



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MUJERES:
ANÁLISIS DE PREDICTORES EN EVENTOS
ESTRESANTES Y CALIDAD DE VIDA**

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
OSCAR GALINDO VÁZQUEZ

DIRECTOR: MTRO. JUAN JIMÉNEZ FLORES

**COMITE DE TESIS: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO
MTRA. SILVIA A. TAFOYA RAMOS
LIC. MIGUEL A. MARTINEZ BAROJAS
MTRO. ALEJANDRO BALDERAS GONZALES**

MEXICO

MARZO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatorias

A Dios y a la Vida por las bendiciones y momentos felices
que llenan mi vida de luz.

Para Leonilo y Celia, bastiones de mi vida
con mucho amor.

A mi padre Leonilo, gracias por estar conmigo en los momentos más difíciles,
por su apoyo incondicional y fortaleza que me motivan a seguir adelante.

A mi madre Celia, gracias por darme la vida, por su gran cariño y comprensión,
por la alegría y fortaleza, que me hacen ser feliz.

A mis hermanas Maricela y Mireya, sinónimo de fortaleza

A mis sobrinas Berenice y Brenda que tanto quiero,
que son fuente de alegría y felicidad.

A la familia Galindo Reyes, por el apoyo y la confianza depositada que tanto agradezco.

A la Universidad Nacional Autónoma de México
Por el privilegio de estudiar en sus aulas y por permitirme
formarme en un ambiente científico de responsabilidad social.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Por la oportunidad de brindarme un espacio de formación académica
la cual me permite ser un individuo útil para la sociedad.

Al Mtro. Juan Jiménez Flores, por su apoyo y comprensión.
Gracias por todas las enseñanzas, atención y contribución a la psicología

Al Prof. José Alberto Hidalgo Arias, gracias por su comprensión y apoyo.
Depositario de gran visión, amistad y profesionalismo.

Un agradecimiento especial a la Mtra. Bertha Ramos Del Río.
Por su apoyo incondicional, lucidez, enseñanzas y aportación a la Psicología.

A la Mtra. Silvia Aracely Tafoya Ramos
Por sus comentarios, sugerencias y atención brindada en todo momento.

Al Lic. Miguel Ángel Barojas Martínez
Por su paciencia y retroalimentación de ideas.

Al Mtro. Alejandro Balderas González
Por su apoyo, sugerencias y comentarios.

Al programa de Servicio Social: de Prevención Psicológica.
Por haberme permitido realizar este proyecto y por todo lo que aprendí
y viví durante el servicio.

A todas las mujeres usuarias de los servicios de la FES Zaragoza, que me permitieron
conocerlas mejor como seres humanos y gracias a ellas permitirme realizar
esta investigación.

A la Profra, Martha Patricia González Mendoza por su amistad y profesionalismo.

A la Psic. Elsa Tirado Duran y al Psic. Humberto Guerrero Manning, por brindarme un
espacio de su tiempo y atención, en mi desarrollo profesional.

A los psicólogos: Mario Jiménez, Xochilt Vázquez, Teresa Gómez, Eva Gregorio, Mónica
O y Robles, Cristina Maya, Efrén García, Betsabe Huesca y a las prestadoras de servicio
social por su gran capacidad profesional y por el cariño y amistad que nos une.

A la académica C.D. Guadalupe Díaz sinónimo de multidisciplina y gran empatía.

RESUMEN	1
Introducción	2
CAPÍTULO I	
PSICOLOGÍA DE LA MUJER	
1.1. Antecedentes	6
1.2. Problemas de salud de la mujer	8
1.3. Factores psicosociales que influyen en la salud de la mujer.....	11
CAPÍTULO II	
MEDICINA CONDUCTUAL	
2.1. Antecedentes	15
2.2. Psicología de la Salud	18
2.3. Relación de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual.....	24
2.4. Cinco pilares asociados a la salud y la enfermedad.....	25
2.5. Enfermedades Cardiovasculares	27
2.6. Adherencia Terapéutica	28
2.7. Perspectivas Futuras.....	30
CAPÍTULO III	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
3.1 Relevancia social de la Hipertensión Arterial en México.....	33
3.1. Enfermedad crónico degenerativa.....	29
3.2. Transición Epidemiológica	35
3.3. Enfermedad crónico degenerativa.....	37
3.4 Clasificación de la Presión Arterial	42
3.5 Hipertensión Arterial.....	44
3.5.1 Síntomas de la Enfermedad.....	45
3.5.2 Detección de la Hipertensión Arterial.....	47
3.5.3 Factores de Riesgo.....	50
3.5.4 Factores de Riesgo Modificables	51

