

18
24.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

RELACION ENTRE EL LOCUS DE CONTROL Y
LA BUSQUEDA DE AYUDA EN LA
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL.

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DE JESUS LUIS NUÑEZ

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



ASESOR: MTRO. MARIO E. ROJAS RUSSELL

MEXICO, D. F.

1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por todo lo que soy

Este trabajo esta dedicado de manera muy especial a:

MARIBEL LUIS NÚÑEZ

FRANCISCO JAVIER NÚÑEZ GARCÍA

y a todos los **SERES ESPIRITUALES** que me enseñaron lo que no sabía y me despertaron a lo que ya sabía.

A MIS SABIOS PADRES

Quienes me han enseñado el valor de la vida,
brindándome todo su amor y respeto,
LOS AMO

A MI HERMANA

Noemí Lorenia, que siempre me ha dado su apoyo,
gracias por estar dentro de mi corazón.

A LA FES-ZARAGOZA Y AL PROGRAMA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Por la formación no sólo como psicóloga sino como persona.

A LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "FUENTES BROTANTES" DEL ISSSTE

Gracias por el apoyo para la realización de este trabajo.
Y muy especialmente a la
Dra. Laura Lilia Leeg Rubio
por su apoyo incondicional como doctora y amiga.

A MI ASESOR

Mtro. Mario E. Rojas Russell

A MIS SINDALES

Mtra. Bertha Ramos Del Río
Mtra. Patricia Palacios Castañón
Mtra. Mirna García Méndez
Mtro. Carlos G. Figueroa López

A MIS PROFESORES
Eliud Escobedo Escobedo
Alvaro V. Buenrostro Avilés
Antonio Guzmán
Antonio Alcántara

De quienes aprendí que hay que estudiar mucho
para saber poco
Gracias por sus grandes enseñanzas.

A TODOS MIS PACIENTES
Por colaborar para la realización de mi tesis
y sobretodo por enseñarme tanto.

A MIS AMIGAS DEL ISSSTE
Adriana, Claudia, Cande y Lupita
gracias por su ayuda.

A MIS AMIGOS DE LA FES-ZARAGOZA
Roberto, Indira, Ibar, Irasema, Edgar, Julio, y Alicia
por su amistad y apoyo.

A MIS AMIGOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Sr. Alfredo y Andrés.

Porque la prosperidad hace amistades y la adversidad las prueba.

"Ciencia y humanismo han de ser un brazo y no un muro que separa razón y sentimiento".

Pablo Serrano

INDICE

RELACIÓN ENTRE LOCUS DE CONTROL Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

<i>Definición y Epidemiología</i>	1
<i>Clasificación</i>	2
<i>Factores de Riesgo</i>	4

LOCUS DE CONTROL

<i>Definición</i>	9
<i>Medición de Locus de Control</i>	10
<i>Locus de Control y Salud</i>	12
<i>Locus de Control y Afrontamiento</i>	13
<i>Estrés y Locus de Control</i>	17

BÚSQUEDA DE AYUDA

<i>Definición y epidemiología</i>	24
<i>Factores que intervienen en la búsqueda de ayuda</i>	24
<i>¿A quién solicitar ayuda?</i>	29

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
HIPÓTESIS	31
VARIABLES	31
OBJETIVO	32
DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
MÉTODO	33
Sujetos	33
Escenario	34
Aparatos o Instrumentos	34
Procedimiento	35
Análisis estadístico	36
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS	43
ANEXO	53

RELACIÓN ENTRE EL LOCUS DE CONTROL Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL.

María de Jesús Luis Núñez.

**Asesor: Mtro. Mario E. Rojas Russell
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM**

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar el tipo de locus de control predominante en pacientes con hipertensión arterial esencial y su participación en la búsqueda de ayuda profesional para este problema de salud. Se entrevistó a 53 pacientes hipertensos esenciales que asistían a consulta médica u odontológica a una clínica del ISSSTE. Se les aplicó el Formato de Recepción y Registro de la Presión Arterial y una adaptación para pacientes hipertensos de la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (Wallston, Wallston y DeVellis, 1978, citado en Cooper y Fraboni, 1990).

Los datos mostraron que el locus de control no parece ser una variable determinante de la búsqueda de ayuda profesional en este problema de salud, sin embargo, se encontraron diferencias entre los buscadores y no buscadores de ayuda con respecto a las cifras de presión y otras variables sociodemográficas. Estos datos permiten conocer la utilidad de la escala en cuanto a problemas específicos de salud, conocer las expectativas de control de los pacientes hipertensos con respecto a su enfermedad, y conocer una de las variables de personalidad que intervienen en la solicitud de ayuda médica en este tipo de pacientes, de esta manera se podrán crear programas de prevención y tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes de la morbilidad y mortalidad cardiovascular en ambos sexos y a cualquier edad, es por esta razón que en los últimos años se ha dado tanto énfasis al tratamiento y la prevención de este trastorno. Una de las características más importantes de este problema es que es asintomático, razón por la cual las cifras siguen subiendo presentándose síntomas cuando ya son muy altas o cuando ya causaron daño en algún órgano. Una de las consecuencias de que esta enfermedad sea asintomática es que las personas no solicitan ayuda médica porque no presentan síntomas, debido a esto es que el problema crece llegando a tener consecuencias a menudo irreversibles.

De las variables más importantes que colaboran para que se presente este problema se pueden encontrar las genéticas; factores de riesgo como fumar, beber, no realizar ejercicio y estar sometido a un estrés constante; y aquellas relacionadas con la personalidad, ya que se ha encontrado que variables como la conducta tipo A, el afrontamiento o el locus de control entre otras, tienen un impacto significativo en la visión que se tenga de la enfermedad y en las medidas que se tomen para prevenirla, aceptarla, tratarla o ser adherente al tratamiento.

Dentro de las variables psicológicas mencionadas se encuentra el locus de control. Este concepto se refiere a la percepción que se tiene respecto a la relación entre la conducta personal, sus resultados y consecuencias. En un inicio este constructo se entendió como una dimensión bipolar (interno-externo). De modo que personas con un locus de control "interno", estarían seguros de la relación existente entre su conducta y los resultados de la misma, mientras que las personas con un locus de control "externo", no confiarían en dicha relación.

Marshall (1991) asegura que las creencias o habilidades pueden influenciar en la salud física o bienestar. Esto se ve apoyado por otros autores como **Peterson, Seligman y Vaillant (1988)**; **Kobasa, Maddi y Kahn (1982)** y **Antonovsky (1987; citados en Marshall, 1991)**, quienes aseguran que la

percepción personal de control juega un papel central en la determinación de la salud y el bienestar físico. En algunos estudios se ha reportado que personas con enfermedades crónicas perciben que tienen menos control sobre su salud que individuos sanos (Wallston y Wallston, 1981).

Strickland (1978, citado en Casey, 1993) menciona 11 estudios donde investigó la relación que existía entre las expectativas y las conductas de salud. Encontró una relación positiva entre el locus de control interno y la salud física en estos estudios, los resultados enfatizan que las personas con un locus de control interno, asumen mayor responsabilidad acerca de su propia salud. Es decir, son más sensibles a los mensajes de salud, practican más conductas de salud, se protegen contra accidentes, se muestran interesados en aumentar el conocimiento sobre su salud, además de que mejoran su funcionamiento físico y a través de estos esfuerzos se muestran menos susceptibles a disfunciones físicas y psicológicas.

Hasta el momento se ha encontrado relación entre un locus de control interno y la búsqueda de ayuda en cuestionos relacionadas a la salud. Sin embargo, para Casey (1993) esta medida de locus de control predice patrones más amplios de conducta, es decir actitudes hacia la salud en general, y se presenta menos predictiva para situaciones más específicas (por ejemplo, controlar la presión sanguínea).

Sobre esta base, en este estudio se parte del supuesto de que la orientación que la persona tenga hacia un determinado tipo de locus de control será uno de los factores que faciliten la búsqueda o no de tratamiento para un problema como la hipertensión arterial esencial y, al igual que las investigaciones ya mencionadas, se espera encontrar que aquellas personas orientadas internamente estén más interesadas en el cuidado de su salud, solicitando ayuda médica o tratamiento, mientras que aquellas personas orientadas externamente no busquen ayuda.

Debido a este tipo de actitud hacia la enfermedad podría suponerse también una diferencia entre las cifras de presión de personas buscadoras y no buscadoras de ayuda médica.

INTRODUCCIÓN

Para llevar a cabo el estudio se entrevistó a pacientes hipertensos esenciales que asistieron a una clínica de Medicina Familiar y se les aplicó la Escala de Locus de Control en Hipertensión con el objeto de identificar su orientación hacia un tipo de locus de control, la muestra se dividió en 2 grupos, en buscadores y no buscadores de ayuda, estos datos muestran la relación existente entre estas variables y su influencia en las actitudes de salud de la población.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Definición y Epidemiología.

La hipertensión arterial es una de las patologías crónicas de mayor prevalencia en todo el mundo, afectando del 15 al 20% de la población. Es reconocida como uno de los principales factores de riesgo vascular determinantes del incremento de la morbi-mortalidad vascular, ya que si no se trata adecuadamente puede provocar trombosis, hemorragias cerebrales, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca e infarto al corazón. En México está considerada como una de las enfermedades más comunes, presentándose aproximadamente en el 23.6% de la población (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, 1993).

A medida que incrementa la edad, la incidencia de hipertensión también aumenta, es por eso que en personas mayores de 60 años de un 50 a 60% la padecen, es decir, un hombre blanco de 35 años que presenta una presión de 120/80 puede vivir hasta 73 años aproximadamente, en cambio si su presión fuera de 150/100 su vida sería sólo de 55 años (Hernández, 1991).

La hipertensión arterial se define como la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, diastólica o de ambas en las arterias. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establecerá el diagnóstico de hipertensión arterial cuando se encuentre una presión igual o superior a 160 mm Hg. de sistólica y 95 mm Hg. de diastólica. Y de acuerdo al Comité Nacional Conjunto para la Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Sanguínea Alta se tomará en cuenta un promedio de 140 mm Hg. o mayor para la sistólica y de 90 mm Hg. o mayor para la diastólica (citado en Hernández, 1991).

Desde 1980 las enfermedades del aparato cardiocirculatorio ocupan el primer lugar de causas de muerte. En 1986 se presentaron datos que demuestran que las enfermedades cardíacas están en primer lugar con una tasa de 68/100,000 habitantes, quiere decir que un 13% de todas las causas de muerte eran por enfermedades cardiovasculares (Chávez Domínguez, 1986).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Datos más recientes de la Secretaría de Salud (1995) muestran que las enfermedades del corazón continúan estando en el primer lugar de causas de mortalidad en la población mexicana (Tabla 1).

Tabla 1. Principales causas de mortalidad en México.

No.	Causas	Def.	Tasa*
1	Enfermedades del corazón	63,609	69.4
2	Tumores malignos	48,222	52.6
3	Accidentes	35,567	38.8
4	Diabetes mellitus	33,316	36.4
5	Enfermedad cerebrovascular	23,400	25.5
6	Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	21,245	23.2
7	Afecciones del periodo perinatal	20,503	22.4
8	Neumonía e influenza	19,717	21.5
9	Homicidio y lesiones intencionales	15,616	17
10	Deficiencias de la nutrición	10,162	11.1

*Tasa por cada 100,000 habitantes.
Fuente: Secretaría de Salud (1995).

Clasificación.

La hipertensión se clasifica de acuerdo con la elevación de las cifras de la presión sanguínea, la afectación de algunos órganos o según su etiología. La siguiente clasificación se basa en la *elevación de las cifras* en adultos mayores de 18 años cuando se tiene el promedio de 2 o más lecturas tomadas en 2 o más ocasiones (Joint National Committee, 1988) (Tabla 2).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Tabla 2. Clasificación según la elevación de cifras.

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Normal	menor a 130	menor a 85
Normal/Alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Estadio 1 (Leve)	140-159	90-99
Estadio 2 (Moderada)	160-179	100-109
Estadio 3 (Severa)	180-209	110-119
Estadio 4 (Muy Severa)	mayor/igual 210	mayor/igual 120

Fuente: Joint National Committee (1988).

La clasificación de acuerdo con la *afectación de órganos* tiene 3 grados (Comité de expertos de la OMS 1978):

Grado I: Existe presión arterial elevada, pero no hay signos de alteraciones orgánicas.

Grado II: Existe presión arterial elevada, hipertrofia ventricular izquierda y fondo de ojo con retinopatías grado I o II de Keith.

Grado III: Existe presión arterial elevada, insuficiencia renal o cardíaca, retinopatías de grado III o IV de Keith, accidente cerebrovascular transitorio o permanente, etc.

La última clasificación es según su *etiología*, la OMS menciona dos tipos (Ruilope, 1990):

1. Hipertensión Esencial o Primaria: La cual se define como presión arterial elevada sin causa orgánica evidente.

2. Hipertensión Secundaria: La que tiene causa identificable como la administración de ciertos medicamentos (contraceptivos hormonales, antiinflamatorios no esteroideos, ACTH y corticosteroides y aminas simpáticas), embarazo o alguna enfermedad orgánica (coartación de la aorta,

enfermedades renales, enfermedades endocrinas, enfermedades del sistema nervioso), y otras misceláneas (policitemia vera, quemaduras, pancreatitis, supresión del alcohol, crisis hemolíticas, postoperatorio).

