



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MEXICO
Maestría en Salud Pública
Ciencias Sociales y del Comportamiento

Trabajo para defensa y grado: Experiencias, creencias y percepciones de vivir con hipertensión en la comunidad de Ixtlilco, Morelos, México.

Que presenta: LEO María Victoria Leonor Fernández García

Comité

Directora: Dra. Marta Caballero García

Asesora: Dra. Luz Arenas Montreal

18 de Mayo, 2010

La experiencia de vivir con hipertensión arterial sistémica en una comunidad rural del Estado de Morelos

Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es el principal factor de riesgo de mortalidad cardiovascular y se relaciona con diversos padecimientos, como enfermedad vascular, enfermedad cerebrovascular, muerte cardíaca súbita, enfermedad coronaria, aneurisma aórtico abdominal, enfermedad crónica y fase terminal de enfermedad renal.

La HAS es el padecimiento cardiovascular más común, el cual representa el mayor reto de salud pública a nivel mundial, con excepción de mayor prevalencia en hombres de países desarrollados, no hay diferencia con los países no desarrollados;¹ asimismo, es considerada, según consenso internacional, como un factor de riesgo poderoso, consistente e independiente² que incrementa considerablemente la mortalidad cardiovascular.³

Se estima que una cuarta parte de los adultos del mundo padecen hipertensión y que la proporción se incrementará hasta 29% hacia el año 2025.¹ Actualmente, en América Latina, alcanza el 35%,⁴ y el problema aumenta, porque aproximadamente la mitad de las personas con HAS ignoran que la padecen. De quienes lo saben, el 30% recibe tratamiento y en promedio el 19% son considerados como controlados.⁵ Sin embargo, las dificultades para lograr un adecuado control se han documentado en diferentes países.^{6 7}

En México, durante 2005, la segunda causa de muerte fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa de 50 (por 100,000 habitantes), correspondientes al 10.8% del total de muertes; asimismo, la cuarta causa de muerte fue la enfermedad cerebrovascular con una tasa de 25.7, que equivale al 5.6 % de la mortalidad general.⁸ La prevalencia de HAS, según la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) 2000, reportó una prevalencia total de HAS de 30.7% (15 millones de adultos, aproximadamente) en sujetos de entre 20 y 69

años de edad ⁹. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006 presentó datos de prevalencia similares (30.8%) e identificó un 12.1% de mujeres sin diagnóstico médico previo y un 20% de hombres.¹⁰ La Ensa 2000 mostró que la HAS fue más frecuente en sujetos con menor escolaridad (el 44% no tenían ninguna escolaridad). Asimismo, de la población con diagnóstico previo, el 74.9% tenía prescrito algún tratamiento para su control y el 40% presentaba cifras mayores a 145 para la sistólica y/o 95 para la diastólica. También se observó que las mujeres tenían apenas un mejor control que los hombres, 59.3% y 55%, respectivamente.⁹

En este contexto, el problema sobre la baja proporción de pacientes que logran el control de su HAS ha sido ampliamente estudiado en el mundo desde tres vertientes: *a)* los servicios de salud respecto de la cobertura de los programas de detección y sobre el acceso servicio y tratamiento, y la efectividad de los proveedores; *b)* la perspectiva de los pacientes, sus percepciones, creencias y prácticas relacionadas con los tratamientos farmacológico y no farmacológico; *c)* la relación del profesional de la salud con los pacientes, comunicación, relación médico-paciente y atención culturalmente adecuada. Dentro de estas vertientes, se reconocen poblaciones más vulnerables debido a que sus contextos sociales los colocan en situaciones de desventaja, tanto económica (recursos financieros limitados) como cultural (creencias y prácticas que difieren de las recomendaciones para su tratamiento). Por estas razones, diversos estudios se han enfocado en la población inmigrante,^{11, 12} las minorías étnicas^{13, 14} o los grupos de bajo ingreso,¹⁵ y se ha observado que todos estos presentan mayores dificultades para el control de la HAS. En Estados Unidos, la alta prevalencia y las mayores dificultades para el control de la HAS en población afroamericana ha sido motivo de múltiples investigaciones y una parte de ellas se enfoca también en explorar su vulnerabilidad desde la perspectiva de los pacientes.^{16, 17} Finalmente, pese a que consistentemente se informa menor prevalencia de HAS en la población rural de diferentes países,¹⁸⁻²¹ también es

considerada vulnerable; sin embargo, es la menos estudiada desde la perspectiva de los pacientes y algunos estudios muestran incrementos en su prevalencia por arriba de las áreas urbanas;^{22, 23} si bien las características de la población rural varían en las diferentes regiones del mundo, destaca la evidencia respecto de mayores cifras de casos no diagnosticados, no tratados y con menor control de HAS en esta población.²⁴⁻²⁶

Para mejorar la cobertura, el tratamiento y el mejor control de la HAS en poblaciones vulnerables es necesario, entre otras cosas, conocer las dificultades que enfrentan en su vida cotidiana y las características de sus contextos, con la finalidad de ofrecer alternativas viables y culturalmente adecuadas. En ese sentido, la investigación cualitativa ofrece la mejor evidencia.²⁷ Scholman y Schmitke realizaron una meta síntesis de 11 estudios cualitativos hechos en Estados Unidos (3 de ellos en población rural y pobre) que sintetizan los resultados agrupando los siguientes aspectos:²⁸ *a)* los autores encuentran que la HAS fue llamada de distintas maneras y a veces fue considerada consecuencia del estrés o de factores emocionales (racismo, problemas financieros o problemas interpersonales); *b)* en cuanto a los síntomas, el más reconocido en todos los estudios fue el dolor de cabeza, pero no se asoció con un accidente vascular cerebral. Un cambio en el latido cardiaco en frecuencia o intensidad, también fue de los síntomas más reconocidos para buscar asistencia médica. El sangrado nasal, mareos o desmayos fueron otros síntomas citados comúnmente; *c)* respecto al tratamiento farmacológico, se identifican barreras específicas del paciente como olvido, creencias y actitudes. Específicamente sobre tomar medicamento antihipertensivo, las barreras que destacan para hacerlo son los efectos secundarios, la duración de los tratamientos, dosis inconvenientes (frecuencia, tamaño de las pastillas) y costo.

Estudios posteriores a la meta síntesis de Scholman y Schmitke aportaron más sobre los mismos temas en diferentes poblaciones. Weaver *et al.* identifican en las narraciones de las personas recientemente diagnosticadas con HAS dos formas de enfrentarlo: la “negación” y

“aceptación”, que, sin embargo, no tienen relación con el nivel de conocimiento, o percepción de riesgo, sino como una manera de enfrentar vivir con un riesgo. Sangre *et al.*, siguiendo la propuesta de Bury sobre cronicidad²⁹, muestran cómo experimentan los pacientes una irrupción biográfica y matizan su percepción de riesgo según la historia familiar y las dificultades para interpretar sensaciones corporales, pero sobre todo dan cuenta del proceso dinámico de adaptación a esta condición.³⁰