CAPÍTULO IV	
ESTRÉS COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD	
4.1. Modelos conceptuales del estrés	60
4.2 Modelo de estímulo	61
4.3 Modelo de proceso	63
4.4 Biología del estrés	67
4.5 Concepto de Salud.....	69
4.5.1 Conductas de Salud	71
4.5.2. Conductas de Enfermedad.....	74
4.6 El Estrés en la Salud y en la Enfermedad	76
4.7 Estrés Riesgo Cardiovascular de Hipertensión Arterial.....	80
4.8 Medición del estrés.....	82
CAPÍTULO V	
CALIDAD DE VIDA	
5.1. Calidad de vida como constructo	84
5.2. Salud y calidad de vida	87
5.3. Calidad de vida y enfermedad.....	90
5.4. Calidad de vida e Hipertensión Arterial.....	93
5.5 Medición de la Calidad de Vida.....	94
CAPÍTULO VI	
INVESTIGACIÓN DIRECTAMENTE RELACIONADA	99
CAPÍTULO VII	
MÉTODO	
7.1. Planteamiento del Problema.....	103
7.2 Objetivos	104
7.3 Preguntas de Investigación.....	104
7.4 Variables.....	105
7.5 Participantes	106
7.6 Muestreo	108
7.7 Tipo y Diseño de Estudio	108
7.8 Instrumento.....	108

7.9 Procedimiento.....	110
7.10 Análisis estadístico.....	111

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

8.1 Descriptivas

8.1.1 Calidad de Vida	114
-----------------------------	-----

8.1.2 Eventos Estresantes Crónicos.....	116
---	-----

8.2. Diferencias entre el grupo formado por mujeres hipertensas que si trabajan y las que no trabajan

8.2.1 Calidad de Vida: diferencias entre el grupo formado por mujeres hipertensas que si trabajan y las que no trabajan	119
---	-----

8.2.2 Eventos Estresantes Crónicos: diferencias entre el grupo formado por mujeres hipertensas que si trabajan y las que no trabajan.....	120
---	-----

8.3 Correlaciones entre la variable Calidad de Vida y

Eventos Estresantes Crónicos	121
------------------------------------	-----

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1 Calidad de Vida en las Mujeres hipertensas	124
--	-----

9.2 Eventos Estresantes Crónicos, en las Mujeres hipertensas.....	125
---	-----

9.3 Diferencias entre las Mujeres hipertensas que trabajan y las que no laboran.....	126
--	-----

9.4 Relación entre los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, en las Mujeres hipertensas	127
--	-----

REFERENCIAS	130
--------------------------	-----

ANEXOS

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue encontrar la relación entre la calidad de vida y los eventos estresantes crónicos que tienen mayor importancia en mujeres hipertensas. Para esto, se utilizó una muestra aleatoria por disponibilidad de 70 mujeres hipertensas, provenientes de zonas urbano marginadas ubicadas al oriente del valle de México, todas ellas usuarias del Programa de Prevención Psicológica de la FES Zaragoza. El tipo de estudio fue no experimental con un diseño correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el de *Calidad de Vida y Salud* (InCaViSa) (Riveros, Groves & Sánchez-Sosa, 2005), junto con el inventario sobre *Eventos Estresantes Crónicos* (Reinoso & Erazo, 2005). No se encontraron diferencias significativas entre mujeres hipertensas trabajadoras y las que no laboran. Así mismo se encontraron correlaciones significativas entre los componentes tanto de Calidad de Vida como Eventos Estresantes Crónicos.

Palabras Claves: Mujeres, Hipertensión, Calidad de Vida, Eventos Estresantes Crónicos.

INTRODUCCION

El planteamiento de este trabajo se basa en un modelo de investigación de medicina conductual (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001), mediante la revisión de la literatura de investigación antecedente sobre medicina conductual y prevención psicológica.