Se ha demostrado claramente que existe relación entre la hipertensión y las complicaciones cardiovasculares no importando si esta hipertensión es leve. En la presente investigación se trabajó con hipertensos esenciales, es decir, aquellas personas cuyas cifras de presión sanguínea fueron de 140/90 o superiores y que no presentaron alguna causa orgánica que pudiera ser la causante de la elevación de la presión y que además no presentaron daño en algún órgano.

Kaplan (1990) afirma que en la práctica médica cotidiana el 95% de las personas que presentan hipertensión esencial están en un rango de edad entre los 18 y 65 años. La causa de este tipo de hipertensión es desconocida, lo que sí se sabe es que existe una predisposición genética y que algunos factores conductuales pueden incrementar esta incidencia.

Factores de Riesgo

Cualquier persona puede desarrollar hipertensión, sin embargo, las estadísticas demuestran que el desarrollo de hipertensión esencial está relacionado con los siguientes factores de riesgo:

- ***Antecedentes familiares.*** Algunas familias tienden a presentar cifras de presión arterial elevada. Si ambos padres padecen hipertensión, el riesgo de que sus hijos desarrollen este padecimiento es del 50%.
- ***Edad.*** Como ya se había mencionado es más común en los grupos de edades avanzadas, aunque puede presentarse a cualquier edad. Casi el 50% de las personas mayores de 65 años de edad la presentan. Lo habitual es que se detecte entre los 35 y 50 años de edad.
- ***Sexo.*** Antes de los 50 años de edad, se presenta con mayor frecuencia en varones que en mujeres. Las cifras se igualan entre sexos para los 50 años y predomina en mujeres en edades mayores de 55 a 60 años.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- *Raza.* Se ha encontrado que la hipertensión es más frecuente entre individuos de raza negra que de raza blanca y cuando las cifras de presión son elevadas, se presenta más daño en los organismos de individuos negros que en los de individuos blancos.

- *Obesidad.* La presión arterial elevada se presenta con mayor frecuencia en personas con exceso de peso, algunos autores como Johnston y Steptoe (1989) mencionan que la reducción de peso se asocia con la reducción de la presión arterial, este tipo de estrategia en algunos pacientes les permite abandonar el medicamento. Maxwell, Kushiro, Dornfield, Tuck y Wacks (1984) aseguran que reducciones de 4 ó 5 kilogramos, se han asociado a una reducción de la presión arterial de 8/5 mm Hg. Y entre mayor sea la pérdida de peso, mayor será la reducción de las cifras de presión arterial.

- *Alta ingestión de sodio.* Aquellas personas que tienen tendencia a desarrollar presión arterial elevada es más probable que padezcan de hipertensión o que empeoren si toman alimentos con gran cantidad de sal. La casi total eliminación del consumo de sal puede llevar a reducciones sustanciales de la presión arterial, la recomendación actual es que, especialmente los pacientes hipertensos, deberían reducir la ingesta de sodio en un 50%.

- *Estrés.* Se ha comprobado que existe una relación entre ciertos factores de estrés e hipertensión, en los laboratorios de estrés experimental, se han examinado algunos mecanismos que inducen a la elevación de la presión arterial, el estrés aumenta los niveles de adrenalina y de dopamina, lo que conlleva un aumento en la frecuencia cardíaca, del gasto cardíaco y de la presión arterial, durante el estrés físico. Además de incrementarse la adrenalina y la dopamina, se observa elevación en los niveles plasmáticos de noradrenalina, lo que condiciona a un aumento en la resistencia periférica. También aumenta el gasto cardíaco, por lo que durante este tipo de estrés el aumento de la presión arterial es mayor.

Ante el estrés se ha demostrado que los pacientes hipertensos tienen una elevación de la presión sistólica y diastólica mayor que los normotensos o los límitrofes, y de estos sobre los normotensos,

encontrándose que la presión arterial media puede elevarse en promedio hasta 12 mmHg, y durante el estrés físico hasta 30 mmHg. (Grossman et al., 1989).

En una encuesta realizada por Harris en 1971 (citado en Patel, 1984) se mencionó que, aproximadamente el 50% de los sujetos normotensos e hipertensos entrevistados, atribuyen el papel causal más importantes de la etiología de la enfermedad a las alteraciones emocionales.

La relajación y técnicas de psicoterapia pueden producir una reducción significativa de la presión arterial, lo que puede ser útil como tratamiento único en la hipertensión arterial leve o de ayuda en la hipertensión arterial moderada o severa. Existen estudios que demuestran la utilidad de dichas técnicas en el control de la hipertensión arterial, con una reducción promedio de 11 mmHg para la presión sistólica y de 7.1 mmHg para la diastólica (Weiss, 1988).

- *Sedentarismo.* La vida sedentaria favorece el incremento de las cifras de presión arterial, razón por la cual se recomienda realizar algún tipo de ejercicio diario, como caminar, por lo menos de 20 a 30 minutos diarios.

- *Consumo de alcohol.* El consumo de pequeñas cantidades de alcohol puede ser beneficioso para la salud cardiovascular, sin embargo se ha observado que cantidades sustanciales (más de 30 ml. de alcohol por día) se asocian con un incremento en las cifras de presión arterial, y sobretodo si este consumo de alcohol se encuentra combinado con la obesidad (Shaper, Walker, Cohen, Wale y Thomson, 1981). Es por esto que se menciona que entre un 10% y un 30% de la hipertensión se encuentra relacionada con el alcohol, y el abandono de éste puede provocar reducciones en las cifras de presión arterial de normotensos e hipertensos (Johnston y Steptoe, 1989).

- *Tabaquismo.* Fumar cigarrillos provoca que los vasos sanguíneos se estrechen con lo cual tiende a aumentar la presión arterial. Sin embargo, cuando la persona deja de fumar el corazón y los pulmones funcionan mejor y todo el cuerpo se beneficia.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Además de estos factores, también se presenta con las siguientes características:

- En personas entre los 30 y 50 años.
- Es lentamente progresiva.
- Se mantiene asintomática hasta que aparece un daño significativo en los órganos blanco, esto por lo regular sucede después de 10 ó 20 años de periodo de evolución.

Los pacientes hipertensos no tratados pueden tener hasta veinte veces más posibilidades de complicaciones cardiovasculares, comparados con la población sana. Así se tiene que la evolución de estos pacientes es irremediablemente fatal, acortándose su periodo de vida de 10 a 20 años, aun en pacientes con hipertensión arterial moderada. Las complicaciones que con mayor frecuencia se observan son (Hernández, 1991):

Cardíacas

- a) cardiomegalia
- b) infarto al miocardio
- c) Insuficiencia cardíaca

Oculares

- a) retinopatía
- b) papiledema

Renales

- a) insuficiencia renal

Sistema Nervioso Central

a) accidente vascular cerebral, los cuales más de la mitad de los casos son secundarios a la hipertensión arterial (Argüero y Badui, 1985).

La mayor parte de los factores de riesgo mencionados tienen que ver con conductas y estilos de vida, razón por la cual la mejor manera de prevenir la hipertensión es cambiando los hábitos de vida, sin olvidar el importante papel que juegan las creencias que se tengan sobre la hipertensión y la manera de responder ante esta enfermedad buscando o no ayuda médica.

Es conveniente reiterar que en comparación con otros problemas de salud, una de las principales características de este tipo de hipertensión es que es *asintomática*. Tal vez esta sea la razón por la cual se presenta en un número importante de la población y que además guarda relación con la búsqueda o no de ayuda médica, ya que si los pacientes no presentan síntomas es difícil que se den cuenta de su presencia. Si además a esto se le aumenta los factores de riesgo y la predisposición genética, la importancia de la enfermedad crece aún más.

Otro punto importante es que se ha encontrado que la Hipertensión Arterial Esencial se presenta cuando las personas han estado ante situaciones estresantes (como toma de decisiones, manejo de conflictos, estimulación intensa o situaciones sociales consideradas como amenazantes). Cuando se entrevista a este tipo de pacientes la mayoría coincide en mencionar que sus cifras de presión son el resultado de su estado emocional, es decir que cuando no tienen problemas sus cifras de presión no se encuentran tan elevadas como cuando tienen problemas. Sin embargo esta elevación de cifras también depende de otras variables como: personalidad tipo A, el tipo de afrontamiento o el locus de control entre otras. Es decir, esta última se refiere a la atribución (si es interna o externa) de las personas con respecto a sus cifras de tensión arterial y si este tipo de creencia contribuye a la solicitud de ayuda médica, este es el punto de partida del presente estudio.

LOCUS DE CONTROL

Definición.

Este constructo, acuñado por Rotter (1966, citado por La Rosa, 1985) se basa en la teoría interaccionista del aprendizaje social. Aquí la persona aprende del medio ambiente a través del moldeamiento, de las experiencias pasadas y del reforzamiento de ciertas conductas, las cuales tendrán un efecto sobre las expectativas y eventualmente las expectativas guiarán la conducta, es decir, la conducta ocurrirá en función de las expectativas y el reforzamiento dentro de una situación específica. Si la situación es novedosa o ambigua la persona dependerá de las experiencias previas que haya tenido en una situación parecida.

Rotter (1966) define el locus de control de la siguiente forma: "Cuando un refuerzo es percibido por un sujeto como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente se percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando el acontecimiento es interpretado de este modo, se denomina a esto como una creencia de control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina creencia en el control interno" (citado en La Rosa, 1985).

El locus de control se refiere a la predisposición de hacer un determinado tipo de atribuciones sobre una situación dada. Así, una persona con un locus de control interno cree que tiene el control sobre lo que pase y que las decisiones hechas y las acciones tomadas influyen en los resultados personales, por el contrario, una persona con un locus de control externo cree que el control sobre lo que le pase está determinado por la suerte, el destino o el poder de otros (Valdés y Flores, 1985).

Medición de Locus de Control.

Después de que Rotter, Seeman y Liverant (1962, citados en Lefcourt, 1982) publicaron el primer artículo sobre locus de control, el número de investigaciones comenzó a incrementar de manera importante, es así que este constructo pasa a formar parte relevante en las investigaciones sobre personalidad.

Años más tarde, Rotter (1966 citado por La Rosa, 1985) construyó la primera escala para medir locus de control (Internal-External Control Reinforcement Scale). Esta consistía de 23 reactivos y cuestionaba acerca de las expectativas respecto al mundo de los negocios, de la política y de los acontecimientos en general. El sujeto manifestaba, a través de sus respuestas, atribuciones causales sobre estados de cosas sumamente heterogéneas, lo que permitía inferir la existencia de patrones generalizados de expectativas, esta escala sólo valora el locus de control externo, aunque cada reactivo está constituido de dos opciones: una que expresa una creencia de control interno y la otra una creencia en el control externo. Es a partir de esta primera escala que surge el interés por hacer otras escalas, modificarlas o criticar los objetivos que perseguían.

Algunos autores como Marshall (1991) enfatizan que el locus de control es estudiado frecuentemente en situaciones no específicas, y es por esto que se tiene una visión generalizada sin dar importancia a una situación determinada. El mismo autor sugiere que para cubrir esa necesidad de medir una situación o condición específica se desarrollen diversas escalas con el objeto de aplicarlas en numerosas áreas, algunos ejemplos de estas escalas son: la Escala de Locus de Control Dental (Beck, 1980), la Escala de Locus de Control en Salud Fetal (Labs y Wurtele, 1986), Escala de Locus de Control para enfermedades del Corazón (O'Connell y Price, 1985), la Escala de Locus de Control de Peso (Saltzer, 1982) y por supuesto las Escalas de Locus de Control en Salud (Lau y Ware, 1981; Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976; Wallston, Wallston y DeVellis, 1978, citados en Marshall, 1991).

Strickland (1978) señala la importancia de las creencias de control y la salud física como una área de gran relevancia. Estas creencias de control se presentan de manera interna o externa (locus de control interno/externo) en los individuos de tal modo que al enfrentarse a una situación específica, en este caso un problema de salud, sus respuestas psicológicas y fisiológicas son diferentes. Wallston y Wallston discutieron la dificultad de predecir ciertas conductas en un área específica como la de la salud con una escala de locus de control que sólo midiera internalidad-externalidad en una área social, como la escala de Rotter, es por esta razón que crean la primera escala de Locus de Control en Salud (Wallston et al., 1976).

Después de haber creado esta primera escala de Locus de Control en Salud consideraron conveniente realizarle algunas modificaciones con la finalidad de que fuera más específica, es por esto que la nueva versión de la escala se encuentra dividida en locus de control interno (I), locus de control basado en el poder de otros (P) y locus de control orientado hacia la fortuna o la suerte (S), estos dos últimos pertenecientes a lo que anteriormente era el locus de control externo. Y es así como surgió la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud creada en 1978 (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978, citado en Cooper y Fraboni, 1990).