Por otro lado, Proulx *et al.* estudiaron en población rural y semiurbana en Canadá por qué las personas dejan de tomar su medicamento y los patrones de comportamiento al respecto y encontraron que es el resultado de contextos que ofrecen múltiples dificultades (limitantes económicos y demandas de trabajo).³¹ Por su parte Boutin-Foster *et al.* exploraron en población afroamericana sin control de su HAS la percepción que tienen los pacientes del significado de la hipertensión y describieron las razones identificadas por los participantes para enfermar: lo atribuyen a causas como herencia y estrés, y mediado por ciertas prácticas como la alimentación, consumo de alcohol y la sal. En cuanto a las consecuencias, a algunas personas les preocupan principalmente la muerte, mientras que a otras los síntomas. Perciben el impacto sobre sus vidas como una condición de vida alterada y restrictiva que obliga a cambiar sus estilos de vida.³² En la perspectiva de los modelos explicativos, basada en la propuesta de Kleinman,³³ Beune *et al.*, encuentran en población ghanesa, africosurinamense y holandesa, residente en Holanda, similitudes en cómo explican las personas su hipertensión, aunque destacan que encontraron dificultades en los tres grupos para describirla y, en cada uno, hábitos alimentarios culturalmente específicos, expresados como posibles causas de su padecimiento; en los grupos inmigrantes destacan los cambios de dieta, clima y el estrés en la adaptación a una sociedad diferente.³⁴ El mismo autor, en un estudio subsecuente, realizado en los mismos grupos étnicos, se enfoca en la percepción y manejo de los medicamentos, y observa que en los tres grupos las personas deciden activamente cómo manejar la

prescripción, algunas veces a veces disminuyen las dosis u otras la abandonan³⁵ y, como en otros estudios, se identificaron diferentes argumentos para hacerlo. En ese mismo sentido, Benson y Britten describieron la manera cómo los pacientes hacen el balance entre las razones para tomar y no tomar los medicamentos antihipertensivos; en los temas emergentes identifican reservas de los pacientes para tomar medicamentos, por no ser naturales, los perciben como adversos y les atribuyen el significado de enfermedad. Hubo una percepción sobre que los médicos prescriben medicamentos muy rápido antes de probar otras opciones. Específicamente la resistencia para tomar medicamentos antihipertensivos radica en la duda sobre si es necesario tomarlos y cuáles son sus riesgos a largo plazo o si se les ocultan; hubo preferencia por medicinas alternativas.³⁶ En cuanto a seguir el tratamiento farmacológico, Rose *et al.* exploran en hombres afroamericanos sus diferentes contextos, personal, social y cultural, así como sus condiciones sociales y personales adversas para seguir su tratamiento, destacan algunos aspectos no referidos en otros estudios, como los asuntos personales, que influyeron en sus decisiones para manejar la HAS: su orgullo o no querer parecer “débil” o “no macho” y que no se enteren sobre su enfermedad, lo cual influye en la búsqueda de ayuda de profesionales y familiares; también se identificó el abuso de drogas como un factor desfavorable al tratamiento.¹⁶

El estudio de van Wissen *et al.* aborda la experiencia de vivir con HAS, enfocándose en el hecho de tomar medicamentos antihipertensivos durante largo tiempo. Entre sus hallazgos, destaca la diversidad de las experiencias en la vida de las personas, que enfrentan diferentes cambios, algunos observaron modificaciones en su cuerpo y tuvieron que asimilar estar constantemente verificando su medicación y monitoreando su presión por profesionales o por aparatos electrónicos.³⁷

Las diversas aproximaciones de la investigación cualitativa hasta aquí revisadas ofrecen la perspectiva de las personas que padecen HAS y ayudan a comprender las razones

por las que no siguen el tratamiento farmacológico, principalmente, cuando menos de manera regular, y revisan otras medidas menos exploradas, como la dieta, la actividad física y el bienestar emocional; estas últimas necesarias para lograr el control de la HAS y evitar sus complicaciones, todas ellas graves, discapacitantes o bien mortales.

México, como ya se ha planteado, presenta el mismo problema de bajos niveles de control en las personas bajo tratamiento; sin embargo, no existen estudios que aborden la perspectiva del paciente en contextos que suponen mayores dificultades

La fenomenológica es la aproximación más adecuada porque nos permite comprender la respuesta de las personas a las situaciones, poniendo atención en su subjetividad.³⁸ Ésta se enfoca en la experiencia de la vida cotidiana directamente vivida y expresada por los individuos, quienes le atribuyen un significado a su percepción de algún fenómeno, en particular en el caso de la HAS, la percepción es influenciada tanto por todas las cosas internas como las externas al individuo. La experiencia de los fenómenos incluye la percepción sensorial (ver, escuchar, tocar, saborear y oler) y otros fenómenos, tales como creer, recordar, anticipar, juzgar, intuir, sentir, preocuparse, amar imaginar y estar dispuestos.³⁹⁻⁴¹ La vida cotidiana está dominada por motivos pragmáticos: las personas resuelven los problemas diarios con el cúmulo de conocimientos sociales que se objetivan a partir del lenguaje, el cual también tipifica experiencias que pueden incluirse en categorías amplias, en cuyos términos adquieren significado.⁴² Las personas en el contexto de la vida cotidiana construyen el mundo intersubjetivo común a todos; éste existe “porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos” (Schultz, 1973: 10, citado por Ritzer)⁴³. En esta intersubjetividad se funda el acervo social del conocimiento común y éste conduce a realizar las acciones habituales en la vida cotidiana, para lo que se utiliza el sentido común, que se construye con el conocimiento local y que, según Geertz, “es más que nada una interpretación

de las immediateces de la experiencia, sujeta a pautas de juicio definidas históricamente, se trata de un sistema cultural".⁴⁴ Así, comprender mejor los aspectos culturales de poblaciones vulnerables es la base para ofrecer mayor efectividad en las intervenciones cuyo fin es mejorar la salud, es decir, si se identifican las dificultades cotidianas, es posible ofrecer alternativas.

A la luz de lo anterior, este trabajo se propone comprender la experiencia de padecer HAS en una localidad rural y pobre del Estado de Morelos, en virtud de que consideramos a ésta una población en condiciones de vulnerabilidad.

Metodología

Tipo de estudio y técnicas

Para el análisis, el diseño fue cualitativo y la aproximación fenomenológica, se realizó una etnografía del lugar y entrevistas semiestructuradas. El estudio se llevó a cabo de agosto de 2009 a enero de 2010.

El comité de investigación de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos revisó y autorizó el protocolo y cabe señalar que se obtuvo consentimiento informado de los participantes, además de que se garantizó su confidencialidad.

Selección de la muestra

La muestra se seleccionó entre los usuarios del centro de salud de la localidad y los criterios de inclusión fueron los siguientes: personas con dos años y más de haber sido diagnosticadas de HAS por un médico, tener entre 45 y 65 años de edad, residir en la localidad desde antes de su diagnóstico y participar voluntariamente.

Los participantes en el estudio fueron nueve mujeres y cinco hombres, de entre 45 y 65 años de edad; de las mujeres, siete trabajaban en el hogar y dos percibían ingresos por

otras actividades como costura y trabajo doméstico; los hombres en general hacían dos o tres actividades según se encontrara la oferta de trabajo, principalmente en el campo o como albañiles. La mayoría de hombres y mujeres nacieron en la localidad, con excepción de un hombre, aunque él ha vivido ahí desde hace 23 años, y dos mujeres, de quienes una nació en un pueblo colindante (a 15 minutos) y la otra vive en la localidad desde hace 35 años (véase cuadro 1).

Las entrevistas se llevaron a cabo siguiendo una guía de temas basada en la literatura revisada (véase tabla1). Se invitó a las personas a participar en el estudio cuando acudieron al centro de salud de la localidad, ya que las autoridades de los servicios de salud de la jurisdicción consideraron conveniente no visitar en sus domicilios a las personas que padecen hipertensión para preservar la confidencialidad. Por esta misma razón, la investigadora que realizó las entrevistas fue una persona ajena a los servicios y a la comunidad. La mayor parte de las entrevistas se realizaron en el centro de salud, por la disposición inmediata que expresaron los participantes.

Participantes en el estudio y su contexto

Este estudio se realizó en una comunidad rural de 3300 habitantes del Estado de Morelos cuya población se dedica principalmente al trabajo agrícola y a la construcción. Dependiendo de la oferta, el salario por jornada en este tipo de trabajo varía entre 10 y 12 dólares. Las autoridades locales estiman que 16% de su población económicamente activa se encuentra trabajando en los Estados Unidos. Previamente al desarrollo de las entrevistas, la misma persona que hizo las entrevistas realizó la etnografía, que tuvo como propósito conocer el lenguaje y otros aspectos culturales de la región.

