a cabo en la ciudad de São Paulo, cuyos autores refirieron que la escolaridad baja constituye una barrera para el acceso al diagnóstico y la observancia del tratamiento antihipertensivo.⁵

De hecho, un estudio desarrollado en Perú informó que la prevalencia de HTA está en relación inversa con el nivel educativo.⁴

Asimismo, el bajo nivel instructivo reduce la posibilidad de adquirir conocimientos que ayuden a llevar un estilo de vida sano, necesario para minimizar los riesgos de presentar HTA, aunque desde el punto de vista psicosocial limita las posibilidades de aprender recursos psicológicos para el afrontamiento del estrés, de adquirir un empleo adecuado ante las necesidades económicas y cumplir metas y proyectos de la vida.

Cabe agregar que entre los factores de riesgo de hipertensión arterial que deben recibir atención especial en Latinoamérica, se recomienda poner énfasis en el bajo nivel de escolaridad, por el elevado porcentaje de población nativa con bajas oportunidades de obtener una educación adecuada.¹⁷

Por otra parte, fueron hallados pocos estudios en los que se relaciona la HTA con el estatus de ama de casa. En Singapur, en una pesquisa sobre 8 enfermedades crónicas no transmisibles, se notificó que del total de personas que padecían hipertensión arterial, 72,1 % eran amas de casa.¹⁸ De igual manera, una investigación en el Reino de Arabia Saudita informó que más de la mitad de una muestra de pacientes hipertensos, eran amas de casa.¹⁹

Referente a lo anterior, las amas de casa están expuestas a mayor cantidad de eventos psicosociales negativos como consecuencia de su condición, entre los cuales pueden citarse: la dependencia económica, la vida monótona y rutinaria, las pobres expectativas y la menor accesibilidad a los servicios de salud; ellas son, con mayor frecuencia, víctimas de la violencia de su pareja.

Tener familiares de primer grado con enfermedades mentales puede convertirse en una fuente de estrés, que incrementa la posibilidad de padecer HTA; ellos implican una carga debido a los gastos por atención médica, los tratamientos que por lo general son costosos y la incapacidad del enfermo para tener un empleo, bien sea por la discapacidad propia que ocasiona el trastorno o por el estigma social que dificulta el acceso a un puesto de trabajo.

Aunque el promedio de eventos vitales estresantes que experimentaron los hipertensos fue similar a los que presentan quienes no padecían la enfermedad, se encontró que la existencia de conflictos con la pareja, el ser víctima de maltrato y padecer una enfermedad física, se comportan como factores de riesgo de la HTA; tales eventos interfieren en el funcionamiento social, familiar, laboral y académico de la persona, y en dependencia de los recursos de enfrentamiento que utilice, la efectividad percibida de ellos y la vulnerabilidad individual pueden determinar la aparición de estrés.

Los conflictos con la pareja indican que esa fuente primaria de apoyo es deficiente; al suceder esto el equilibrio de la persona se daña y los recursos individuales para hacer frente a las demandas de la vida cotidiana pueden ser endebles. En consecuencia, el aumento de la presión arterial puede ser una manifestación de dicha inestabilidad.

A las víctimas de maltrato físico o psicológico, o ambos, se les lacera la autoestima y crean sentimientos de indefensión. Con mayor frecuencia las mujeres son víctimas de maltrato, aunque también los ancianos conforman un grupo vulnerable. El sometimiento a este estresor puede determinar la presencia de trastornos psicosomáticos como la HTA.

Mendoza Parra *et al*²⁰ sugieren que en el examen integral a los adultos mayores hipertensos se deben incluir instrumentos que posibiliten la indagación sobre situaciones de violencia y abuso doméstico; el maltrato es un motivo de incumplimiento terapéutico y un ejemplo de las consecuencias negativas del maltrato para el control de las enfermedades crónicas como la HTA.

El padecimiento de enfermedades físicas también puede convertirse en un estresor en dependencia del modo de reacción del individuo ante la enfermedad, la amenaza percibida y el conocimiento que tenga sobre esta; además de los recursos económicos de que disponga para adquirir los medicamentos y costear la atención médica.

Wainwright *et al*¹⁵ solo encontraron asociación significativa entre las pérdidas objetales y una menor respuesta a la medicación antihipertensiva; el resto de los eventos vitales no tuvieron relación con la HTA. Se debe añadir que en su investigación fueron evaluados los eventos vitales de los 5 años previos a la entrevista.