Para desarrollar y validar la escala de Locus de Control en Salud, Wallston et al., (1976), utilizaron voluntarios a quienes se les pidió resolvieran un manual de instrumentos, en este manual se cuestionaba acerca de su experiencia previa con la hipertensión y sobre la información que ellos tenían de dicha enfermedad. Los resultados obtenidos fueron comparados con los de la escala de Internalidad-Externalidad de Rotter, y encontraron que la escala de Locus de Control en Salud demostraba funcionalidad y utilidad en la medición del locus de control en el área de la salud y mejoras con respecto a la escala de Internalidad-Externalidad de Rotter.

Estos autores recomiendan que así como se guió el desarrollo de la Escala de Locus de Control en Salud, pueden ser aplicadas otras escalas para ciertas condiciones específicas relevantes como la diabetes, hipertensión, obesidad y/o conductas específicas como búsqueda de información, ingesta de medicamentos y otras.

LOCUS DE CONTROL

Casey (1993) al tratar de relacionar el locus de control con un programa de salud, encuentra que las creencias que tienen las personas acerca de los recursos con los que cuentan para mantenerse saludables afectan su estado de salud actual.

Locus de Control y Salud.

Con el crecimiento que ha presentado la Psicología de la Salud en los últimos años, se ha puesto mayor énfasis en todos los procesos psicológicos involucrados en la salud.

Cuando las personas dicen tener un locus de control interno, el sentido de dominio y los sentimientos de eficacia se intensifican, entonces lo que se espera es que estas personas respondan activa y eficazmente a tareas y a situaciones en donde las personas con un locus de control externo se pueden mostrar más incompetentes.

Es necesario tomar en cuenta que las personas orientadas internamente están consideradas como los mejores buscadores de información y que por lo tanto aprenden más efectivamente que las personas orientadas externamente, esta es una buena razón para preocuparse acerca de la salud, ya que si los orientados internamente están mejor informados acerca de las medidas preventivas mantendrán una mejor salud que los orientados externamente (Seeman y Evans, 1962).

Seeman y Evans (1962) realizaron un trabajo con pacientes de tuberculosis a quienes se les aplicaba un inventario de 12 reactivos que evaluaban impotencia (carencia de poder). De estos pacientes aquellos que fueron clasificados como orientados hacia la internalidad, se encontró que sabían más acerca de tuberculosis que aquellos orientados hacia la externalidad. Dado que el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad influenciaba la manera en la cual respondían a esta, estos hallazgos fueron muy prometedores para posibles relaciones entre las creencias de control y los resultados relacionados con la salud.

En una revisión de trabajos sobre control y salud, Strickland (1978) sostiene que "la variable internalidad-externalidad es sólo un número entre todos los factores que convergen al padecer

actitudes y conductas de salud". Strickland concluye que la mayor parte de la investigación es consistente al mencionar que los individuos orientados internamente parecen comprometerse en más respuestas adaptativas que los orientados externamente.

Locus de Control y Afrontamiento.

Entre los hallazgos de Seaman y Evans (1962) se reportó que personas con un locus de control más interno parecían estar más alertas y atentas a la información que tenía relevancia para su bienestar. Estos autores eran capaces de predecir la cantidad de conocimiento que los pacientes de tuberculosis tenían acerca de su propia amenaza de enfermedad. Se encontró que los pacientes con tuberculosis orientados externamente sabían menos acerca de la tuberculosis que los orientados internamente. Los resultados de este estudio indican que los individuos orientados internamente aprovechan más la información aun si esta presentaba connotaciones negativas para ellos mismos. Por otro lado, los individuos orientados externamente parecían estar menos preocupados en recabar información que les permitiera hacer una valoración más correcta del nivel de potencial de amenaza que estuviera inherente en esas circunstancias.

Como los orientados externamente están menos interesados en obtener información que sea relevante para su salud se espera que sean menos hábiles para llevar a cabo conductas que sean benéficas, a diferencia de los orientados internamente. Por ejemplo, algunas investigaciones sobre el locus de control han indicado que los orientados externamente son más hábiles para fumar y menos hábiles para dejar el hábito de fumar que los orientados internamente (James, Woodruff y Werner, 1965; Straits y Sechrest, 1963). Más tarde, distintas investigaciones replicaron estos hallazgos (Coan, 1973; Steffy, Meichenbaum, y Best, 1970; Williams, 1973), pocos estudios fallaron en confirmar este vínculo entre la conducta de fumar y la orientación hacia la externalidad (Danaher, 1977; Liechtenstein y Keutzer, 1967).

A partir de estos datos se podría decir que los individuos con una orientación externa son menos hábiles que los orientados internamente al responder adaptativamente ante la amenaza evidente, por

lo tanto son menos hábiles para asimilar la información que confirma que fumar es dañino para la salud.

De este modo, la conexión entre las creencias de control y la asimilación de información podrá utilizarse como un pronóstico para la evaluación de la amenaza. Lefcourt y Martin (1986) al someter a algunos sujetos a evaluaciones experimentales notaron que los individuos orientados internamente son generalmente más hábiles que los orientados externamente para notar las circunstancias e ideas que ayuden a revelar significados secretos de experimentos, los individuos orientados a la internalidad también suelen reaccionar con mejor humor, mientras que los orientados a la externalidad suelen ofenderse y en algunos casos enojarse. En situaciones de laboratorio, la evidencia ha indicado que los orientados internamente son más aptos para percatarse de las circunstancias cambiantes.

Como se ha notado en muchos estudios, los orientados externamente a menudo consideran sus experiencias como más estresantes que los orientados internamente. Estos últimos parecen estar más conscientes de los cambios y las circunstancias, quizá por esto los estímulos estresantes les parecen menos amenazantes, esto también puede deberse a los efectos de la evaluación secundaria, en este punto se puede decir que los están mejor equipados para manejarse con experiencias potencialmente estresantes.

En estudios sobre desastres naturales se obtuvo evidencia que sugiere que las personas orientadas a la internalidad están más conscientes de los peligros potenciales y planean más su respuesta a estos. Sims y Bauman (1972) en un estudio examinaron las respuestas a los tornados y encontraron que en comunidades donde las creencias acerca del control eran más internas (población rural de Illinois), las personas eran más aptas a comportarse apropiadamente ante la amenaza (escuchando el radio y permaneciendo en el sótano, mientras pasaba el peligro) en comparación de aquellos quienes vivían en un área donde la orientación hacia la externalidad era más común (población rural de Alabama). La gente de Alabama disfrutaba más de salir a ver cuando el tornado venía hacia ellos. Consecuentemente, había accidentes más serios en Alabama que en Illinois.

En un estudio en Nueva Zelanda, Simpson-Housley y Bradshaw (1978) reportaron datos análogos concernientes a los peligros de temblores en un suburbio de Wellington en donde se encuentran 2 fallas geológicas activas en la subestructura de esa ciudad. A estos habitantes se les cuestionó acerca de sus percepciones de peligro ante un temblor. Fue más frecuente encontrar que los individuos orientados internamente tomaban medidas preventivas para ayudar a soportar la amenaza a los temblores, esto indicaba una mayor conciencia del daño potencial. Los orientados externamente, por otro lado, se encontró que estaban más dispuestos a tomar medidas para reparar los daños ocasionados después del temblor. En otras palabras, los individuos orientados hacia la externalidad fallaron al considerar el daño de los temblores antes de que ocurrieran y estuvieron comprometidos en un afrontamiento enfocado a la emoción, negando la amenaza de la situación hasta después de la crisis. En esencia, los individuos con una orientación hacia lo externo se podría decir que han estado operando en un estilo "lo que esta fuera de la vista, permanece fuera de la mente". Estos hallazgos parecen demostrar que los individuos orientados a la internalidad están más preparados para recibir amenazas potenciales y más dispuestos en tomar acciones para ayudar a evitar los efectos de tales estresores, ya sean tornados, inundaciones o temblores.

Un número de investigaciones que se añaden a estos estudios de campo, han encontrado evidencia que demuestra que los individuos orientados internamente son más aptos para comprometerse en procesos de afrontamiento enfocados a solucionar el problema, y que los individuos orientados a la externalidad están más comprometidos con el afrontamiento enfocado a la emoción (Silver y Auerbach, 1986; Silver Auerbach, Vishniavsky y Kaplowitz, 1986; Strickland, 1978).

Solomon, Mikulincer y Avitzur (1988) han encontrado evidencia que corrobora el vínculo del estrés de guerra, locus de control, estilos de afrontamiento y desórdenes de estrés postraumático. Con una muestra de 262 soldados israelíes con experiencia en la guerra de Líbano en 1982, se encontró que el locus de control estaba relacionado negativamente con la intensidad del desorden de estrés postraumático a 2 y 3 años de la guerra. Los veteranos de guerra quienes estaban orientados hacia la externalidad se presentaban más vulnerables a sufrir desórdenes de estrés comparados con los

LOCUS DE CONTROL

orientados internamente. Se relacionaron los estilos de afrontamiento con el locus de control y se encontró que las personas orientadas externamente empleaban más afrontamiento enfocado a la emoción que los orientados a la internalidad. A su vez, este afrontamiento enfocado a la emoción estaba relacionado positivamente con la intensidad del desorden por estrés postraumático y, un análisis de regresión probó que es la variable más potente para predecir tal desorden.

Otro estudio reportado por Parkes (1984) ayudó a revelar la relación entre las creencias de control y las conductas de afrontamiento. Parkes le pidió a estudiantes de enfermería que recordaran algunas experiencias estresantes ocurridas durante su formación. En los estudiantes que tenían un locus de control interno se encontró que la manera de afrontar sus experiencias era de manera más activa ya que encontraban sus experiencias más controlables, en comparación con aquellos estudiantes que se encontraban más orientados hacia la externalidad. Por otro lado, el escape-avoidación, es un ejemplo de afrontamiento basado en la emoción y se presentaba con mayor frecuencia en los individuos orientados hacia la externalidad y se presentaba de manera menos evidente entre los sujetos orientados internamente en situaciones controlables.

Lo que reveló el estudio de Parkes es que aquellas personas con una orientación interna responden más apropiadamente a las situaciones estresantes, afrontan de acuerdo con la controlabilidad de los eventos percibidos. Las personas con una orientación hacia la externalidad, por el contrario, parecen preparadas a comportarse inapropiadamente, manifestando conductas de evitación y menos afrontamiento activo. Para la mayoría de los investigadores preocupados en el proceso de afrontamiento parecería que la internalidad esta asociada con gran atención al potencial de amenaza y más conductas activas para la solución de problemas. Además, si los estresores son potencialmente controlables, los individuos orientados internamente parecerían estar en una mejor posición que los orientados hacia la externalidad para modificar sus impactos, percibiendo la amenaza inminente más tempranamente que los orientados externamente, y por lo tanto afrontar las circunstancias amenazantes más activamente.

orientados internamente. Se relacionaron los estilos de afrontamiento con el locus de control y se encontró que las personas orientadas externamente empleaban más afrontamiento enfocado a la emoción que los orientados a la internalidad. A su vez, este afrontamiento enfocado a la emoción estaba relacionado positivamente con la intensidad del desorden por estrés postraumático y, un análisis de regresión probó que es la variable más potente para predecir tal desorden.

Otro estudio reportado por Parkes (1984) ayudó a revelar la relación entre las creencias de control y las conductas de afrontamiento. Parkes le pidió a estudiantes de enfermería que recordaran algunas experiencias estresantes ocurridas durante su formación. En los estudiantes que tenían un locus de control interno se encontró que la manera de afrontar sus experiencias era de manera más activa ya que encontraban sus experiencias más controlables, en comparación con aquellos estudiantes que se encontraban más orientados hacia la externalidad. Por otro lado, el escape-avoidance, es un ejemplo de afrontamiento basado en la emoción y se presentaba con mayor frecuencia en los individuos orientados hacia la externalidad y se presentaba de manera menos evidente entre los sujetos orientados internamente en situaciones controlables.

Lo que reveló el estudio de Parkes es que aquellas personas con una orientación interna responden más apropiadamente a las situaciones estresantes, afrontan de acuerdo con la controlabilidad de los eventos percibidos. Las personas con una orientación hacia la externalidad, por el contrario, parecen preparadas a comportarse inapropiadamente, manifestando conductas de evitación y menos afrontamiento activo. Para la mayoría de los investigadores preocupados en el proceso de afrontamiento parecería que la internalidad esta asociada con gran atención al potencial de amenaza y más conductas activas para la solución de problemas. Además, si los estresores son potencialmente controlables, los individuos orientados internamente parecerían estar en una mejor posición que los orientados hacia la externalidad para modificar sus impactos, percibiendo la amenaza inminente más tempranamente que los orientados externamente, y por lo tanto afrontar las circunstancias amenazantes más activamente.

Podría pensarse también, que esta orientación hacia la externalidad les permitiría adaptarse más fácilmente a circunstancias fuera de su control que aquellos con una orientación más interna, dado que tienen una inclinación mayor a considerar el afrontamiento basado en la emoción. Muchos estudios han indicado que los individuos orientados internamente son más aptos para considerar el afrontamiento en solución de problemas que los orientados a la externalidad, y que estos últimos consideran más el afrontamiento enfocado a la emoción. Los individuos inclinados a la internalidad no se ha encontrado que estén más capacitados en considerar el afrontamiento enfocado a la emoción. Como Strentz y Auerbach (1988) han notado, los individuos orientados a la externalidad parecían estar más incómodos y tenían dificultades en adoptar métodos para solucionar problemas al manejar el estrés, es posible que los individuos con una inclinación más interna tengan una gran versatilidad en sus conductas de afrontamiento en comparación con los inclinados externamente, y que estos últimos tengan un estilo singular de manejarse con los problemas que se enfocan característicamente con la emoción.