Procesamiento y análisis de los datos

Las entrevistas, cuya duración fue entre 30 y 60 minutos, fueron grabadas y transcritas. El procesamiento de los datos se realizó a partir de la guía de la entrevista y del procedimiento inductivo, a través de los elementos de la teoría fundamentada, añadiendo temas de acuerdo con lo que se encontraba en las respuestas, para ello se usó el software Atlas Ti. La información se analizó teniendo en cuenta la teoría fenomenológica, en la que se rescata el contexto de la vida cotidiana y el mundo de los informantes, así como su relación con ese entorno.

A partir de los conceptos que emergieron, se establecieron categorías cuyos componentes o variaciones quedaron establecidos como subcategorías si aparecían constantemente. Se identificaron siete categorías: 1) la presión alta es una enfermedad que me dijeron que tengo, 2) vivir con la presión alta, 3) tomarse las pastillas todos los días, 4) la comida cotidiana y las recomendaciones, 5) qué hago para sentirme bien y qué me hace mal, 6), que pegue el aire y, finalmente, 7) caminar para sentirse mejor. Sin embargo en este trabajo se presentan las cuatro de mayor relevancia y sus respectivas subcategorías.

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con los temas emergentes mayores y sus componentes en torno a los objetivos del estudio (véase tabla 2).

1. La presión alta es una enfermedad que me dijeron que tengo

Para las personas entrevistadas tener la presión alta es un conocimiento o idea confusa que implica una noción de distancia. La imagen de confusión se integra con diferentes componentes que van desde cómo se enteraron de su padecimiento, por qué piensan que se

enfermaron y, finalmente, las creencias sobre qué sucede cuando se está enfermo de la presión.

En relación a *cómo se enteraron que tenían la presión alta*, se identificaron claramente dos grupos, las personas que presentaron síntomas de cierta intensidad que los llevaron a buscar atención y quienes fueron detectados por el personal de salud al acudir a algún otro servicio médico.

“Tenía malestares pero no sabía qué eran”: la mayor parte de los entrevistados (10/15) refirieron ir a la consulta porque tenían malestares físicos intensos, pero que en el momento del diagnóstico no sabían que tales malestares podían estar relacionados con HAS.

entonces estaba sentada bordando mi servilleta y estaba la tele prendida y miraba que subía y subía y subía la tele, estoy mariada o qué porque veo la tele así, que me pongo al derecho de la puerta para mirar hacia el campo y yo veía que el cerro también subía, subía. Mañana voy a ir al médico no sé qué cosa tengo y me dolía la cabeza al voltearme en la cama me dolía mucho la cabeza de la nuca desde acá me dolía mucho [señala], haga de cuenta que estaba yo acostada en piedras, entonces yo me volteaba y dolía con mucho dolor y ya este...que vengo al doctor... (mujer, 52 años de edad y 3 de diagnóstico).

“No sentía nada hasta que me lo dijeron”: un grupo menor (dos mujeres y tres hombres) refirió no haber tenido síntoma alguno y su detección se realizó cuando asistieron a consulta por diferentes razones: una mujer fue al dentista y otra a consulta con un médico internista y de los tres hombres a uno se le detectó en un banco de sangre, a otro en una clínica del IMSS y al último porque requería de un examen médico para ir a Canadá como trabajador agrícola. Estos cinco casos fueron detectados en servicios de salud fuera de la localidad.

Pues de hecho bien, ni supe bien cuándo se me alteró, porque nomás empecé a atenderme una muela picada y fui a otro centro de salud al dentista y no me atendían porque decían que iba con la presión alta, ahí me di cuenta que la tenía yo alta, pero no supe desde cuándo ya estaba así, y ya, este, me la checaron una semana aquí, volví a ir porque dos días estuvo bien y otros días alta y no me dieron medicamento, me volví a ir y me volvieron a regresar porque la volvía a llevar alta, ajá, ya de ahí vine más y me empezaron a dar medicamento... (mujer, 45 años de edad y 5 de diagnóstico).

Por qué me enfermé de la presión alta es uno de los componentes cruciales. Se trata de la explicación que dan los mismos informantes a cómo creen que se enfermaron. En esta subcategoría, los temas expresados se enfocaron fundamentalmente en los problemas emocionales de índole familiar, aunque algunas personas consideran que fueron en conjunto problemas y aspectos de alimentación o peso corporal. Un tema que destaca es que este asunto se plantea, en términos generales, como una duda no resuelta después de años de diagnóstico.

“Problemas y mortificaciones”: la mayoría de las personas relacionó a algún problema emocional de índole familiar como causa de su padecimiento.

Pues me han dicho, ¿verdad?, que a lo mejor son que problemas o que mortificaciones, o no sé, pero yo digo que a lo mejor es porque tiene uno los nervios débiles o no sé, porque hay mucha gente con problemas y no están enfermas, yo también digo que no todos tenemos pues el organismo igual a lo mejor algo tengo débil y no aguanta tanto” (mujer, 45 años de edad y 5 de diagnóstico).

“Problemas y algo más”: algunos testimonios, además de enfocarse en los problemas, también reconocen algún componente físico relacionado con su peso u alimentación.

Pues yo creo porque... como le explicaré, pues por lo mismo, pues a la mejor antes era más delgado y hace como unos... yo sembraba mucho pues, era, es decir, trabajaba por mi cuenta, era agricultor, pero pues desgraciadamente, este, me empezó a ir mal en las plantas y, este, a lo mejor de que yo sembraba de mi cuenta, trabajaba mucho con la pala y quemaba muchísima grasa y mi cuerpo era otro, entonces me empezó a ir mal, como cuatro o cinco años que no le pegaba y que no le pegaba a la planta, no le atinaba al precio y fui acabando mis cositas que tenía y hasta que al fin ya no sembré, que me dedique después a andar de peón en el campo o aquí en el pueblo que luego quieren, así un peón de albañil ahí le vamos trabajando, pero ya no es igual a que cuando uno es de uno... [hombre, 48 años de edad y 11 de diagnóstico].

“Duda no resuelta”: este tema destaca porque los testimonios plantean, en términos generales, la causa de padecer hipertensión, como una duda no resulta después de años de diagnóstico.

le pregunte a ese médico si me podía decir de qué viene la presión alta y él me dijo que me podían hacer mil estudios y que no iban a dar de qué, que porque hay muchos factores entonces ya después me mandaron hacer aquí unos estudios y salí con este..... colesterol alto y ¿Qué? ¿trigli...? (mujer, 52 años de edad y 3 de diagnóstico).

En este punto sobresale el tema de lo que los informantes creen *que les sucede cuándo se enferman de la presión*. Las personas expresaron ideas confusas y dudas sobre lo que les sucede cuando se enferman y la ausencia de síntomas.

“Estar enfermo de la presión implica que puede estar alta o baja”. Claramente se perciben como padecimientos similares, tener hipertensión que hipotensión, en tanto las dos son peligrosas y no se plantean diferencias con referencia a mecanismos fisiopatológicos que operen para causar daño o relación su relación con riesgos diferentes.

pero después allá mi concuña dice es más malo, creo, dice que se baje, le digo a ¿apoco?, dice sí, digo no sé, pues porque hay dos dice, una se baja y otra se sube, digo yo tengo la que se sube. Como quiera se ha de sentir feo, pues es la misma enfermedad... mi concuña dice que se le baja y eso sí de que se le empieza a bajar dice que nomás siente una calor y le da vómito (mujer, 63 años de edad y 5 de diagnóstico).