En último lugar, en esta serie se confirmó la importancia de tener en cuenta los aspectos psicosociales en la evaluación de todo paciente hipertenso, lo que garantizará una atención más integral y un resultado satisfactorio del tratamiento; no obstante, la limitación del estudio estuvo relacionada con su diseño, que no permitió extrapolar los resultados al resto de la población, y solo se analizaron los pacientes que acudieron al consultorio, por lo que sugirió realizar otros estudios que incluyan la población general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008; 371(9623): 1513-8.
2. Veenstra G. Expressed racial identity and hypertension in a telephone survey sample from Toronto and Vancouver, Canada: do socioeconomic status, perceived discrimination and psychosocial stress explain the relatively high risk of hypertension for Black Canadians? *Int J Equity Health*. 2012; 11: 58.
3. Marin MJ, Fábregues G, Rodríguez PD, Díaz M, Paez O, Alfie J, et al. Registro nacional de hipertensión arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. *Rev Argent Cardiol*. 2012; 80(2): 121-9.
4. Medina Lezama J. Hipertensión arterial en el Perú. Aspectos epidemiológicos y hemodinámicos. *Junta Directiva*. 2012; 38(1): 23-31.
5. Mion D, Pierin A, Bensenor IM, Marin JC, Abe Costa KR, de Oliveira Henrique LF, et al. Hipertensión arterial en la ciudad de São Paulo: prevalencia referida por contacto telefónico. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1): 99-106.
6. Castillo Álvarez YC, Chávez Vega R, Fernández J, Alfonso JM, Alfonso Guerra JP. Incidencia y prevalencia de hipertensión arterial registradas en el Día Mundial de la Hipertensión 2011. Experiencia de un grupo de trabajo. *Rev Cubana Med*. 2011; 50(3): 234-41.
7. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Venezuela. Vol 2. Washington, D.C.: OPS; 2002. p. 571-86. (Publicación Científica y Técnica No. 587)
8. Mora A, Romero G. Factores de riesgos para la hipertensión arterial en los trabajadores de la industria venezolana endógena del papel, s.a. (INVEPAL) durante el primer semestre del año. Universidad Central de Venezuela; 2008. Valencia: Facultad de Medicina [citado 16 May 2013]; 2008.
9. Granero R, Infante E. Cuatro décadas en la mortalidad por hipertensión arterial en Venezuela: 1969 a 2008. *Av Cardiol*. 2011; 31(4): 294-300.

10. Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*. 2010; 25(1): 132-41.
11. Aggarwal B, Mosca L. Lifestyle and psychosocial risk factors predict non-adherence to medication. *Ann Behav Med*. 2010; 40(2): 228-33.
12. González Valdés T, Deschappelles Himely E, Rodríguez Cala V. Hipertensión arterial y estrés. Una experiencia. *Rev Cubana Med Milit*. 2000; 29(1): 26-9.
13. Molerio Pérez O, García Romagosa G. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Med*. 2004 [citado 16 May 2013]; 43(2-3).
14. Cené CW, Dennison CR, Powell Hammond W, Levine D, Bone LR, Hill MN. Antihypertensive medication nonadherence in black men: direct and mediating effects of depressive symptoms, psychosocial stressors, and substance use. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013; 15(3): 201-9.
15. Wainwright N, Levy S, Pico J, Luben RN, Surtees PG, Khaw KT. Social adversity experience and blood pressure control following antihypertensive medication use in a community sample of older adults. *Int J Behav Med*. 2013 [citado 6 Jun 2013].
16. Razzaque A, Nahar L, Golam Mustafa AHM, Ahsan KZ, Islam MS, Yunus M. Sociodemographic differentials of selected noncommunicable diseases risk factors among adults in Matlab, Bangladesh: findings from a WHO STEPS Survey. *Asia Pac J Public Health*. 2011; 23(2): 183-91.
17. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol*. 2010; 29: 117-44.
18. George PP, Heng BH, De Castro Molina JA, Wong LY, Wei Lin NC, Cheah JT. Self-reported chronic diseases and health status and health service utilization - results from a community health survey in Singapore. *Int J Equity Health*. 2012; 11: 44.
19. Kalantan KA, Mohamed AG, Al-Taweel AA, Abdul Ghani HM. Hypertension among attendants of primary health care centers in Al-Qassim region, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2001; 22(11): 960-63.
20. Mendoza-Parra S, Merino JM, Barriga OA. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(2): 105-12.

Recibido: 8 de noviembre de 2013.

Aprobado: 19 de noviembre de 2013.

Andrés Vázquez Machado. Policlínico Universitario "Jimmy Hirzel", Avenida Antonio Maceo #109, reparto Antonio Guiteras, Bayamo, Granma, Cuba. Correo electrónico: anvaz@grannet.grm.sld.cu