Las enfermedades crónico degenerativas, y en específico la Hipertensión Arterial en mujeres y sus repercusiones en la calidad de vida, denota un área que demanda profesionales de la salud dirigidos a diseñar intervenciones basadas en evidencias, que coadyuven a el desarrollo de la conservación de la salud.

Identificar los eventos estresantes crónicos y calidad de vida que tienen mayor importancia en una muestra de mujeres usuarias del servicio de prevención psicológica, provenientes de zonas urbano marginadas ubicadas al oriente del valle de México, es una tarea que se justifica por la alta incidencia de Hipertensión arterial.

Este padecimiento se presenta como consecuencia de una presión arterial de más de 140/90mm Hg, mientras que la presión normal oscila de 120/89mm Hg.

En México es una de las 10 principales causas de mortalidad y por grupos de edad en personas mayores de 40 años, además de tener consecuencias y complicaciones en varios órganos del cuerpo, como infarto y falla cardiaca, derrame cerebral, problemas renales y dilataciones arteriales (Secretaria de Salud, 2001).

En este sentido, Chobanian, (2003) menciona que, los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir Hipertensión arterial que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos.

Estudios en mujeres han encontrado que éstas tienen tasas más bajas de morbimortalidad secundarias a cualquier nivel de hipertensión, es decir que toleran mejor la hipertensión que los hombres (Vokonas, Panel & Cupples, 1988).

De tal manera que la investigación, diseño, desarrollo de programas y la formación de recursos humanos, en relación con padecimientos crónico degenerativos como la Hipertensión Arterial, se han convertido en un objetivo preponderante en el fomento de la calidad de vida y la atención a la salud, específicamente para poblaciones vulnerables.

Es por esto, que ubicar a la hipertensión arterial como un problema de salud que se debe investigar, requiere de la observación y la aplicación de estrategias basadas en evidencias que funjan como alternativas, para el fomento de intervenciones eficientes en el continuo salud-enfermedad dentro del área de Medicina Conductual y de la Psicología de la Salud, en las Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM, pertenecientes a la FES Zaragoza. En estos centros de salud se proporciona atención y servicios psicológicos a diversos usuarios, entre estos, a mujeres con un perfil epidemiológico denominado de transición, porque coexisten padecimientos asociados a la pobreza y al estilo de vida, característico de países desarrollados.

En este sentido, Vega (2000), expone que este escenario denominado de transición epidemiológica, tiene como componente principal el desplazamiento gradual de enfermedades infecciosas por enfermedades degenerativas, agrega que a la par de la transición epidemiológica se modifica la mortalidad a largo plazo y el patrón de las enfermedades que intervienen causalmente en las defunciones.

En este escenario, es trascendente mencionar la importancia que la figura femenina ha adquirido en las últimas cinco décadas, como tema de investigación, sustento económico, precursora de innovaciones científicas, democráticas y símbolo de fortaleza social.

La razón por la cual el carácter, posibilidades y funciones sociales de la mujer se convirtió en un problema de investigación científica, se debe a los cambios sociales de la revolución industrial que afectó la vida de la familia y alteró la posición de la mujer, de esta manera, el interés y la atención públicos se han concentrado sobre los estudios de la mujer (Klein, 1985).

Durante el continuo salud-enfermedad se ha notado que diversos tipos de factores ejercen una influencia en preservar, perder o recuperar el estado de salud, destacándose cinco factores fundamentales: la herencia, la nutrición, la calidad de nuestro ambiente, el acceso y calidad de servicios de salud, y el comportamiento humano.

En este contexto, Sánchez-Sosa y González (2002) señalaron que estos elementos actúan conjuntamente en todo momento durante nuestra vida y el permanecer sanos, enfermarnos, recuperarnos de una enfermedad o morir prematuramente dependerá del peso relativo o contribución de estos factores en diferentes combinaciones en un momento determinado.

En este sentido, Bennett y Murphy (1999), ponen especial énfasis en la relación entre el estrés y la salud, y destacan las interacciones entre los procesos ambientales, psicológicos y fisiológicos del mismo, así como el impacto diferencial entre individuos de las múltiples fuentes de estrés y las diversas formas de afrontamiento que adoptan.