“Estar enfermo es tener síntomas o malestares”. Los testimonios al respecto se encaminaron a la confusión que experimentan algunos informantes sobre saberse enfermos de la presión y no tener síntomas, o bien, percibir alguna señal corporal que lo confirme, temporal o permanentemente.

eso es lo que le digo a la doctora, digo doctora yo por qué sufro de la presión si yo no siento nada de eso, dice pero ya ahorita, siempre me la toma esta normal 110, 120 hasta ahí llega (mujer, 45 años de edad y 3 de diagnóstico)

Ajá, yo no sentía nada andaba bien,... él me enfermó [el médico](mujer, 48 años de edad y 8 de diagnóstico).

2. Vivir con la presión alta

La experiencia de tener la presión alta, a través de los relatos de los informantes, ofrece una imagen de incorporación de la enfermedad en sus vidas, de manera no conflictiva, que sólo interfiere de forma intermitente en la vida cotidiana “cuando se sube”. El *síntoma más referido* cuando se “sube” la presión es el dolor de cabeza, el resto fueron distintos según cada persona aunque se presentan agrupados por su similitud:

- a) se siente “bum”, apretado (del pecho) y dolor de corazón;
- b) vómito, náuseas y arqueo;
- c) atarantado, mareado, cansado, con flojera y desguance de codos;
- d) acongojado, se siente cosa horrible, agitado, apurado, falta aire;
- e) zumbido, ver oscuro y no aguantar estar mirando.

La presión alta y la vida cotidiana: en general no se expresó una preocupación cotidiana por padecer la presión alta, si bien ésta es más acentuada en los hombres, solamente se manifestó si presentaban síntomas de cierta intensidad, si no, refirieron no acordarse, por ejemplo, un hombre refirió sentir que “siempre anda uno bravo”; en lo que respecta a las mujeres, dos hablaron de aspectos físicos, como dolor de cabeza, cansancio y flojera de manera más o menos contante.

Sobre lo concerniente a sus actividades cotidianas, la mitad de las personas entrevistadas declaró que padecer la presión alta sólo interfiere con su vida cotidiana cuando están con malestares agudos; sin embargo, no se mencionó cosa alguna en referencia a sus relaciones familiares o sobre que sea una carga en sus actividades,, salvo por dos excepciones: una mujer señaló que ya no va a fiestas porque le molesta el ruido y un hombre indicó que la HAS interfería con su vida familiar, ya que los síntomas lo aislaban (calla a sus hijos cuando le duele la cabeza). Los relatos sobre cómo este padecimiento interfiere en las actividades cotidianas, además de relacionarse con la intensidad del síntoma, se centran en actividades vinculadas con su rol de género.

Ser madre, esposa y la presión alta. Las mujeres expusieron constantemente que los síntomas interferían con la preparación de los alimentos, el aseo de la casa y llevar el almuerzo al esposo.

Como el quehacer de mi casa, si voy a lavar estar tallando la ropa pos es estarme meneando y es lo que a mí me... me, o sea me siento mal porque si me siento mareada, luego esas meneaditas, como que, o voy a echar tortillas también, como tengo que estar mirando pa'ca y pa'llá pues también (mujer, 45 años de edad y 5 de diagnóstico).

Yo siento que cuando ando así, trapeando rápido siento que se me sube o cuando estoy lavando también... [silencio] Siento como que algo se me sube y siento que es la presión (mujer, 47 años de edad y 10 de diagnóstico).

Ser proveedor y la presión alta. De las personas entrevistadas cinco hombres y una mujer eran los proveedores principales de su familia y sólo una mujer era proveedora de manera complementaria. Los hombres manifestaron realizar actividades diversas para mantener y completar su ingreso. Ellos coincidieron en que padecer HAS interfiere en el trabajo, pero no por los síntomas intensos, sino porque consideran que ha bajado su rendimiento, que por eso “andan siempre de malas” y porque preocuparse hace que les suba la presión, no

obstante, tienen que trabajar por las deudas o para que sus hijos estudien; uno, además, dijo que debido a la presión alta no puede irse a Canadá. De las mujeres sólo una es proveedora principal, se desempeña como trabajadora doméstica y participa en proyectos productivos, pero manifestó no sentirse afectada en ese sentido.

pero yo siempre he sido, cómo le dijera... yo trabajo con mis compañeros y trabajamos [y en] donde quiera he sido el número uno, el que dice trae la pila puesta siempre, cuando me pasa eso me siento mal muy apachurrado (hombre 45 años de edad y 10 de diagnóstico).

Ajá pero a veces como tengo dos hijos estudiando a veces quieren y a veces no hay, yo tengo que ver dónde me voy a meter para darles y entonces está dando uno vueltas para ver qué vas a hacer y es ahí cuando también se altera (hombre, 47 años de edad y 5 de diagnóstico).

3. La vida cotidiana y las pastillas

Al explorar cómo es en la vida diaria seguir el tratamiento farmacológico, emergen dos categorías sobre *pautas de comportamiento* y cuatro sobre las razones para no tomar el tratamiento de manera regular. Estas categorías son dinámicas, las personas pueden pasar de un comportamiento a otro y mezclar las razones para no continuar la prescripción por la naturaleza de esta última. Se identificaron las siguientes razones para no tomar el medicamento: *a)* malestares estomacales como efecto de las pastillas, referidos por pacientes con y sin comorbilidad, aunque se acentúan en las personas con otro padecimiento; *b)* temor y rechazo a demasiados medicamentos, se manifestaron dudas sobre el efecto que tenían después de un periodo largo, así como por la cantidad de pastillas, y en general se observó que vivían seguir el tratamiento como problemático; *c)* disociación respecto de la enfermedad: pues ésta puede darse sin presentar síntomas, o bien, por verificación de las cifras de la presión arterial, o por ambas; *d)* desinformación y expectativa de que en algún momento ya no sea necesario tomar el medicamento. En síntesis se ve que se trata de maneras de tomar decisiones vigilando el riesgo y/o verificando que lo que les dicen no necesariamente corresponde con su experiencia.

Decisión de suspender el tratamiento de manera temporal o suspender alguna de las dosis del día. De las personas entrevistadas, seis refirieron haber tomado la decisión en algún momento de abandonar el tratamiento por algunos meses y un caso más señaló que suspendió dosis (actualmente dos mujeres están en esta última categoría). En general se mezclan los motivos que subyacen a la decisión actual y la tomada en otro momento.

pero no me las estaba tomando porque [durante] un tiempo que me recetaron otro medicamento para otras cosas, me ardía muchísimo el estómago... mucho entonces [y] yo dije: ya ahorita que me termine el tratamiento dejo toda clase de pastillas, nomás me voy a checar la presión a ver cómo va, solamente que me suba, ahí sí me las vuelvo a tomar... por un tiempo dejé de tomar las pastillas, cosa que yo no le he dicho a la doctora porque me regaña, pero nada más dejé de tomarme las pastillas, pero venía yo a que me checaran, venía yo seguido y ¿está tomando su medicamento? Y le decía yo, sí. Pero cuando yo misma me pongo en un tratamiento vegetariano, entonces si digo la voy a dejar pero... hoy voy a agarrar de tomarme mi avena y nada de sal y verduras (mujer, 52 años de edad y 10 años de diagnóstico).

Olvido como estrategia de flexibilidad. A excepción de un caso, todos los entrevistados manifestaron que en ocasiones, aun cuando han decidido seguir el tratamiento, se les olvidaba tomarse alguna dosis de sus medicamentos o incluso todos durante un día completo. Respecto de este punto, se observa que la mayoría de los testimonios transmite que los olvidos son habituales, lo que implica que viven como problemático el tratamiento por las razones antes mencionadas.

yo le pregunté a la doctora porque nomás me dio el medicamento y no me dijo para qué eran y yo que le pregunto [y] digo: ay doctora, ya me va a dar más pastillas ya ni quiero las de la presión; "ora por qué no las quiere", es que saben bien feo, digo, me la tomo y ya me anda dando vómito. Normalmente, hay veces que me acuerdo [y] me la tomo amaneciendo, pero es que luego a veces siento que me quema aquí, porque cuando me la tomo siento bien feo esto de acá (mujer, 45 años de edad y 3 de diagnóstico).