Estrés y Locus de Control.

Al revisar literatura relacionada con el estrés Cohen y Edwards (1988) concluyeron que el locus de control era una variable que operaba como amortiguadora del estrés, y que su función consistía en mitigar el desarrollo de estrés relacionado con la enfermedad. Estos mismos autores sugieren que existen dos caminos del estrés a la enfermedad en los cuales las características de personalidad pueden operar como amortiguadores, frenando la secuencia de eventos que podrían resultar en un problema de salud.

Estos dos caminos a los que se referían Cohen y Edwards se encuentran durante la fase inicial de la evaluación del estrés y el periodo siguiente de valoración que se presenta después de que los eventos han sido interpretados como estresantes. Estos procesos de evaluación son los mismos a los que Lazarus y Folkman (1984) llamaron evaluación primaria y evaluación secundaria. Según estos autores, no es la cantidad de estrés a la que se expone la persona el factor determinante del impacto sobre su salud, sino los diversos factores que modulan su impacto, esta mediación se encuentra

representada en la evaluación cognoscitiva, lo que constituye el factor decisivo del impacto. Esta evaluación cognoscitiva se entiende como los pensamientos e ideas de la persona acerca del grado de amenaza que hay en el evento estresante (evaluación primaria), las ideas acerca de sus propios recursos para enfrentarse a la amenaza y reducirla (evaluación secundaria), y las revaluaciones o ideas que surgen a partir de los resultados de la activación y de los esfuerzos de afrontamiento (Figura 1).

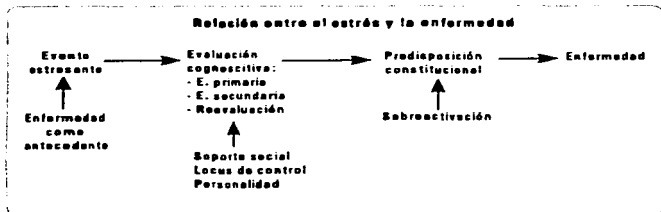


Figura 1. Relación entre el estrés y la enfermedad.
Fuente: Lazarus y Folkman (1984).

Con los datos revisados anteriormente se podría decir que si un locus de control interno pronostica bien la manera en la cual los estresores serán tomados, entonces los estados de ánimo de las personas que están bajo estrés deberían diferir de acuerdo a sus orientaciones de control.

Manuck, Hinrichsen y Ross (1975a, b), usando mediciones independientes de estrés y locus de control, encontraron que los individuos orientados externamente no difieren de los orientados internamente en tomar en cuenta la ansiedad o la búsqueda de ayuda después de haber experimentado eventos estresantes. Sin embargo, en la ausencia de experiencias estresantes, los inclinados a la externalidad tuvieron puntajes de ansiedad más altos y mayor búsqueda de ayuda que los que se

inclinaban a la internalidad. En otras palabras, los orientados externamente parecían estar más ansiosos y buscar más ayuda cuando no se encontraban en situaciones estresantes, en cambio, los orientados internamente estaban acostumbrados a estar menos ansiosos que los que presentaban la orientación a la externalidad, pero llegaban a estar tan estresados como los orientados a la externalidad cuando se encontraban ante eventos estresantes.

Otros investigadores (Johnson y Sarason, 1978; Kobasa, 1979) encontraron evidencia que sugiere que el locus de control opera como un amortiguador del estrés. En estas investigaciones los individuos orientados externamente han mostrado una relación más fuerte entre estrés y depresión, ansiedad y enfermedad que los orientados internamente.

Algunos de los datos que se han presentado, muestran que los individuos orientados internamente son más aptos para recobrar se con el paso del tiempo, mientras que en los orientados externamente su modo de afrontamiento está basado en la emoción, esto debería guiar a un afrontamiento con menor aceptación de experiencias estresantes previas, de tal manera que esos eventos aversivos representen un impacto mayor sobre los orientados externamente que sobre los orientados internamente.

Cadwell, Pearson y Chin (1987) también han encontrado evidencia de que el locus de control opera como moderador de estrés, pero sólo en interacción con otras variables como el género y el apoyo social. En su investigación encontraron que sólo entre los hombres el locus de control tuvo un impacto en la formación de síntomas, los hombres orientados hacia la internalidad fueron más aptos para desarrollar síntomas psicosomáticos bajo estrés, mientras que los hombres orientados hacia la externalidad tuvieron más tendencia a deprimirse en tales circunstancias. Las mujeres no mostraron tales efectos como una función del locus de control, ellas variaban en sus respuestas de acuerdo con el apoyo social.

Estos hallazgos son similares a los reportados por Hunsley (1981, citado en Lefcourt, 1982). En este estudio el locus de control no afectó el estado de ánimo en un grupo de mujeres que había

experimentado una situación estresante. En los hombres se reportó una decadencia en el estado de ánimo en los orientados externamente en contraste con los orientados internamente quienes parecían estar menos afectados por sus experiencias estresantes, razón por la cual el locus de control se considera como un moderador de la relación existente entre el estrés y el estado de ánimo, es decir, una variable que colabora como determinante de la enfermedad como consecuencia del estrés.

Seeman y Seeman (1983) condujeron una extensa revisión con mil adultos en un área de Los Angeles. Esta investigación trataba acerca de conductas relacionadas con la salud. Los sujetos fueron valorados en dos etapas en el periodo de un año. Se utilizó una versión abreviada de la Escala de Locus de Control en Salud (Wallston y Wallston, 1981) y una medición de motivación para el grado de preocupación acerca de la salud. El criterio concerniente a salud incluyó medidas preventivas de salud (dieta, ejercicio, moderación del alcohol, evitar fumar), el conocimiento de la salud así también como enfermedades agudas y enfermedades crónicas. Se encontró que el sentido de control interno estaba asociado positivamente con la práctica de medidas preventivas de salud, conductas para evadir el daño provocado por fumar, el conocimiento acerca de los tratamientos médicos para el cáncer, la auto valoración del estado de salud, menos reportes de enfermedad crónica y aguda, un estilo más vigoroso al manejarse con respecto a la enfermedad.

Estos hallazgos demuestran claramente la implicación de las creencias de control en el mantenimiento de la salud. Los individuos orientados internamente se comportan de maneras que parecerían más benéficas para el mantenimiento de la salud y de hecho estuvieron más saludables que los orientados externamente durante la revisión después de un año.

En resumen, las personas orientadas internamente y que valoran su salud se encontró que han estado mejor informadas acerca de la enfermedad y el mantenimiento de la salud en comparación con las orientadas externamente (Wallston, Maides y Wallston, 1976; Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976). Un ejemplo de esto son aquellas personas que utilizan el cinturón de seguridad y que por lo regular son personas orientadas internamente (Williams, 1972); en estas personas también se observó que presentan expectativas más positivas para realizar ejercicio físico, tienen más cuidados

cardiovasculares y además se muestran más gustosos al comprometerse voluntariamente a realizar ejercicio que los individuos orientados externamente (Sonstoe y Walker, 1973).

Parecería entonces que una orientación hacia la internalidad pronostica una condición más saludable en aquellas personas que se perciben a sí mismos como determinantes de sus propias experiencias, y que son más aptos para las conductas de salud que deben seguir. Armados con tal conocimiento están más habilitados que los orientados externamente para tomar acciones preventivas que mantengan su estatus de salud.

Entre tales estudios hay una investigación ejemplar que ha explorado las maneras en las cuales los pacientes sobrellevan su experiencia de haber tenido un infarto al miocardio, lo cual los enfrenta a una experiencia de vida amenazante. Cromwell, Butterfield, Brayfield y Curry (1977) examinaron los correlatos fisiológicos y conductuales del locus de control en pacientes que habían tenido un infarto. Los pacientes que estuvieron clasificados por su orientación hacia la internalidad/externalidad según la escala de Locus de Control de Rotter y también fueron clasificados por su nivel profesional. Se encontró los orientados internamente son más cooperadores y se deprimen menos que los que se clasificaron como orientados hacia la externalidad. En tres de las medidas fisiológicas intercorrelacionadas en este estudio (tasa de sedimentación, nivel de transaminasa y niveles de lactato deshidrogenasa) se encontró que los orientados externamente presentaban peor pronóstico que los orientados internamente. Además su apariencia era enfermiza y presentaban temperatura alta durante los cuidados intensivos, razón por la que, permanecían más tiempo en la unidad, y en el hospital, que los orientados internamente.

Estudios valoraron los efectos positivos de la internalidad durante el tratamiento para las condiciones amenazantes de la vida que habían sido reportadas por Poll y Kaplan De-Nour (1980). Entre 40 pacientes con hemodiálisis crónica, el locus de control se encontró que estaba relacionado de acuerdo con las dietas prescritas, aceptación de la incapacidad, y el involucramiento en la rehabilitación. En otro estudio en pacientes con insuficiencia renal (Devins, Binik, Gorman, Dattel, McCloskey, Oscar y Briggs, 1982), que habían estado en diálisis o que habían tenido un trasplante de riñón se

encontraban más deprimidos, con baja autoestima y con más sentimientos de indefensión cuando presentaban un locus de control externo y se sentían menos eficaces acerca de sus vidas en general.

Shadish, Hickman y Arrick (1981) afirman que las creencias de control tienen consecuencias pronosticadoras. En una de sus investigaciones encontraron que todos los pacientes de una muestra presentaban estrés emocional un año después de haber sido incapacitados por lesiones, aquellos quienes estaban orientados internamente eran más aptos para recobrar su equilibrio emocional, después de un año de haber sufrido las lesiones también se encontró que los orientados externamente continuaban reportando niveles altos de estrés mientras que en los orientados internamente disminuía este tipo de reporte.

Así los orientados internamente están más inclinados a comprometerse en los tipos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema y menos enfocado a la emoción, por esto se asumió que reaccionarían positivamente a información que les indicara el tipo de experiencias que iban a tener.

Auerbach et al., (1976) reportaron que el locus de control producía interacciones significativas con el tipo de información que se les daba y en la predicción del estado de ansiedad y de adaptación a las cirugías. Las personas orientadas internamente que recibieran mayor información relevante acerca de la cirugía parecían diferir en cada uno de los tres grupos (individuos orientados hacia la internalidad con y sin interrupción al momento de darles la información y orientados a la externalidad en ambas condiciones, o sea con y sin interrupción). En dos ocasiones inmediatamente antes de la cirugía, los orientados internamente con información previa relevante reportaron más ansiedad que otros sujetos. Sin embargo, inmediatamente después de la cirugía estos mismos sujetos mostraron una gran disminución de la ansiedad, puntuando aún más bajo que los otros tres grupos.

Aún más significativo fueron las tasas de ajuste a la cirugía. Los individuos orientados hacia la internalidad quienes habían visto la sesión informativa antes de la cirugía mostraban mucho mejor ajuste a ésta, que los orientados internamente quienes recibieron una sesión informativa con interrupciones.

LOCUS DE CONTROL

En resumen, en primer lugar los eventos estresantes que ocurren en la vida diaria tienen impacto sobre la salud. La enfermedad a menudo se encuentra entre aquellos que han vivido experiencias difíciles y estresantes, sus implicaciones dependen mucho de la manera en que la persona afronte sus dificultades. Una característica que puede ser muy importante en este sentido son las creencias o percepciones de control que cada individuo presenta cuando se enfrenta ante situaciones estresantes. La evidencia sugiere que las personas que se caracterizan como orientados internamente están más atentos a los eventos que ocurren a su alrededor y son más aptos para interpretar los eventos como desafiantes más que como amenazantes.

Esta manera de percibir los eventos proporcionaría a aquellos orientados internamente una visión enfocada más a la solución del problema de salud. Es decir, al responder apropiadamente a situaciones estresantes su afrontamiento estaría de acuerdo con el sentido de control. Esto haría que estuvieran más conectados con medidas preventivas de salud, que buscarán más ayuda para su problema de salud (en este caso la hipertensión) y aprovecharán más la información proporcionada sobre su enfermedad.

En el opuesto, las personas orientadas externamente consideran sus experiencias más estresantes, razón por la que su afrontamiento se encuentra dirigido a la emoción, negando de este modo las consecuencias de sufrir hipertensión, no presentan tanto interés en obtener información relevante para su salud y por lo tanto no llevan a cabo conductas como buscar ayuda profesional, cambiar hábitos en su forma de vida, etc.

Esta orientación hacia la externalidad está realmente relacionada con la depresión y la ansiedad, y la orientación hacia la internalidad con el humor, vigor y satisfacción de la vida. Lo asociado con la internalidad facilita también el funcionamiento del sistema inmune y por esta razón los individuos orientados internamente se encontrarían mucho mejor protegidos contra el ataque de alguna enfermedad.

BÚSQUEDA DE AYUDA

Definición y Epidemiología.