Por este motivo, el presente trabajo se diseñó para identificar la ocurrencia de eventos estresantes crónicos y calidad de vida, que tienen mayor importancia para contribuir al desarrollo de la hipertensión arterial, clasificando a los mejores predictores para la hipertensión arterial en las variables eventos Estresantes Crónicos y Calidad de vida.

Las intervenciones relacionadas con las enfermedades cardiovasculares orientadas a la promoción de estilos de vida saludables para el cuidado y preservación de la salud, es una tarea relacionada con la investigación de factores predictores de hipertensión arterial, como los eventos estresantes crónicos y la calidad de vida, que son susceptibles de ser modificados mediante intervención psicológica dentro del área de Medicina Conductual.

En este contexto, Kazdin (2000) menciona que las técnicas de modificación conductual se han aplicado de manera creciente a problemas relacionados con la salud física y la enfermedad, las aplicaciones de la ciencia conductual a la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud física han surgido como la Medicina Conductual. El área comprende muchos puntos focales, como fomentar estilos de vida saludables (como ejercitarse y seguir lineamientos de dieta), reducción de conductas que incrementan el riesgo de enfermedad o disfunción (sexo sin protección y riesgo de sida), y el tratamiento de una diversidad de disfunciones y trastornos (por ejemplo, hipertensión, cefaleas, dolor crónico y obesidad).

Una aportación importante del presente trabajo es la investigación de factores que contribuyen como predictores incorporando elementos cognitivos conductuales inherentes al área de la medicina conductual. El objetivo es identificar los factores que intervienen en la incidencia y desarrollo de hipertensión arterial, que son parte de los estilos de vida del grupo de usuarias del Programa de Prevención Psicológica. En este sentido el Programa de servicio social de Prevención Psicológica desarrolla las siguientes actividades: Prevención psicológica: Investigación de factores de riesgo y protectores en población abierta y cautiva, promoción psicológica, talleres y actividades de información acerca del quehacer psicológico y terapia cognitivo conductual.

Hernández-Guzmán (1996), dice que en la prevención psicológica, se planean programas y diseñan actividades encaminadas a prevenir desajustes psicológicos, examinando los factores psicológicos y sociales observados durante el desarrollo del sujeto, permitiendo proponer la intervención psicológica orientada en las variables sistemáticas asociadas con la interacción familiar y social.

Con este propósito, en el primer capítulo se estudia la psicología de la mujer como eje principal del presente estudio, como una población vulnerable a determinadas problemáticas de salud, relacionadas con la etapa de edad reproductiva y con condiciones psicosociales en la que se ubica la población estudiada.

El segundo capítulo se trata la Medicina Conductual como una aproximación científica diferente dentro de la intervención en el continuo salud-enfermedad, definiéndose como un campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración de conocimientos emanados de las ciencias conductuales y biomédicas, dirigidos a la evaluación, intervención, rehabilitación, prevención e investigación en programas de atención a la salud.

Dentro del mismo contexto en el tercer capítulo se analizan las características, desarrollo y consecuencias de la hipertensión arterial, enfatizando la creciente morbilidad y mortandad de la misma en la población femenina mexicana. En la siguiente parte se estudia el estrés como factor de riesgo para la salud, particularmente como riesgo cardiovascular de hipertensión arterial en mujeres.

El quinto capítulo analiza la calidad de vida en el paciente hipertenso, indicando las distintas dimensiones de la calidad de vida en relación con la enfermedad crónico degenerativa, por las limitaciones y consecuencias características de la hipertensión arterial.

En el capítulo seis se expone la investigación directamente relacionada con la presencia y desarrollo de la hipertensión arterial en mujeres, y los factores de riesgo más significativos en grupos de estas características.

Del capítulo séptimo al noveno se dedican al planteamiento del problema, del método, y de los resultados, respectivamente. Finalmente se presentan las conclusiones y discusiones, referentes a los datos encontrados y a las sugerencias para la aportación científica en este campo de estudio.

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA DE LA MUJER

1.1 Antecedentes

El objetivo de este capítulo es examinar el desarrollo de la Psicología de la mujer, como área de estudio que promueve la investigación, teorías, educación y la práctica de la psicología de la mujer, para entender y mejorar la calidad de vida de las mujeres, en relación con las condiciones psicosociales que inciden en la salud de las mujeres.