La persona que refirió nunca dejar de tomar sus pastillas, también manifestó temores, y expectativas de que hay medicamentos o remedios que alivian y de que se pueda dejar el medicamento.

Sí, me da miedo tomar medicinas, que me va repercutir con el tiempo tomar tanta pastilla, ¿no me va a hacer daño? (mujer, 52 años de edad y 9 de diagnóstico).

4. La comida cotidiana y las recomendaciones sobre alimentación

Las personas entrevistadas expresaron múltiples dificultades para seguir las recomendaciones sobre incrementar el consumo de verduras y frutas. En los testimonios se identifican componentes culturales y económicos que emergieron en las siguientes subcategorías:

Verduras y frutas casi no nos gustan. Se aprecia que las verduras no forman parte de sus platillos principales cotidianos ni de los platillos festivos. Más que una cuestión de palatabilidad, se observa que éstas no son parte de su cultura alimentaria; así, no se reconoce a la verdura con un valor cultural, no está incluida en la tradición culinaria de los participantes. Este hallazgo se ratifica con la mención de algunos participantes que dijeron que recientemente la consumen en “arroz chino”, platillo con combinación de verduras que recientemente se ha hecho común en la localidad, debido a la experiencia migratoria de hombres que han trabajado en restaurantes chinos de Estados Unidos. La etnografía también ratifica este aspecto en virtud de que todas las recetas de platillos principales en la comida cotidiana y festiva típica no incluyen verduras; asimismo, se observó una incorporación incipiente en algunas familias, también se constató la disponibilidad para su compra.

Ajá y luego me dijo el doctor que llevar una dieta según muy rigurosa, que nomás era de verduras y nada de grasa y nada de sal, entonces sentía morirme cuando me dijo de la dieta... y cuando llegué a la casa este, dice mijo “¿cómo estás?”. El doctor dice que tengo la presión alta

y que ora no debo de comer nada, solamente verduras [y] dice mijo, “y ora qué vas a comer”, seguramente voy a comer comida de caballo [risas] y risa que le daba [a] mijo, ora comida de caballo bueno digo solamente el caballo come puro vegetal (mujer 52 años de edad y 10 de diagnóstico).

Mmm, yo cuando me críe creo que ni verduras venían a vender aquí. Unas me gustan y otras no me gustan. No, harta gente no lo acostumbra eso. No había, apenas empezaron a recomendar eso y traen mucho a la plaza a vender. Me gusta el col, la lechuga, la zanahoria y el otro verde ¿cómo se llama? Apio, creo, no me gusta, el ¿cómo le dicen?, no me acuerdo como se llama, el que da como florecitas, sí también me gusta. A veces nomás frito con huevo, a veces en especia (mujer, 63 años de edad y 5 de diagnóstico).

Verduras más caras. Otro aspecto que emergió en los testimonios fue el costo de las verduras con respecto a la distribución del gasto diario. Si bien las verduras no son costosas con respecto a otros alimentos, las personas privilegian el frijol como platillo principal y las tortillas como acompañante, mientras las verduras pasan a un plano secundario, en el cual se considera su compra sólo si se ha cubierto lo necesario, aquí el aspecto de saciedad también se considera.

yo sé que es necesario comer la verdura y no sé, como le diré, pero a mí se me hace difícil porque no hay recursos, porque [a] mi cuñada según el doctor la puso a dieta y dice “ira, no se come comida, este, mejor mucha verdura y fruta, cuando te agarre el hambre una fruta” [...] “ora comprar la verdura aparte la alimentación pa’ mis hijos, la del frijol, que los chiles que no sé qué, digo, y quiere dinero y por falta de dinero luego no compra uno lo que se necesita. De hecho no es más cara, pienso, pero se gana poco aquí y luego todo está caro, si va uno a traer una maquila de frijol, una botella de aceite y un kilo de azúcar digamos ya son cien pesos y si nomás esos tengo, ya no me alcanza para comprar otra cosa. Yo pienso que por eso también se limita uno a no comprarla (mujer, 45 años de edad y 5 de diagnóstico).

Me gana (risas) y es que a veces cuando me quedo así sin cenar no crea que es chisme, pero cuando estoy acostada me agarra una cosa así como cuando me voy a morir y siento bien feo esto de aquí (señala) y es eso, porque tengo hambre, y luego siento bien feo en la noche [...] no digo... no digo mejor ora en la cena me voy a comer unas tres tortillas y ya, y así le hago para que no sufra yo eso [...]. Ajá y me dijo que también, este, todo eso fuera yo comiendo, pero no lo aguanta uno, pues siempre hemos tenido platicas del platillo del buen comer, ve que allá esta en el letrero pero [risas] no nos aguantamos... (mujer, 45 años de edad y 3 de diagnóstico).

Comer sin sal. Los participantes hablaron de la disminución de la sal en la dieta desde diversos ángulos, aunque en general se muestra una incomprensión sobre por qué

disminuir el consumo de sal, asunto que tiene sentido considerando la primera categoría presentada. Cabe mencionar que hay un hábito local de tomar sal al finalizar la comida.

Sí, mi papá luego me dice no, es que quiere que, me dice allá, en quien sabe qué pueblo me nombra, estaba un señor que no podía caminar dice y que le dicen que no tenía que comer sal, dice ahora ya anda caminando, pero el señor come sin nada de sal (mujer, 45 años de edad y 3 de diagnóstico).

Cree que tenía la maña que estaba yo comiendo y luego sentía la comida simple [y] le echaba yo sal, acabando de comer tenía costumbre que agarraba yo el puñote de sal y me lo echaba yo y tomaba un trago de agua (mujer, 63 años de edad y 3 de diagnóstico).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue comprender, en este contexto social, cómo experimentan las personas, en su vida cotidiana, padecer presión arterial alta y cómo incorporan tanto la medicación como las recomendaciones sobre la dieta, esto con la finalidad de entender mejor las dificultades y necesidades que pueden interferir en el control de su padecimiento.

Respecto de los hallazgos que se presentan aquí en la categoría: *HAS es una enfermedad que me dijeron que tengo*, se identificó que los participantes mostraban una convergencia de ideas confusas sobre el padecimiento, de las cuales emergieron tres subcategorías. Lo fundamental en la primera subcategoría, *cómo me enteré que estaba mal de la presión*, es la sintomatología que presentó la mayoría de las personas antes de tener un diagnóstico. Si bien en el presente estudio no se pregunta sobre los síntomas, las personas reconstruyeron de manera espontánea cómo se enteraron que padecían HAS y refirieron que lo que sentían las llevó a buscar atención médica. Ninguno de los estudios revisados en la introducción presenta esta reconstrucción, éstos más bien exploran los síntomas después del diagnóstico. Sin embargo, nuestros hallazgos, al igual que los de otros diversos estudios, se contraponen a la literatura biomédica en la que se describe la HAS como asintomática.⁴⁵ Esta diferencia ha sido ampliamente discutida por quienes investigan la perspectiva de los pacientes que padecen