La búsqueda de ayuda se refiere a la "decisión que toman las personas acerca de consultar a un profesional para recibir atención sobre un problema de salud" (DePaulo, 1982). Un gran número de estudios han examinado la epidemiología de la búsqueda de ayuda (De Paulo, 1982; De Paulo, Nadler y Fisher, 1983; Gourash, 1978; Kadushin, 1969; McKinlay, 1972; Nadler, Fisher y De Paulo, 1983), con el objeto de identificar la relevancia de variables como edad, sexo y otras en la toma de decisiones de las personas para buscar ayuda médica, y del modo en como ocurre en los escenarios de salud.

¿Cuándo busca ayuda una persona enferma?. Muchas personas interpretan sus síntomas como una señal para buscar ayuda. Sin embargo, algunas investigaciones reportan que menos de 1/3 de los pacientes cardíacos atribuyen sus síntomas al corazón, y sólo el 56% de las personas que sufren de un ataque buscan ayuda médica, ya que sus síntomas son interpretados como problemas estomacales (Gentry, 1975, citado en Brannon y Feist, 1992).

Factores que intervienen en la búsqueda de ayuda.

La percepción de esta necesidad de buscar ayuda depende de varios factores como la edad, el sexo, el umbral para el dolor o el malestar físico, etc. Es también evidente que el substrato sociocultural interviene en la necesidad de buscar ayuda, así como las experiencias anteriores que el individuo y la familia tienen con el síntoma, el dolor o el malestar que afecta el nivel de salud (Revilla, 1991).

Uno de los factores que menciona Revilla (1991) es la percepción de un síntoma o malestar la cual no siempre va seguido de demanda de atención. De esta forma, si la situación no es aguda y se siente como de escasa gravedad, el individuo tratará de resolverla con sus propios recursos, y sólo en el caso de que no alcance una solución o se trate de un proceso de mayor gravedad recurrirá a pedir

ayuda a su familia. Por último, cuando el individuo perciba sus síntomas como "enfermedad" o la afección se considere como importante o de alto riesgo, solicitará la atención médica.

A menudo, las personas presentan síntomas que pueden indicar o no una enfermedad seria, en otras ocasiones las personas deciden ir al médico aun cuando no están realmente enfermas, sintiéndose tontas por haber pagado una consulta sin realmente necesitarlo, además de que van perdiendo credibilidad con las personas que se enteran de esta visita, incluyendo dentro de estas personas al mismo médico. En cambio si la persona elige no buscar ayuda se sentirá incómoda con sus síntomas y comenzará a estar más enferma, provocando que su enfermedad sea más difícil de tratar y en algunos casos el riesgo de muerte se va incrementando.

Mechanic y Volkart (1961) y Parsons (1951) (citados en Stone, Cohen y Adler, 1979) distinguen 3 conductas relacionadas con la salud.

1. Conducta de salud: Es la actividad emprendida por quienes creen que estar saludable es el objetivo de prevenir enfermedades o detectar enfermedades que están en un estado asintomático.

2. Conducta de enfermedad: Actividad emprendida por individuos quienes están y se sienten enfermos y cuyas acciones están orientadas hacia determinar su estado de salud y descubrir las soluciones más adecuadas.

3. Rol de enfermedad: Conductas que presentan individuos quienes se consideran enfermos, ya sea porque ellos han sido diagnosticados formalmente o porque se han diagnosticado a sí mismos.

Una vez que la persona se percibe y se acepta como enfermo toma la decisión de buscar ayuda, es así como establece un primer contacto con los servicios de salud comenzando a visitar al médico. Dentro de este proceso de toma de decisiones para demandar ayuda Revilla (1991) señala tres elementos importantes que son: la magnitud o gravedad de la enfermedad o del síntoma; la situación económica y los factores socioculturales. Y además menciona la existencia de "atenuadores de la necesidad de buscar ayuda": estos podrían ser la familia, sus creencias, su cultura y la presencia en

la comunidad de curanderos, que pueden reducir la necesidad de buscar ayuda e incluso abortar el contacto los servicios de salud.

La *gravedad de la enfermedad o del síntoma* condiciona en gran medida la búsqueda de ayuda es por esto que entre más grave sea la percepción del problema será más intensa esta búsqueda de ayuda, es así que una persona que sufre un accidente, que pierde la conciencia o presenta una hemorragia importante solicitará atención médica independientemente de otras características que presente. Es posible, como señalan Berki y Ashcraft (1979), que la demanda de ayuda difiera según se trate de un paciente "experimentado" o de otro episódico que se enfrenta a una condición patológica inesperada. En este último caso, que es el más común, existe una carencia de información previa y esto da lugar a que intervengan determinadas normas socioculturales que son las que van a proporcionar un valor especial a determinado síntoma o enfermedad.

Para Revilla (1991) el *aspecto económico* en la toma de decisiones tiene un valor menor, ya que menciona que sólo se tendrá en cuenta cuando el síntoma percibido no tenga rango de gravedad. Por el contrario, los *valores culturales y sociales* ejercen una influencia importante en la demanda hacia los servicios de salud dependiendo básicamente de las costumbres de determinadas comunidades, de patrones de conducta familiares, de hábitos étnicos y algunos otros.

Para confirmar lo anteriormente expuesto se ha encontrado que la búsqueda de ayuda a veces no es completamente voluntaria, sino que en muchas ocasiones el paciente se ve influenciado por la familia o las instituciones sociales. Strickland menciona que la búsqueda de ayuda presenta un componente voluntario, es por esto que otros autores como Brannon y Feist (1992) han identificado cuatro factores que determinan esta búsqueda de ayuda.

1) Renuncia Personal: Es la resistencia que ponen las personas para visitar a algún profesional de la salud, sobre todo si éste ha sido recomendado por otra persona que presenta los mismos síntomas. Este tipo de personas argumentan que ellos son capaces de cuidarse a sí mismos sin la ayuda de ningún médico.

2) Factores Sociodemográficos: Una de las variables que presentan mayor influencia es el género, se dice que las mujeres buscan más cuidado respecto a su salud que los hombres y que además las personas con menos problemas económicos buscan más ayuda que aquellos que carecen de estos recursos. En este apartado también se mencionan los factores culturales, es decir la creencia que existe de que los hombres presentan más dificultades para expresar sus sentimientos y sus síntomas que las mujeres.

Género: Con lo que respecta al género, se ha demostrado que las mujeres buscan más ayuda o tratamiento profesional, y esto se ve reflejado tanto en el aspecto médico como en el psicológico, aún cuando la sintomatología de las mujeres sea ligera o leve, mientras que los hombres buscan ayuda profesional sólo cuando su sintomatología es más alta.

Edad: Los datos relacionados con la edad muestran una inclinación a buscar ayuda profesional o fomal a medida que se incrementa la edad (Brown, 1978; Gurin, Veroff y Feld, 1960; Veroff, Kulka y Douvan, 1981).

Estatus socioeconómico: Algunos estudios mencionan que la conducta de búsqueda de ayuda no es atribuible sólo a consideraciones financieras (Ware, Manning, Duan, Wells y Newhouse, 1984), aunque algunos autores (Gurin et al., 1960; Srole, Langner, Michael, Opler y Rennie, 1962) han encontrado que las personas que tienen un buen nivel educativo y que además tienen altos ingresos están más dispuestas a buscar ayuda y a recibir tratamiento. En un estudio realizado por Veroff, Kulka y Douvan (1981) mencionan que de la mayoría de las personas entrevistadas, aquellas que tenían un nivel educativo más alto buscaban más ayuda profesional, del mismo modo se encontró que cuando las personas sufren de estrés buscan ayuda de fuentes más informales antes de recurrir con algún profesional de la salud. Esto sugiere que los efectos socioeconómicos son atribuibles primeramente a factores actitudinales ya que la actitud positiva hacia la búsqueda de ayuda está fuertemente relacionada con un estatus económico más alto (Fisher, Winer, y Abramowitz, 1983; Greenley y Mechanic, 1976). Lo que también coincide con este punto es que la educación está

relacionada con niveles más altos de bienestar subjetivo y con altos porcentajes de búsqueda de ayuda (Diener, 1984; Veroff, Douvan y Kulka, 1981).

3) Características del síntoma: Mechanic (1978, citado en Brannon y Feist, 1992) menciona que la visión que se tenga del síntoma, la severidad del cómo se perciba, cómo interfiere en la vida personal, la frecuencia y persistencia de cómo se presente determinará la búsqueda o no de ayuda.

4) Visión personal de la enfermedad: Esta visión va a depender de la información o conocimiento que se tenga acerca de la enfermedad y de las propias cogniciones del individuo que la padezca.

Pilisuk et al., (1987) mencionan que otro factor que parece determinar la búsqueda de ayuda es el *contexto social*, ellos examinaron la interacción del estrés vital y el apoyo social para predecir el uso adecuado de los servicios médicos. Estos autores concluyen que un gran apoyo como una relación marital satisfactoria y disponibilidad de confidentes fuera de la familia reduce el nivel de los cuidados de salud, ya que el apoyo funciona como un amortiguador del estrés (Cohen y Wills, 1985).

Estos datos sugieren que el bajo apoyo social contribuye a buscar ayuda porque las personas con un bajo apoyo han incrementado los niveles de estrés y cuentan con menor protección contra los efectos adversos de los eventos negativos de la vida. En contraste, algunos datos indican la manera en la cual una gran red social podría facilitar la búsqueda de ayuda.

Datos encontrados de un estudio realizado con mujeres divorciadas (Wilcox y Birkel, 1983) indicaron que las personas con grandes redes de trabajo buscaban menos ayuda profesional para problemas de depresión y buscaban más ayuda de un miembro de la familia. Otros datos sugieren que el apoyo social opera como reductor del estrés y quizá reduce la cantidad de búsqueda de ayuda profesional (Goodman et al., 1984; Pilisuk et al., 1987).

Dentro de esta búsqueda de ayuda se dice que el *estrés* juega un papel importante al relacionarse con los aspectos adversos de la vida (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), y algunos datos indican que los eventos negativos sirven como disparador de la conducta de búsqueda de ayuda.

La comparación de casos clínicos con sujetos control indicaron que los buscadores de ayuda han experimentado una gran cantidad de eventos negativos y muy pocos eventos positivos durante el año previo a la búsqueda de ayuda (Goodman, Sewell y Jampol, 1984; Greenley y Mechanic, 1976).

En un estudio realizado en una comunidad Dooley y Catalano (1984) encontraron que la medición de los eventos vitales estaba relacionada con la búsqueda de ayuda debido a problemas emocionales, de amigos y familiares (61%) y de médicos, psicoterapeutas o grupos de autoayuda (39%). Se debe recalcar que los eventos vitales incrementan la búsqueda de tratamiento médico (Pilisuk, Boylan y Accredolo, 1987; Ostrove y Baum, 1983).

Gortmaker, Eckenrode y Gore (1982) encontraron que cuando se pedía a los sujetos llevaran un registro diario durante un periodo de 28 días, se doblaba la probabilidad de utilizar un servicio de salud siempre y cuando el día anterior hubieran tenido un evento molesto, esto se daba aún cuando no se presentaran o reportaran síntomas físicos.

¿A quién solicitar ayuda?

Otra variable que interviene (Brannon y Feist, 1992) es saber elegir el profesional de la salud a quien se le va a pedir ayuda. Para las personas de clase media de los países industrializados la persona ideal a la que se debe pedir ayuda es un médico, sin embargo, existen otro tipo de personas que pueden brindar ayuda; por ejemplo, enfermeras, quiroprácticos, dentistas, nutriólogos y psicólogos, todos ellos ayudan al mantenimiento de la salud.

Cowen (1982) sugiere que la búsqueda de ayuda es relativamente baja cuando se trata de una ayuda formal (ayuda profesional), y que en cambio es más alta cuando se trata de fuentes más informales como el cónyuge, los amigos y la familia. Una combinación de búsqueda de ayuda de fuentes formales e informales también suele ser frecuente, Brown (1978) encontró que del 12% de las personas que se encontraban en una situación de estrés, sólo el 48% buscaban ayuda formal y el 40% ayuda informal. Aunque otros estudios realizados (McCrae, 1984; Norcross y Prochaska, 1986;

Stone y Neale, 1984; Veroff, Kulka y Douvan, 1981) encontraron que la búsqueda de ayuda informal es usada más frecuentemente cuando las personas estuvieron expuestas a eventos estresantes.

Lazarus y Folkman (1984), Moos y Billings (1982), Stone y Neale (1984) aseguran que no es claro si la búsqueda de ayuda es un afrontamiento basado en la emoción o en el problema, algunos estudios mencionan datos sobre esta preferencia de buscar o no ayuda. En un estudio realizado con estudiantes se encontró que cuando tenían que resolver problemas personales preferían en primer lugar a un amigo o pariente, en segundo lugar a un profesional (por ejemplo, un psicólogo o médico) y en último lugar a un profesor. En el estudio se indica que el 49% de los estudiantes preferían una forma de autoayuda, es decir, hablar con un amigo mientras que el 66% preferían ayuda profesional (Christensen y Magoon, 1974; Tinsley y Brown, 1982).