HAS^{28,46}; la diferencia ha sido abordada como modelos explicativos legos vs. modelos biomédicos,⁴⁷ y también se ha planteado la experiencia de síntomas como producto cultural. Pero el asunto no es menor, ya que múltiples estudios cualitativos han documentado la percepción de síntomas y cómo los interpretan las personas como indicadores para hacer ajustes a sus medicamentos o tomar otro tipo de medidas en poblaciones diversas^{16, 36, 48}. Por otro lado, hay un grupo menor que no refirió síntomas, sino hasta después del diagnóstico. En ambos grupos, la importancia radica en que, por un lado, ninguno de los entrevistados fue detectado por programas para estos fines, y por otro, en la necesidad de incorporar una visión más flexible desde la perspectiva médica, como reconocer que los pacientes experimentan un malestar que relacionan con su condición y tomarlo como punto de partida para una comunicación empática entre médico y paciente, para, de esta forma, lograr un mejor apego al tratamiento. En ese mismo sentido, resulta fundamental llamar la atención sobre la importancia de escuchar al paciente y considerar los síntomas y malestares referidos, pues entre otras razones se ha documentado el poder predictivo de la percepción del estado de salud de las personas sobre riesgo de mortalidad por alguna causa de muerte y específicamente para mortalidad isquémica del corazón.⁴⁹

Las subcategoría *por qué me enfermé* muestra una pobre comprensión de los factores relacionados con padecer HAS, considerando los años de diagnóstico y tratamiento de los participantes. Diversos estudios han abordado las creencias sobre las causas de HAS expresadas por poblaciones de minorías étnicas con el padecimiento o sanas; sin embargo, en la mayoría de tales estudios, las personas expresan factores reconocidos por la perspectiva biomédica, como la herencia, el tipo de alimentación y la falta de actividad física y, en menor medida, la obesidad;^{13 50} los cuales en algunos casos los participantes relacionan con las características de la alimentación propias de su cultura.^{34, 51} No es el caso de la población estudiada, la cual prácticamente no menciona ningún factor desde la perspectiva biomédica y

centra el origen de su padecimiento principalmente en problemas emocionales de índole familiar. Al respecto, en la mayoría de los estudios, también se ha encontrado que los entrevistados relacionan el origen de su enfermedad con situaciones difíciles, que, en general, son referidas como estresantes (contextos inseguros o discriminantes^{13, 16, 51} por cambios de estatus en una situación migratoria, por las altas demandas en el trabajo y de las mujeres, además por el cuidado de los hijos).³⁴ Al respecto, Boutain estudia la distinción entre preocupaciones y estrés, señalando que las primeras versan sobre cuestiones familiares y sobre sí mismos, mientras que el segundo se relaciona con aspectos de trabajo y múltiples tareas. Estos conceptos ofrecen dimensiones distintas que se experimentan como propiciadoras de la elevación de la presión arterial.⁵² En este estudio, Boutain dice que los participantes se centran en las preocupaciones, denominadas localmente también como mortificaciones. La relevancia de este punto es que al percibir otros aspectos como causa principal de la enfermedad, la alimentación, la actividad física, el alcohol o el cigarro podrían considerarse de poca importancia entre las medidas para el control de la HAS.

La tercera subcategoría, *qué está mal cuando te enfermas*, se nombró así debido a la confusión que reflejan los testimonios como consecuencia del desconocimiento de qué sucede cuando se padece HAS, aunque la hipertensión pueda relacionarse con un infarto o embolia, es evidente en los testimonios que no existe claridad sobre los mecanismos que pudieran operar para padecer este mal. Diferentes estudios realizados desde la perspectiva de los pacientes han investigado qué significa la HAS para las personas y cuáles son las consecuencias; sin embargo, sólo un estudio realizado en población filipina muestra una confusión similar a la encontrada en este estudio: poner en el mismo plano la hipertensión y la hipotensión, con referencia a síntomas similares.⁵⁰ Sobre este punto cabe destacar el riesgo que conlleva esta creencia, ya que la información sobre los mecanismos que operan en la HAS deben ser del conocimiento de la población para que se comprendan los daños a órganos o los riesgos que

representan las crisis hipertensivas y su relación tanto con la medicación como con otras medidas para el control de la enfermedad.

Es importante señalar que las tres subcategorías anteriores construyen una imagen de confusión por parte de los participantes en este estudio, lo cual indica que no hay un conocimiento local sobre qué es la HAS y sus posibilidades de control. Se experimenta como una idea imprecisa difícil de vincular con la necesidad de un tratamiento efectivo. Esto es particularmente importante porque plantea la falta de permeabilidad de información, o bien, la inadecuación de la misma para un conocimiento local que ofrezca posibilidades de acercarse a la detección y tratamiento de la HAS. De esta manera se observa que pese a que tres entrevistados refirieron tener un familiar de primer grado con ese diagnóstico, no vincularon ese hecho con su experiencia o percepción de riesgo.

La categoría *vivir con la presión alta*, además de ilustrar el lenguaje empleado para hacer referencia a los síntomas de la HAS, llama la atención sobre el hecho de que no se menciona que padecer HAS interfiera en otros aspectos de la vida cotidiana como los familiares (incluidos la alimentación), religiosos o de actividades recreativas o participación social; esto sólo se refirió de manera excepcional. En general, la mención de que la HAS interfiera en la vida cotidiana se relacionó con los roles de género por lo que éstos implican para la sobrevivencia familiar, lo que está obviamente vinculado con el contexto social y las condiciones materiales de los participantes. Estos aspectos difieren de los hallazgos de Sägre *et al.*, quienes plantean que la aparición de la enfermedad se experimenta en la vida de sus entrevistados como una disrupción biográfica que tiene un impacto importante en la vida diaria y pone a prueba las habilidades físicas.³⁰ De la misma manera, otros estudios informan que las personas entrevistadas experimentan síntomas cotidianos y que el padecimiento interfiere de manera más amplia en su vida diaria.³⁴ En este sentido, se observan diferencias importantes respecto de los resultados del presente estudio, en principio por las

características diferentes de los grupos analizados, lo que a la vez permite observar lo que otros autores han puesto en relieve con respecto a clase social y percepción de síntomas: mientras mejores condiciones materiales, mayor atención a las señales corporales. No así en quienes están centrados en la sobrevivencia, diaria como es el caso de nuestros informantes. De acuerdo con Boltanski (citado por Castro R.), los individuos de clase social baja tienden a concentrarse en síntomas corporales relacionados con la fuerza y fortaleza física, ya que requieren tenerlas para jornadas largas de trabajo. Asimismo, la actitud reflexiva hacia el cuerpo no es compatible con su uso intenso, por lo que se evita.⁵³

Un punto central en el estudio de la HAS desde la perspectiva del paciente ha sido lo relacionado con la medicación. En la categoría *tomarse la pastilla todos los días* identificamos pautas de comportamiento, como la decisión de abandonarlas temporalmente o suspender ciertas dosis, que ha sido consistentemente descrita por la mayoría de los autores, al igual que la mediación del síntoma.^{14 28} El punto es que los pacientes toman decisiones de manera consciente sobre tomar o no el medicamento, o de ajustarlo de acuerdo con sus síntomas y, en algunos casos, se ha estudiado el proceso que siguen para tomar la decisión.³⁶ Lahdenperä *et al.* estudian los niveles de actitudes favorables al apego e identifican un primer nivel en el que los pacientes no tienen metas para su tratamiento y no reconocen la enfermedad, lo que vinculan con que el diagnóstico de HAS se realizara al acudir a los servicios de salud por otras razones.⁵⁴ Nuestros hallazgos no fueron en ese sentido, es decir el apego al tratamiento no se relacionó con las circunstancias del diagnóstico, se considera que los testimonios dan cuenta de otras razones para no tomar o suspender los medicamentos, como cuestiones físicas, los malestares estomacales, el desconocimiento de la enfermedad y la duda sobre el papel del medicamento. Desde luego, el síntoma como mediador desempeña un papel importante, pero a la vez está vinculado con el desconocimiento y la expectativa de dejar de tomar el medicamento. Sí se identifica en este estudio un rechazo y temor por tomar medicamentos en

plazos prolongados, como lo han identificado otros autores,³⁶ pero no se ponen en la balanza los beneficios como en otras poblaciones. Destaca en este estudio que sólo en el caso de una mujer hubo referencia a tos como efecto colateral, en general se expresó un temor a los efectos, referidos en términos generales, pero no se reconocieron específicamente como lo informan otros estudios.

Por otro lado, vale la pena destacar que, en los testimonios, se menciona que los *olvidos* son cotidianos y en este caso no necesariamente vinculados con las demandas de trabajo. Aquí se observó como una estrategia para contender con tomar demasiados medicamentos, evitar los malestares y probar si realmente son necesarios. Algunos autores han encontrado una relación entre saltarse dosis o dejar de tomar el medicamento con la desconfianza a los médicos,^{28, 36} pero en este caso no hubo mención específica de desconfianza hacia el médico. Para nuestros participantes, los olvidos no significan no seguir el tratamiento. Se exploró de manera particular la asistencia al médico tradicional y la utilización de remedios tradicionales, mas no se identificaron este tipo de prácticas específicamente para la presión. A partir de los datos etnográficos se observa que hay la búsqueda de algo que los cure definitivamente de HAS y otras enfermedades crónicas, lo que abre la puerta al consumo de productos mágicos. Por último, es necesario hacer notar que ninguno de los participantes refirió tener dificultades para conseguir el medicamento, básicamente porque se les proporciona en la clínica; se exploró de manera específica el desabasto y se refirió como raro y breve.

De la última categoría, la *comida cotidiana y las recomendaciones*, emergió información que representa un reto importante, pues se identificó que las verduras no forman parte de la tradición culinaria ni tienen valor cultural en la comunidad estudiada. La referencia de la mayoría de los informantes sobre la ausencia de consumo durante su infancia, algunas mujeres que no conocen ciertos tipos de verduras o del hecho de que no les gustan a la familia

o al marido y en algunos casos que no se sabe cómo cocinarlas, muestra de manera clara la dificultad cultural. Aunque hay evidencia de incorporación reciente de platillos de otros ámbitos culturales, todavía es incipiente y con variantes locales. No obstante, aunado al componente cultural, los testimonios asentaron las limitaciones económicas de las familias, quienes, al dar prioridad a los requerimientos diarios, el orden es tortillas, frijoles, chile, aceite y azúcar. Es posible que las personas intenten incorporar algunas verduras a su alimentación, pero se agrega el componente económico. En el estudio de las enfermedades crónicas y las dificultades para seguir las recomendaciones para la dieta, sistemáticamente se mencionan los factores culturales como una barrera para seguirla;^{13, 28} en algunas minorías étnicas es cuestión de identidad o significa salirse de la normativa.⁵¹ En el caso de migrantes, la dificultad en general se expresa en términos de cambio de dieta y condiciones que dificultan seguir una dieta, sin embargo nuestros hallazgos son muy específicos de esta localidad rural.

Conclusiones

No hay un conocimiento local sobre factores de riesgo para padecer HAS, sus mecanismos y consecuencias. No obstante que son ampliamente conocidos los esfuerzos de los servicios de salud en primer nivel de atención, es evidente que no ha permeado la suficiente y adecuada información que permita vincular “tener la presión alta” con los riesgos de no tener un adecuado control, así como con la necesidad de introducir cambios en su alimentación y actividad física. La falta de conocimiento local sobre diversos aspectos de la enfermedad hace sinergia con la experiencia de malestares, temores y una baja percepción del riesgo que aporta para restar importancia al tratamiento. En la incorporación de las recomendaciones sobre mayor ingesta de frutas y verduras, se agregan al desconocimiento las dificultades económicas y culturales.

Desde la sociología fenomenológica estas experiencias muestran una suerte de irrealidad respecto de padecer HAS, en tanto no representa dificultades para resolver una cotidianidad en condiciones materiales que obligan a centrarse en la inmediatez de la sobrevivencia y poner en paréntesis las dudas, en este caso los aspectos incomprensibles del padecimiento como la relación entre HAS e infarto y embolia. En este mismo sentido, pese a que algunos participantes informaron de algún familiar cercano que padece HAS, no se incorporó a su conocimiento como una experiencia significativa que perfile pautas de comportamiento diferentes. Los participantes de nuestro estudio toman decisiones sobre su tratamiento, desarrollan estrategias para lidiar con los medicamentos y las recomendaciones son mediadas principalmente por la cultura y economía del contexto, esto de manera independiente al quehacer de los servicios de salud.

Bibliografía

1. Pereira M., Lunet N., Azevedo A., Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens.* 2009;27: 963-975.
2. Whelton P. Epidemiology and the prevention of hypertension. *J Clin Hypertens.* 2004; 6(11): 636-642.
3. Pickering T.G., Hall J.E., Appel L.J., *et al.* Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: blood pressure measurement in humans. A statement for professionals from the subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Circulation.* 2005; 111: 697-716.

4. Rodríguez-Iturbide B., Bellorin-Font E. End-stage renal disease prevention strategies in Latin America. *Kidney International*. 2005; 68(S98): S30-S36.
5. Mittal BV, AK. S. Hypertension in developing world: Challenges and opportunities. *Am J Kidney Dis*. 2010; 55: 590-598.
6. Mohammadi E, Abedi HA, Ghofranipour F. Partnership caring: A theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *International Journal of Nursing Practice*. 2002; 8: 324-329.
7. Hedblad B., *et al*. High blood pressure despite treatment: Results from a cross-sectional primary healthcare-based study douthern Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2006; 24: 224-230.
8. Secretaría de Salud, D. G. de Información en Salud. Principales causas de Mortalidad General 2005. Disponibles en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>. 2005; Consultado (05/09).
9. INSP-SSA. Hipertensión arterial. En: Sepúlveda A.J., ed. Encuesta Nacional de Salud, 2000. México, D.F.; 2000: 106-107.
10. INSP-SSA. Adultos. En: Olaiz Gea, ed. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, D.F.; 2006: 80.
11. Kaplan M.S., Chang C., Newsom J., McFarland B. Acculturation status and hypertension among Asian immigrants in Canada. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56:455-456.
12. Hicks L., Fairchild D., Cook E., Ayanian J. Association of region of residence and immigrant status with hypertension, renal failure, cardiovascular disease, and stroke,

among African-American participants in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Ethn Dis.* 2003; 13:316-323.

13. De la Cruz F.A., Galang C B. The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. *Journal American Academy of Nurse Practitioners.* 2008; 20:118-127.

14. Connell P., McKeivitt Ch., Wolfe Ch. Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract.* 2005; 55: 357-361.

15. Jones G.N., Howe J.T., Brantley P.J. A Prospective study of the impact of stress on quality of life: An investigation of low-income individuals with hypertension. *Ann Behav Med.* 2001; 23(2):112-119.

16. Rose L.E., Kim M.T., Dennison C.R., Hill M.N. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal Advanced Nursing.* 2000; 32(3): 587-594.

17. Boutin-Foster C., Ogedegbe G., Ravenell J., Robbins L., Charlson M.E. Ascribing meaning to hypertension: A qualitative study among African Americans with uncontrolled hypertension. *Ethnicity & Disease.* 2007; 17: 29-34.

18. Addo J., Smeeth L., Leon D.A. Hypertension in Sub-Saharan Africa. A systematic Review. *Hypertension.* 2007; 50: 1012-1018.

19. Damasceno A., Azevedo A., Silva-Matos C., Prista A., Diogo D., Lunet N. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in Mozambique. Urban/rural gap during epidemiological transition. *Hypertension.* 2009; 54: 77-83.