Veroff, Kulka y Douvan (1981) después de indagar sobre las posibles fuentes de ayuda en una comunidad, encontraron que cuando las personas tenían problemas o ciertas preocupaciones, la mayoría prefería un apoyo informal (como el de su pareja o sus amigos), y cuando se trataba de afrontar problemas que eran más persistentes el 46% mencionó buscar ayuda profesional, considerando dentro de esta ayuda profesional al médico (28%), el sacerdote (27%), el psicólogo o psiquiatra (22%) y otros profesionales de la salud (17%).

Rotter (1988 citado en Brannon y Feist, 1992) estudió la satisfacción que obtenían algunos pacientes después de visitar a sus respectivos médicos, y encontró que aquellos médicos que platicaban sobre temas no médicos con sus pacientes y que además se comportaban de una manera más abierta dejaban a sus pacientes más satisfechos que aquellos quienes parecían no interesarse en el paciente y que además su tono de voz parecía más agresivo.

Es claro que algunos factores que intervienen en la búsqueda de ayuda profesional son la edad, el género, estatus socioeconómico, la información que se tiene sobre la enfermedad, la actitud que se toma hacia ésta, el acceso a los servicios de salud; además de aquellas variables psicológicas como el modo de afrontar la enfermedad, el tipo de personalidad, el estilo de atribuciones, etc.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el locus de control y la búsqueda de ayuda profesional en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial?

HIPÓTESIS

Aquellas personas que estén orientadas hacia un locus de control interno buscarán más ayuda profesional para el tratamiento de su hipertensión en comparación con aquellas orientadas hacia la externalidad, particularmente en las dimensiones del poder de otros o la suerte.

VARIABLES

Variable Categorical: Búsqueda de ayuda

Variable Dependiente: Locus de Control

Definición Conceptual

Variable Categorical: Decisión que toma la persona sobre consultar a un profesional de la salud para recibir atención sobre un problema de salud (en este caso hipertensión).

(De Paulo, 1982).

Variable Dependiente: Predisposición a hacer un determinado tipo de atribuciones en el sentido de situar el control de la conducta fuera (locus de control externo, en este caso el orientado hacia el poder de otros o la suerte) o dentro del sujeto (locus de control interno).

(Valdés y Flores, 1985).

Definición Operacional

Variable Categorical: Es la respuesta que se obtiene a la pregunta ¿Ha buscado ayuda médica o profesional para el tratamiento de su hipertensión?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Variable Dependiente: Es el puntaje obtenido de los reactivos de la Escala de Locus de Control en Hipertensión (adaptación de la Escala Multidimensional de Locus de control en Salud, Wallston, Wallston y DeVellis, 1978, citado en Cooper y Fraboni, 1990).

OBJETIVO

Determinar si el locus de control que presentan los pacientes influye sobre la búsqueda de ayuda de personas con hipertensión arterial esencial.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental de tipo ex-post facto.

MÉTODO

Sujetos

Participaron 53 personas con Hipertensión Arterial Esencial que acudían a la Clínica de Medicina Familiar "Fuentes Brotantes" del ISSSTE (10 hombres y 43 mujeres), con un rango de edad entre los 30 y 50 años, los cuales fueron divididos en 2 grupos:

Grupo I: Personas con Hipertensión Arterial Esencial No Buscadores de Ayuda.

Grupo II: Personas con Hipertensión Arterial Esencial Buscadores de Ayuda.

Criterios de inclusión

- Grupo I:
- a) Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial, que no hayan buscado ayuda para este problema de salud.
 - b) Presentar Hipertensión Arterial Esencial con un periodo de evolución de por lo menos 6 meses.
 - c) Edad entre los 30 y 50 años.
- Grupo II:
- a) Personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial, que hayan buscado ayuda para este problema de salud.
 - b) Presentar Hipertensión Arterial Esencial con un periodo de evolución de por lo menos 6 meses.
 - c) Edad entre los 30 y 50 años.

Escenario

Área destinada a la prevaloración de los pacientes de la Clínica de Medicina Familiar "Fuentes Brotantes" del ISSSTE. Esta área consistía en un cubículo de 3 x 2.5 metros, con dos sillas y una mesa para la toma de presión de los pacientes.

Aparatos o Instrumentos

Formato de recepción y registro de la presión arterial (Programa Psicología de la Salud).

Este formato tiene la finalidad de obtener información demográfica (como: nombre, edad, peso, talla, escolaridad, ocupación y estado civil), y relacionada con la historia de la enfermedad (si ya fue diagnosticado, qué tratamiento(s) ha recibido y si actualmente está bajo tratamiento, el periodo de evolución y las cifras de tensión arterial actuales), se pregunta además sobre la presencia de síntomas, el uso de anticonceptivos, antecedentes familiares, factores de riesgo y otros problemas de salud (con el objeto de descartar pacientes que presenten hipertensión secundaria).

A este formato se le añadieron 6 preguntas relacionadas con la búsqueda de ayuda, el tipo de tratamiento y la interrupción del mismo (Ver anexo).

Escala de Locus de Control para Hipertensión (Wallston, Wallston y DeVellis, 1978, citado en Cooper y Fraboni, 1990).

Esta escala es una adaptación de la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (Wallston, Wallston y DeVellis 1978), la diferencia respecto a la de Wallston está en haber sustituido el término salud por el de hipertensión o el de presión alta, de este modo la escala permite determinar si el sujeto cree que puede llegar a influir sobre su hipertensión (locus de control interno), o si ésta escapa a su control personal, dependiendo de las acciones de otras personas (locus de control situado en el poder de otros), o si depende del azar (locus de control situado en la suerte).

La escala consta de 36 reactivos (13 reactivos de internalidad, 12 del Poder de Otros y 11 de la Suerte), y se contesta empleando una escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 ("Totalmente en desacuerdo") a 5 (Totalmente de acuerdo") (Ver anexo).

Para fines del estudio se realizó un análisis de confiabilidad de las subescalas del instrumento, la descripción de este análisis se incluye en el anexo.

Equipo de somatometría.

Este equipo sirve para la obtención de datos como peso, temperatura, talla, pulso, y presión arterial, y consiste en:

Esfignomanómetro. Manguito compresor tamaño adulto, manómetro para medir los cambios de presión, en este caso fue de tipo mercurial, y pera de insuflación.

Estetoscopio. Estetoscopio biauricular de tallo flexible, de 1 manguera, y una campana para adulto.

Báscula estadimetro. Base hidráulica para equilibrar el peso y altímetro.

Termómetro. Para la finalidad del estudio no fue utilizado.

(Martínez-Cervantes, 1995).

Procedimiento

A todos los sujetos antes de entrar a consulta médica u odontológica, se les pedía que pasaran al área de prevaloración. En este lugar se les preguntaba si eran hipertensos, si contestaban de manera

afirmativa se les media la presión en dos ocasiones con el método de Korotkow¹, con un intervalo de dos minutos entre cada registro.

Al finalizar las dos tomas de presión se pasaban a la báscula estadímetro para medirlos y pesarlos. Una vez confirmado el diagnóstico de hipertensión se les pedía que contestaran a las preguntas del **Formato de Recepción y Registro de la Presión Arterial** para identificar a aquellos pacientes que no cubrieran los requisitos de inclusión mediante la obtención de datos demográficos y con aspectos relacionados con la enfermedad. En este formato se cuestiona a los pacientes acerca de si han buscado ayuda o no para su problema de hipertensión, y es a partir de esta selección que los grupos quedan conformados de la siguiente forma:

Grupo I: 24 personas que no han buscado ayuda para su hipertensión.

Grupo II: 29 personas que si han buscado ayuda para su hipertensión.

A los pacientes que cubrían los requisitos de inclusión se les pedía contestaran la Escala de Locus de Control en Hipertensión y posteriormente se les daba una pequeña explicación acerca de su enfermedad. Todo esto se llevaba a cabo en una sesión que duraba de 25 a 30 minutos.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS para Windows versión 5.0.1. con el objeto de establecer las diferencias entre el grupo de buscadores y no buscadores de ayuda con respecto al locus de control interno, del poder de otros o de la suerte, mediante el empleo de la prueba U de Mann-Whitney.

¹ Este método consiste en solicitarle al paciente permanezca sentado por lo menos 5 minutos antes de realizar su toma de presión. Se coloca el brazo izquierdo recargado sobre una mesa para que quede a nivel del corazón, se localiza la arteria humeral, se coloca el manguito, el estetoscopio y se insufla con el objeto de conocer las cifras de presión.

RESULTADOS

Datos demográficos

El Grupo I (No buscadores de ayuda) estuvo compuesto por 24 pacientes, 21 mujeres y 3 hombres; el 37.5% trabajan, el 50% se dedicaba al hogar, el 4.16% estudiaban y el 8.33% trabajaban y estudiaban. En cuanto a su estado civil 16 eran casados, 1 soltero, 1 separado, 4 vivían en unión libre y 2 viudos; la edad promedio fue de 45.79 años; con un promedio de escolaridad de 7.79 años (Tabla 3).

El Grupo II (Buscadores de ayuda) estuvo compuesto por 29 pacientes, 22 mujeres y 7 hombres; el 72.41% trabajaban y el 27.58% se dedicaba al hogar. Con respecto a su estado civil 25 eran casados, 2 separados y 2 viudos; la edad promedio era de 48.68 años; un promedio de escolaridad de 8.41 años (Tabla 3).

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las variables ocupación ($\chi^2 = 8.6$, $p < 0.05$), y edad ($t = -2.21$, $p < 0.05$).

Tabla 3. Datos sociodemográficos.

Grupo	Sexo		Ocupación				Estado Civil					Edad	Escolaridad	
	M	F	T	H	E	O	C	S	D	Se	UL			V
I	3	21	9	12	1	2	16	1	0	1	4	2	$\bar{x} = 45.79$ S.D. = 5.96	$\bar{x} = 7.79$ S.D. = 2.93
II	7	22	21	8	0	0	25	0	0	2	0	2	$\bar{x} = 48.68$ S.D. = 2.59	$\bar{x} = 8.41$ S.D. = 4.04
	$\chi^2 = 1.82$ g.l. = 1 n.s.		$\chi^2 = 8.6$ g.l. = 3 $p < 0.05$				$\chi^2 = 7.32$ g.l. = 5 n.s.					$t = -2.21$ $p = 0.035$	$t = -0.65$ n.s.	

(Sexo, M = Masculino, F = Femenino; Ocupación, H = Hogar, T = Trabaja, E = Estudia, O = Otro; Estado civil, C = Casado, S = Soltero, D = Divorciado, Se = Separado, UL = Unión libre, V = Viudo).
n.s. = no significativo.

Con respecto a los datos clínicos no se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas variables (Tabla 4).

Tabla 4. Datos clínicos.

Grupo	Peso	Talla	Período evaluación*
I	\bar{x} = 70.60 S.D. = 12.42	\bar{x} = 1.56 S.D. = .076	\bar{x} = 57.33 S.D. = 54.22
II	\bar{x} = 77.13 S.D. = 20.60	\bar{x} = 1.55 S.D. = .097	\bar{x} = 76.00 S.D. = 65.12
	t = -1.42 n.s.	t = 0.58 n.s.	t = -1.14 n.s.

(* En meses).
n.s. = no significativo.

Hipertensión y búsqueda de ayuda

Al comparar las cifras de tensión arterial se encontraron diferencias significativas en la tensión arterial diastólica ($t = 2.51$, $p < 0.05$) entre los grupos (Tabla 5).

Tabla 5. Promedios de la Tensión Arterial.

Grupo	T.A. Sistólica	T.A. Diastólica
I	\bar{x} = 137.34 S.D. = 12.56	\bar{x} = 88.21 S.D. = 7.06
II	\bar{x} = 132.52 S.D. = 18.49	\bar{x} = 82.52 S.D. = 9.40
	t = 1.12 n.s.	t = 2.51 p = 0.015

n.s. = no significativo.

Locus de control y búsqueda de ayuda

Con el objeto de identificar las diferencias entre los grupos y su orientación hacia el locus de control se realizó una U de Mann-Whitney.

El análisis mostró que no existían diferencias significativas en el locus de control interno ($z = -.7326$, $p < .4638$), locus de control basado en el poder de otros ($z = -1.0721$, $p < .2837$) y en el locus de control orientado hacia la suerte ($z = -.1966$, $p < .8442$) entre los dos grupos (Tabla 6).

Tabla 6. Rangos Medios de las subescalas de la Escala de Locus de Control por grupo de estudio.

Grupo / Locus de control	Internalidad	Poder de otros	Suerte
I	RM - 28.71	RM - 24.50	RM - 27.46
II	RM - 25.59	RM - 29.07	RM - 26.62
	$z = -.7326$ $p < .4638$ n.s.	$z = -1.0721$ $p < .2837$ n.s.	$z = -.1966$ $p < .8442$ n.s.

RM - Rango medio
n.s. - no significativo

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito del presente estudio fue determinar si existía relación entre el locus de control y la búsqueda de ayuda en pacientes con hipertensión arterial esencial, es decir, se planteaba que aquellas personas que estuvieran orientadas hacia un locus de control interno estarían más dispuestas a pedir información y atención médica sobre su enfermedad, tal y como lo señalaba Wallston, et al. (1976). Del mismo modo las personas orientadas hacia la externalidad (poder de otros o la suerte) buscarían menos este tipo de ayuda.

Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas con respecto a la orientación hacia el locus de control de los pacientes hipertensos entrevistados, por lo tanto se concluye que *en estos pacientes el locus de control no es una variable determinante en la búsqueda o no de ayuda profesional*. Los datos obtenidos no apoyan lo encontrado por autores como Seeman y Evans (1962) quienes mencionan que las personas orientadas internamente se consideran mejores buscadores de ayuda, respondiendo por lo tanto mucho mejor a la enfermedad. Sin embargo los datos confirman lo encontrado por Manuck, Hinrichsen y Ross (1975a, 1975) que mencionan que la búsqueda de ayuda no se encuentra influenciada por la orientación del locus de control que presenten los pacientes cuando están sometidos a situaciones estresantes. Sin embargo, se encuentran diferencias cuando los pacientes no están sometidos a estrés.

En la investigación realizada por estos autores los individuos orientados externamente presentaban niveles de ansiedad más altos y buscaban más ayuda cuando no se encontraban en situaciones estresantes, razón por la cual se sugiere que en trabajos futuros se compare el grupo de hipertensos con un grupo control, es decir con personas que no sufran hipertensión, con el objeto de compararlos respecto al locus de control y la búsqueda de ayuda, se recomienda que esto se realice con la aplicación de la Escala de Locus de Control en Salud, para determinar si las diferencias encontradas por estas investigaciones son provocadas por el tipo de enfermedad, es decir, que sea crónica-degenerativa o aguda.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al mencionar el tipo de enfermedad también es importante mencionar que la hipertensión arterial esencial es un problema asintomático, por lo tanto los pacientes no se perciben como realmente enfermos puesto que no presentan síntomas, esta es una variable que puede haber influenciado también en la búsqueda o no de ayuda, ya que si no se presenta dolor o molestias se piensa que no es importante asistir al médico.

Los resultados muestran que el locus de control no es la única variable involucrada en la toma de decisión de buscar ayuda profesional. Al comparar los grupos con respecto a la búsqueda de ayuda se pudo distinguir que las *personas que trabajan buscan más ayuda que aquellas que se dedicaban al hogar*. Esto quizá se deba a que cuentan con mayor solvencia económica como para consultar a un médico u otro profesional de la salud o que cuentan con el servicio médico debido a su empleo, es probable que esta sea la razón por la cual los *buscadores de ayuda presentan cifras de tensión arterial diastólica más bajas* que aquellos que no solicitan ayuda.

En este mismo grupo (buscadores de ayuda) se encontró que el promedio de edad era mayor, es decir que *a medida que la edad incrementa las personas se ven más interesadas en solicitar atención médica*, estos datos apoyan lo encontrado por Brown (1978); Veroff, Kulka y Douvan (1981), quienes mencionan que a medida que la edad aumenta las personas se encuentran más habilitadas para afrontarse con problemas y solicitar apoyo de su comunidad, apoyo médico, de familiares, etc.

Con estos datos se concluye que la orientación de las personas hacia un locus de control específico no parece estar asociado con la búsqueda o no de ayuda médica, al menos en la hipertensión arterial esencial, quizá influyan otros factores como la edad, el género, las cifras de presión, la historia personal del individuo, la visión que se tenga de la enfermedad, etc.

Se sugiere que para futuras investigaciones donde se pretendan conocer datos relacionados con el locus de control se establezcan nuevas relaciones con otras variables como los estilos de afrontamiento, la personalidad tipo A, etc.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este tipo de investigación puede ser relevante con el objeto de conocer determinadas características de pacientes que padecen hipertensión arterial esencial o para la creación de programas de prevención y tratamiento de la hipertensión, con la finalidad de que se modifiquen las actitudes hacia salud y la población busque y este mejor informada acerca de sus enfermedades e interesada en mantener su salud.

REFERENCIAS

- Anderson, C. R. (1977) Locus of control, coping behaviors and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62, 446-451.
- Argüero, R. y Badui, E. (1985) Hipertensión Arterial en México. En: A.V. Arellano (Comp.) *La Salud en México y la Investigación Clínica*. UNAM.
- Auerbach, S. M., Kendall, P. C., Cuttler, H. F. y Levitt, N. R. (1976) Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 809-818.
- Berki, S. E. y Ashcraft, M. L. (1979) On the analysis of ambulatory utilization: An investigation of the roles of need, access and price as predictors of illness and preventive visits. *Medical Care*, 17(1) 163.
- Brannon, L. y Feist, J. (1992) *Health Psychology*. Wadsworth Publishing Company: Belmont, California.
- Brown, B. B. (1978) Social and psychological correlates of help-seeking behavior among urban adults. *American Journal of Community Psychology*, 6, 425-439.
- Cadwall, R. A., Pearson, J. L. y Chin, R. J. (1987) The stress moderating effects of social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 5-17.
- Casey, T. A., Kingery, P. M., Bowden, R. G. y Corbett, B. S. (1993) An investigation of the factor structure of the multidimensional health locus of control scales in a health promotion program. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 491-498.

REFERENCIAS

- Chávez, D. R. (1986) La hipertensión arterial y el procedimiento en las encuestas. Estudios encasados al control del padecimiento. *Archivo del Instituto de Cardiología en México*, 56, 453-458.
- Christensen, K. C. y Magoon, T. M. (1974). Perceived hierarchy of help-giving sources for two categories of student problems. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 311-324.
- Coan, R. W. (1973) Personality variables associated with cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 86-104.
- Cohen, S. y Edwards, J. R. (1988) *Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder*. In R. W. J. Neufeld. *Advances in the Investigation of Psychological Stress*. New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Comité de Expertos de la OMS (1978) Hipertensión Arterial. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos 628. Ginebra 8-11.
- Cooper, D. y Fraboni, M. (1990) Psychometric study of forms A and B of the Multidimensional Health Locus of Control Scale. *Psychological Reports*, 66, 859-864.
- Cowen, E. L. (1982) Help is where you find it: Four informal helping groups. *American Psychologist*, 37, 385-395.
- Cromwell, R. L., Butterfield, E. C., Brayfield, F. M., y Curry, J. J. (1977) *Acute myocardial infarction*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Danaher, B. G. (1977) Rapid smoking and self-control in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1068-1075.

REFERENCIAS

- DePaulo, B. M. (1982) Social psychological processes in informal help-seeking. In T.A. Wills (Ed.), *Basic processes in helping relationships*. New York: Academic Press.
- DePaulo, B. M., Brittingham, G. L., y Kaiser, M. K. (1983) Receiving competence-relevant help: Effects on reciprocity, affect, and sensitivity to helper's nonverbally expressed needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1045-1060.
- DePaulo, B. M., Nadler, A., y Fisher, J. D. (Eds.) (1983) *New directions in helping: Vol. 2. Help-seeking*. New York: Academic Press.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Gorman, P., Dattel, M., McCloskey, B., Oscar, G. y Briggs, J. (1982) Perceived self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in end-stage renal diseases. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 241-244.
- Diener, E. (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dooley, D., y Catalano, R. (1984) Why the economy predicts help-seeking: A test of competing explanations. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 160-176.
- Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993) Hipertensión Arterial. Dirección General de Epidemiología/Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" Secretaría de Salud. México, 16-19.
- Fisher, E. H., Winner, D., y Abramowitz, S. I. (1983) Seeking professional help for psychological problems. In A. Nadler, J. D. Fisher, y B. M. DePaulo (Eds.), *New directions in helping* (Vol. 3, pp. 163-185). New York: Academic Press.
- Goodman, S. H., Sewell, D. R., y Jampol, R. C. (1984) Contributions of life stress and social supports to the decision to seek psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 306-313.

REFERENCIAS

- Gortmaker, S. L., Eckenrode, J., y Gore, S. (1982) Stress an the utilization of health services: Time series and cross-sectional analyses. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 25-38.
- Greenley, J. R. , y Mechanic, D. (1976) Social selection in seeking help for psychological problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 249-262.
- Grossman, E., Oren, S., Garavaglia, G. Schneider Rand Messerti, F. H. (1989) Disparate hemodynamic and sympathoadrenergic responses to isometric and mental stress in essential hypertension. *American Journal of Cardiology*, 64, 42-44.
- Gurin, G., Veroff, J. B., y Feld, S. C. (1960) *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Hernández y Hernández, H.(1991) *Hipertensión Arterial. Experiencia y Actualización*. México: Instituto Syntex.
- James, W. H., Woodruff, A. B., y Werner, W. (1965) Effect of internal and external control upon changes in smoking behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 184-186.
- Johnson, J. H. y Sarason, I. G. (1978) Life, stress, depression and anxiety: Internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.
- Johnston, D. y Steptoe, A. (1989) Hypertension. En Wardle, J. Y Pearce, S. *The Practice of Behavioural Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Joint National Comitée. The 1988 report of the Joint National Comitée on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch. Intern. Med.*, 148.
- Kedushin, C. (1969) *Why people go to the psyquiatrists*. New York: Atherton.
- Kaplan, N. M. (1990) *Manejo de la Hipertensión*. Dallas: Essential Medical Information Systems.

REFERENCIAS

- Kobasa, S. C. (1979) Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- La Rosa, J. (1985) *Escala de Locus de Control. Construcción y Validación*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lefcourt, H. M. (1982) *Locus of control: Current trends in theory and research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lefcourt, H. M. y Martin, R. A. (1986) *Humor and stress: Antidote to adversity*. New York: Springer-Verlag.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Lichtenstein, E., y Keutzer, C. S. (1967) Further normative and correlational data on the internal-external (I-E) control of reinforcement scale. *Psychological Reports*, 21, 1014-1016.
- Manuck, S. B., Hinrichsen, J. J. y Ross, E. O. (1975a) Life, stress, locus of control, and state and trait anxiety. *Psychological Reports*, 36, 413-414.
- Manuck, S. B., Hinrichsen, J. J. y Ross, E. O. (1975b) Life stress, locus of control and treatment-seeking. *Psychological Reports*, 37, 589-590.
- Marshall, G. N. (1991) A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: Separating the wheat from the chaff? *Journal of personality and Social Psychology*, 61 (3), 483-491.

REFERENCIAS

- Martínez, F. R. (1994, Octubre) *Definición y clasificación*. Semana de Hipertensión. Centro Médico Nacional Siglo XXI. México. D.F.
- Martínez Cervantes, L. (1985) *Clínica propedéutica médica*. México: Francisco Méndez Oteo.
- Maxwell, M. H., Kushiro, T., Dornfield, L. P., Tuck, M. L. y Wacks, A. U. (1984) Blood Pressure Changes in Obese Hypertensive Subjects during Rapid Weight Loss: Comparison of Restricted vs Unchanged Salt Intake. *Archives of Internal Medicine*, 144, 1581-1584.
- McCrae, R. R. (1984) Situational determinants of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McKinlay, J. B. (1972) Some approaches and problems in the use of services. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 115-152.
- Moos, R. H., y Billings, A. G. (1982) Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress*. New York: Macmillan.
- Nadler, A., Fisher, J. D., y DePaulo, B. M. (1983) *New directions in helping: Vol. 3. Applied perspectives on help-seeking and receiving*. New York: Academic Press.
- Norcross, J. C., y Prochaska, J. D. (1986) The psychological distress and self-change of psychologists, counselors, and laypersons. *Psychotherapy*, 23, 102-114.
- Ostrove, N., y Baum, A. (1983). Factors influencing medical help-seeking. In Nadler, A., Fisher, J. D., y DePaulo, B. M. (1983) *New directions in helping: Vol. 3. Applied perspectives on help-seeking and receiving*. New York: Academic Press.
- Parkes, K. R. (1984) Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 655-668.

- Patel, C. (1984) A Relaxation-Centered Behavioural Passsckage for Reducing Hypertension. En Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N. y Weiss, S. (Eds). *Behavioral Health*. Wiley-Interscience.
- Pilisuk, M., Boylan, R., y Acredolo, C. (1987) Social support, life stress, and subsequent medical care utilization. *Health Psychology*, 6, 273-288.
- Poll, I. B. y Kaplan De-Nour, A. (1980) Locus of control and adjustment to chronic hemodialysis. *Psychological Medicine*, 10, 153-157.
- Revilla, L. (1991) *Monografías clínicas en Atención Primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. España: Doyma.
- Ruilope, L. M. (1990) Diagnóstico diferencial de la hipertensión arterial secundaria. *Rev. Esp. Cardiología* 43(1).
- Secretaría de Salud (1995) <http://www.ssa.gob.mx/estadis/vital95/vital/cuadro4.html>
- Seeman, M. y Evans, J. W. (1962) Alienation and learning in a hospital setting. *American Sociological Review*, 27, 772-783.
- Seeman, M. y Seeman, T. E. (1983) Health behavior and personal autonomy: A longitudinal study of the sense of control in illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 144-160.
- Shaper, A. G., Walker, M., Cohen, N. M., Wale, C. J. y Thompson, A. (1981) British Regional Heart Study: Cardiovascular Risk Factors in Middle-Aged men in 24 Towns. *British Medical Journal*, 233, 170-186.
- Shadish, W. R., Hickman, D., y Arrick, M. C. (1981) Psychological problems of spinal cord injury patients: Emotional distress as a function of time and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 297.

REFERENCIAS

- Silver, P., y Auerbach, S. M. (1986) *Locus of control and coping processes*. Unpublished raw data.
- Silver, P., Auerbach, S. M., Vishniavsky, N., y Kaplowitz, L. G. (1986) Psychological factors in recurrent genital herpes infection: Stress, coping style, social support, emotional dysfunction, and symptom recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 163-171.
- Simpson-Housley, P. y Bradshaw, P. (1978) Personality and the perception of earthquake hazard. *Australian Geographical Studies*, 16, 65-72.
- Sims, J. y Baumann, D. (1972) The tornado threat and coping styles of the north and south. *Science*, 176, 1386-1392.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., y Avitzur, E. (1988) Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285..
- Sonstroem, R. J. y Walker, M. I. (1973) Relation of attitudes and locus of control to exercise and physical fitness. *Perceptual and Motor Skills*, 36, 1031-1034.
- Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Opler, M. K., y Rennie, T. A. (1962) *Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan study*. New York: McGraw-Hill.
- Steffy, R. A., Meichenbaum, D., y Best, J. A. (1970) Aversive and cognitive factors in the modification of smoking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 8, 115-125.
- Stone, A. A., y Neale, J. M. (1984) New measure of daily coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Stone, G.C., Cohen, F. y Adler, N.E. (1979) *Health Psychology*. San Francisco: Josey-Bass.
- Straits, B. C., y Sechrest, L. (1963) Further support of some findings about characteristics of smokers and non-smokers. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 282.

- Strentz, T., y Auerbach, S.M. (1988) Adjustment to the stress of simulated captivity: Effects of emotion-focused versus problem-focused preparation on hostages differing in locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 652-660.
- Strickland, B. R. (1978) Internal-External Expectancies and Health-Related Behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), 1192-1211.
- Tinsley, H. E. A., de St. Aubin, T. M., y Brown, M. T. (1982). College students' help-seeking preferences. *Journal of counseling Psychology*, 29, 523-533.
- Valdés M. y Flores, T. (1985) *Psicobiología del Estrés*. México: Martínez Roca.
- Veroff, J. B., Kulka, R. A., y Douvan, E. (1981). *Mental health in America: Patterns of help-seeking 1957-1976*. New York: Basic Books.
- Wallston, K. A., Maides, S. A. y Wallston, B. S. (1976) Health-related information seeking as a function of health related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10, 215-222.
- Wallston, K. A., Wallston B. S., Kaplan G. D. y Maides, S. A. (1976) Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (4), 580-585.
- Wallston, K. A. y Wallston, B. S. (1981) Health locus of control scales. In H.M. Lefcourt. *Research with the Locus of Control Construct*. New York: Academic Press.
- Ware, J. E., Jr., Manning, W. G., Jr., Duan, N., Wells, K. B., y Newhouse, J. P. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39, 1090-1100.
- Weiss, S. M. (1988) Stress management in the treatment of hypertension. *American Heart Journal*, 116, 645-649.

REFERENCIAS

- Wilcox, B. L., y Birkel, R.C. (1983) Social networks and the help-seeking process: A structural perspective. In Nadler, A., Fisher, J. D., y DePaulo, B. M. (1983) *New directions in helping: Vol. 3. Applied perspectives on help-seeking and receiving*. New York: Academic Press.
- Williams, A. F. (1972) Factors associated with seat belt use in families. *Journal of Safety Research*, 4, 133-138.
- Williams, A. F. (1973) Personality and other characteristics associated with cigarette smoking among young teenagers. *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 374-380.

ANEXO

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL EN HIPERTENSIÓN

Con el objeto de que la medición incorrecta del locus de control no invalidara la investigación, por el hecho de haber realizado una adaptación de la Escala de Locus de Control en Salud, se realizó el análisis de confiabilidad para cada una de las subescalas de la Escala de Locus de Control en Hipertensión por medio de una Alpha de Cronbach.

En la subescala de *locus de control interno* se obtuvo un alfa de .8183 con 8 de los ítem (Tabla 6).

Tabla 6. Ítems de la subescala de internalidad.

No. ítem	Ítems de la subescala de internalidad
6	Yo controlo mi hipertensión
8	Cuando me sube la presión es por mi culpa
12	Yo mismo(a) soy la causa principal de mi hipertensión
18	La verdad es que yo mismo(a) puedo evitar que me suba la presión
19	Si mi presión se eleva, yo puedo bajarla
24	Yo soy el/lla responsable directo(a) de mi hipertensión
26	Sea lo que sea, por lo que me suba la presión, es mi culpa
31	Cuando tengo presión alta, sé que es porque no he cuidado de mí correctamente

En la subescala de locus de control basado en el poder de otros se obtuvo un alfa de .7526 (Tabla 7).

Tabla 7. Items de la subescala el poder de otros.

No. ítem	Items de la subescala del poder de otros
3	La mejor manera de evitar que la presión se eleve es visitando regularmente a un médico
10	El control de mi presión depende mucho de las acciones de médicos u otros profesionales de la salud
17	En lo que se refiere a mi presión, sólo puedo hacer lo que el doctor me dice que haga
21	Si yo consulto a un excelente doctor regularmente, es más difícil que mi presión suba
23	Sólo puedo evitar mi hipertensión consultando a un buen profesional de la salud (médico o psicólogo)
32	El tipo de cuidados que yo reciba de otras personas es lo que determina que tan pronto me recupere
36	Seguir al pie de la letra las ordenes del doctor es la mejor manera de prevenir la hipertensión

En la subescala de *locus de control basado en la suerte* se incluyeron 8 de los 11 reactivos de los que originalmente conformaban la subescala con lo cual la confiabilidad obtenida fue de un alfa de .8066 (Tabla 8).

Tabla 8. Items de la subescala de la suerte.

No. ítem	Items de la subescala de la suerte
2	No importa lo que haga, si me va a subir la presión, me subirá
4	La mayoría de las cosas que hacen que mi presión se eleve, suceden por mala suerte
9	La suerte tiene mucho que ver en que tan pronto se normalice mi presión
11	Cuando no me sube la presión es cuestión de buena suerte
15	No importa lo que haga, de todos modos me sube la presión
20	A menudo siento que no importa lo que haga, si mi presión va a subir, tendré presión alta
29	Cuando no tengo la presión alta, tengo suerte
34	Cuando mi presión sube, es cosa del destino

Con los datos obtenidos se tuvo la seguridad de que la información aportada por el análisis no reflejaría problemas en los resultados del estudio.

FORMATO DE RECEPCION Y REGISTRO DE LA PRESION ARTERIAL

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ EDO. CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

Diagnóstico: _____ T.A. _____

Tratamiento: _____

Periodo de evolución: _____

Síntomas acompañantes:

- | | | |
|----------------|---------------------|------------------------------|
| 1) Cefalea | 2) Hemorragia nasal | 3) Hemorragia subconjuntival |
| 4) Acúfenos | 5) Vértigo | 6) Mareo |
| 7) Somnolencia | 8) Otros: _____ | |

Uso de anticonceptivos orales: SI () NO ()

Antecedentes familiares de hipertensión: SI () NO () ¿Quiénes? _____

Factores higiénico-dietéticos:

- | | |
|------------------------|------------------------------------|
| 1) Obesidad | 2) Alcoholismo |
| 3) Tabaquismo | 4) Sedentarismo |
| 5) Alto consumo de sal | 6) Alto consumo de grasas animales |

Problemas de salud:

- | | | |
|-------------------|----------------------|----------------------------|
| 1) Diabetes | 2) Problemas renales | 3) Infección urinaria |
| 4) Hipotiroidismo | 5) Hipertensión | 6) Problemas psiquiátricos |
| 7) Otros: _____ | | |

¿Buscó ayuda médica para controlar su hipertensión? SI () NO ()

¿A quién? _____

¿Ha recibido tratamiento? SI () NO ()

¿Qué tipo de tratamiento? _____

¿Ha interrumpido alguna vez su tratamiento? SI () NO ()

Si es así, ¿Por qué? _____

HLOC-ESCALA DE LOCUS DE CONTROL EN HIPERTENSION.

Nombre _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario diseñado para determinar la manera en la que las personas opinan sobre ciertos aspectos relacionados con la **HIPERTENSION**. Cada reactivo es una opinión con la cual usted quizá este de acuerdo o en desacuerdo. Además cada enunciado tiene una escala que va desde totalmente en desacuerdo "1" hasta totalmente de acuerdo "5"

Para cada reactivo nos gustaría que TACHARA el número que represente la tendencia con la cual este de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado. Por favor asegúrese de su respuesta en cada reactivo y tache solo un número por cada enunciado. Este es un cuestionario de sus opiniones personales de manera que no hay respuestas correctas o incorrectas

- 1 = Totalmente en desacuerdo**
2 = Moderadamente en desacuerdo
3 = Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
4 = Moderadamente de acuerdo
5 = Totalmente de acuerdo

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Si tengo la presión alta, es mi propia conducta la que determina que tan rápido se normalice | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No importa lo que haga, si me va a subir la presión, me subirá | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La mejor manera de evitar que la presión se eleve es visitando regularmente a un médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La mayoría de las cosas que hacen que mi presión se eleve, suceden por mala suerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Siempre que me sube la presión, yo debería de consultar a un médico o a un profesional de la salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Yo controlo mi hipertensión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Mi familia tiene mucho que ver con que me suba o no la presión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando me sube la presión es por mi culpa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. La suerte tiene mucho que ver en que tan pronto se normalice mi presión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. El control de mi presión depende mucho de las acciones de médicos u otros profesionales de la salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Cuando no me sube la presión es cuestión de buena suerte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Yo mismo(a) soy la causa principal de mi hipertensión	1	2	3	4	5
13. Si cuido de mí, puedo evitar que mi presión se eleve	1	2	3	4	5
14. Cuando me recuperé de la presión, es usualmente porque otras personas (por ejemplo, médicos, enfermeras, familia, amigos) me han cuidado bien	1	2	3	4	5
15. No importa lo que haga, de todos modos me sube la presión	1	2	3	4	5
16. Si tomo las acciones correctas, puedo evitar que mi presión suba	1	2	3	4	5
17. En lo que se refiere a mi presión, solo puedo hacer lo que el doctor me dice que haga	1	2	3	4	5
18. La verdad es que yo mismo(a) puedo evitar que me suba la presión	1	2	3	4	5
19. Si mi presión se eleva, yo puedo bajarla	1	2	3	4	5
20. A menudo siento que no importa lo que haga, si mi presión va a subir, tendré presión alta	1	2	3	4	5
21. Si yo consulto a un excelente doctor regularmente, es más difícil que mi presión suba	1	2	3	4	5
22. Los acontecimientos accidentales parecen influir sobre mis cifras de presión	1	2	3	4	5
23. Sólo puedo evitar mi hipertensión consultando a un buen profesional de la salud (médico o psicólogo)	1	2	3	4	5
24. Yo soy el/la responsable directo(a) de mi hipertensión	1	2	3	4	5
25. Otras personas tienen mucho que ver en que me suba o no la presión	1	2	3	4	5
26. Sea lo que sea, por lo que me suba la presión, es mi culpa	1	2	3	4	5
27. Cuando mi presión sube, yo dejo que las cosas sigan su rumbo	1	2	3	4	5
28. Los profesionales de la salud cuidan que no suba mi presión	1	2	3	4	5
29. Cuando no tengo la presión alta, tengo suerte	1	2	3	4	5
30. El que no suba mi presión depende de que tan bien me cuide	1	2	3	4	5
31. Cuando tengo presión alta, sé que es porque no he cuidado de mí correctamente	1	2	3	4	5
32. El tipo de cuidados que yo reciba de otras personas es lo que determina que tan pronto me recupere	1	2	3	4	5
33. Aun cuando me cuide, es fácil que mi presión suba	1	2	3	4	5
34. Cuando mi presión sube, es cosa del destino	1	2	3	4	5
35. Yo puedo hacer mucho para evitar que mi presión suba cuidándome bien	1	2	3	4	5
36. Seguir al pie de la letra las ordenes del doctor es la mejor manera de prevenir la hipertensión	1	2	3	4	5

HLOC-ESCALA DE LOCUS DE CONTROL EN HIPERTENSION

FORMATO DE CALIFICACION

Nombre _____ Fecha _____

LOCUS DE CONTROL	REACTIVOS/CALIFICACION								PUNTAJE BRUTO	PROMEDIO	PORCENTAJE RELATIVO
I=Internalidad	1/	6/	8/	12/	13/	16/	18/		/13		
	19/	24/	26/	30/	31/	35/					
P=Poder de otros	3/	5/	7/	10/	14/	17/	21/		/12		
	23/	25/	28/	32/	36/						
C=Fortuna o Suerte	2/	4/	9/	11/	15/	20/	22/		/11		
	27/	29/	33/	34/							
									TOTAL		

CALIFICACION

Puntaje Bruto Suma de las calificaciones de cada reactivo correspondiente a cada locus de control

Promedio Es el resultado del puntaje bruto entre el número de reactivos

Porcentaje Relativo División de cada promedio entre la suma total de los promedios y multiplicado por 100

OBSERVACIONES _____