20. Gupta R. Trends in hypertension epidemiology in India. *J Hum Hypertens.* 2004; 18: 73-78.

21. Ulasi I., Ijoma Ch., Onodugo O. A community-based study of hypertension and cardio-metabolic syndrome in semiurban and rural communities in Nigeria. *Health Services Research*. 2010; 10: 71.
22. Psaltopoulou T., Orfanos P., Naska A., Lenas D., Trichopoulos D., Trchopoulou A. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26 913 adults in the Greek EPIC study. *Int J Epidemiol*. 2004; 33: 1345-1352.
23. Metintas S., Arikan I., Kalyoncu C. Awareness of hypertension and other cardiovascular risk factors in rural and urban areas in Turkey. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2008; 103(8): 812-818.
24. White F., Wang L., Jelinek H. Awareness and pharmacotherapy of hypertension in a rural community. *Med Princ Pract*. 2009; 18:261-265.
25. Hou X. Urban-rural disparity of overweight, hypertension, undiagnosed hypertension and untreated hypertension in China *Asia Pac J Public Health*. 2008; 20(2): 159-160.
26. Mainous A., Koopman R., Geesey M. *Diabetes & Hypertension among rural Hispanics: Disparities in diagnosis and disease management* Columbia, S.C.: University of S.C.; 2004.
27. Grypdonck M. Qualitative health research in the era of evidence-based practice. *Qual Health Res*. 2006; 16: 1372-1384.
28. Schlomann P., Schmitke J. Lay beliefs about hypertension: An interpretative synthesis of the qualitative research. *Journal American Academy of Nurse Practitioners*. 2007; 19: 358-367.

29. Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*. 1991; 13(4): 451-468.
30. Sangren H., Reventlow S., Hetlevik I. Role of biographical experience and bodily sensations in patients' adaption to hypertension. *Patient Educ Couns*. 2009; 74: 236-243.
31. Proulx M., Leduc N., Vandelec L., J-P. G., Collin J. Social context, the struggle with uncertainty, and subjective risk as meaning-rich constructs for explaining HBP noncompliance. *Patient Educ Couns*. 2007; 68:98-106.
32. Torres J., Renata V., Ramírez T. *et al.* La salud de la población indígena en México. En: Knaul F, Nigenda G., eds. *Caleidoscopio de la salud*. México, D. F.; 2003: 49.
33. Kelinman A. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Focus*. 2006 (reprint of 1978); 4: 140-149.
34. Beune E., Haafkens J.A., Scusten J.S., Bindels P. "Under pressure": how Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients explain hypertension. *J Hum Hypertens*. 2006; 20: 946-955.
35. Beune E., Haafkens J.A., Agyemang Ch., Schuster J. S., Willes D. L. How ghanaian, african-surinamese and dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study *J Hypertens*. 2008; 26: 648-656.
36. Benson J., Britten N. Patients' decisions about wheter or not take antihypertensive drugs: qualitative study. *British Medical Journal*. 2002; 325:873.
37. Van Wissen K., Litchfield M., Maling T. Living with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 27: 567-574.

38. Edwards C., Titchen A. Research into patients' perspectives: relevance and usefulness of phenomenology. *J Adv Nurs*. 2003; 5: 450-460.
39. Dowling M. Hermeneutics: an exploration. *Nurs Res*. 2004; 11(4): 30-39.
40. Ray M.A. La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: *Asuntos críticos de la investigación cualitativa*. Antioquia Colombia: Universidad de Antioquia Colombia. 2003: 139-182.
41. Rinaldi C.D. Phenomenology as Method. En: Streubert S.H., Rinaldi C.D., eds. *Qualitative Research in Nursing*. Philadelphia, USE: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
42. Berger P.L., Luckmann T. El lenguaje y el conocimiento en la vida cotidiana. En: *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. 2008: 59.
43. Ritzer G. Sociología fenomenológica y etnometodología. En: *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid, España: McGraw-Hill; 1995: 263-308.
44. Geertz C. El sentido común como sistema cultural. En: *Conocimiento local*. Barcelona, España: Paidós; 1994: 96.
45. Kaplan N.M.. 4. Hipertensión clínica primaria: historia natural, poblaciones especiales y evaluación. En: *Hipertensión clínica*. Barcelona, España: Waverly Hispánicas S. A.; 1999.
46. Schoenberg N E, Drew E M. Articulating silences: Experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology. *Medical Anthropology Quarterly*. 2002; 16:458-475.
47. Kusuma Y. Perception of hypertension among migrants in Delhi India: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2009; 29:267.

48. Gascón J.J., Sánchez-Ortuño M., Llor B., Saturno P.J. Why hypertension patients do not comply with treatment. *Family Practice*. 2004; 21(2):125-130.
49. Popay J, Williams G. Public health research and lay knowledge. *Soc Sci Med*. 1996; 42: 759-768.
50. Rueda-Baclig Ma J., Florencio C.A. Lay conception of hypertension and its significance to clients and professionals in nutrition and health. *J Hum Nutr*. 2003; 16: 457-466.
51. Peters R.M., Aroian K.J., Flack J.M. African American culture and hypertension prevention. *West J Nurs Res*. 2006; 28: 831-863.
52. Boutain D.M. Discourses of worry, stress, and high blood pressure in rural south Louisiana. *J Nurs Scholarsh*. 2001; 33: 225-230.
53. Castro R. Estructura y acción en la experiencia de la salud. En: CRIM-UNAM, ed. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, Morelos: UNAM-CRIM. 2000.
54. Lahdenperä TS, Kyngäs HA. Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *J Adv Nurs*. 2000; 34:189-195.

Cuadro 1. Características de los participantes

	Mujeres	Hombres
Edad		
45-54	7	5
55-63	2	0
Escolaridad*		
Primaria C	5	2
Primaria I	4	0
Secundaria	1	1
Bachillerato	0	1
Años diag		
3 - 10	8	5
> 10	1	0
IMC		
25-30	0	1
30-35	6	2
>35	2	1
P A		
≥ 140	1	1
≥ 90	3	0
Comorbilidad		
Diabetes	1	3
otras	3	0

Tabla 1. Guía de tópicos para la entrevista a pacientes

- I. Diagnóstico del padecimiento: en qué circunstancias se enteró sobre su padecimiento, tiempo de diagnóstico, cuáles eran sus síntomas, qué pensaba entonces sobre la HAS, qué sintió, porque piensa que se enfermó y qué dijo la familia.
- II. Vivir con la presión alta: cómo se siente todos los días, física y emocionalmente, cómo ha cambiado su vida, qué hace para sentirse bien y que le afecta, le preocupa padecer HAS y qué es lo más difícil del padecimiento
- III. Vida cotidiana: cómo le afecta en sus actividades diarias el padecimiento, apoyo familiar y comunicación sobre el padecimiento. Interferencia en el trabajo y compañeros o familia que también padecen HAS y redes sociales.
- IV. Atención del padecimiento. Aspectos de los servicios de salud y proveedores con respecto a citas, satisfacción en la atención, comunicación y confianza con el personal de salud. Apego al tratamiento y significado: en dónde se atiende regularmente, qué tratamiento sigue, farmacológico y no farmacológico, cómo se siente con el tratamiento, dificultades para seguirlo, interrupciones y expectativas sobre el padecimiento.

<p>4. La comida cotidiana y las recomendaciones</p>	<p>temporal u suspender alguna de las dosis del día</p> <ul style="list-style-type: none"> - Olvido como estrategia de flexibilidad <p>Razones para no seguir el tratamiento*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malestares - Temor y rechazo a demasiados medicamentos - desinformación y expectativa de abandonar los medicamentos <p>Verduras y frutas casi nos gustan</p> <p>Verduras y frutas son más caras</p> <p>Comer sin sal</p>
--	---

*Están implícitos en las pautas de comportamiento.