La psicología de la mujer dentro de la Psicología es relativamente joven, sus objetivos son la enseñanza, la investigación y la práctica en la psicología de las mujeres, se estableció formalmente a través de la consolidación de la sociedad para la psicología de las mujeres en 1973, como división 35 de la *Asociación Psicológica Americana* (APA). Proporcionando una base de organización para todas las mujeres y hombres que estén interesados en la temática con el propósito de promover la psicología de la mujer y abogar hacia acciones de ordenes públicos que promuevan la igualdad y justicia social de la mujer.

En este contexto Jiménez-Flores (2005), menciona que la mujer como tema de ciencia no apareció en escena hasta la segunda mitad del siglo XIX: los primeros intentos para explicar el carácter femenino realmente estaban influenciados por el pensamiento de su época, a la vez que las teorías científicas acerca de los rasgos femeninos son distintas en sus métodos y sus fines.

Aspecto fundamental del desarrollo de espacios diversos orientados a la mujer, es su papel como proveedora de dos tipos de factores preponderantes en toda sociedad, inicialmente el factor de funcionamiento familiar y marital, en el cual se ve relacionada en diferentes roles a través de sus etapas de vida, asociada fuertemente con los estilos de crianza propios de toda comunidad; y los escenarios económicos, intelectuales, científicos y políticos entre otros, conquistados paulatinamente en las últimas décadas, ambos son valorados y reconocidos de forma más equitativa por la sociedad en su conjunto.

Aun con esta tendencia hacia la equidad y mejor calidad de vida en las mujeres, encontramos problemáticas propias de la mujer, inherentes a condiciones producto del panorama epidemiológico actual como los estilos de crianza establecidos en la sociedad.

Los estilos de crianza repercuten en el desarrollo de las habilidades necesarias que permiten un adecuado funcionamiento en el contexto familiar, escolar y social; la influencia familiar tiene importantes consecuencias en la forma en que el niño interactúa con su ambiente. El tipo de familia de procedencia, el nivel socioeconómico, y fundamentalmente las creencias y prácticas de los padres acerca de la crianza y educación de los hijos, permiten acercarse al estudio de estas variables interactivas del desarrollo familiar (Hernández-Guzmán, 1996).

La interacción de factores asociados a la condición femenina inciden en el desarrollo de condiciones, que vulneran las oportunidades y calidad de vida promoviendo así escenarios de riesgo que incrementan la incidencia de padecimientos en diferentes áreas de la salud.

En la década de los setentas, Wyle observó que las mujeres que buscaban ayuda psicológica con frecuencia se quejaban o se daban cuenta que sufrían sentimientos de inferioridad y desvalorización; asimismo, se ven como desesperanzadas, incapaces de mejorar su situación y carentes de recursos internos para tolerar o reducir la ansiedad surgida de los eventos cotidianos y la tensión psicológica, que estos producen (citado en Reidl, 1981).

En este contexto Desjerlais y cols. (1995), mencionan que las mujeres han sido siempre económicamente productivas, sin embargo, hasta tiempos recientes sus contribuciones han permanecido ocultas en gran parte, debido a los procedimientos de evaluación que subestiman o ignoran el trabajo de la mujer y los bienes que producen.

En México, se han creado espacios dirigidos al estudio y desarrollo integral de la mujer como el *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*, cuyo objetivo es proponer políticas nacionales en materia de salud reproductiva incluyendo planificación familiar, cáncer Cervico-uterino y mamario, de atención materno-infantil, de salud perinatal, de equidad de género, y de prevención y atención a la violencia familiar y sexual contra las mujeres como un problema de salud pública, y evaluar su impacto. Así mismo, proponer modificaciones al marco jurídico con el propósito de eliminar toda forma de discriminación por razones de género, así como combatir la violencia familiar y sexual contra las mujeres y a garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

1.2 Problemas de Salud de la Mujer

Los problemas de salud en la mujer se destacaban originalmente en asociación con condiciones reproductivas, cuyas características eran inherentes a la conjunción de factores de riesgo relacionados con etapas reproductivas y estilos de vida; paulatinamente este orden fue orientándose hacia problemas de salud denominados crónico degenerativos, cuya tendencia actualmente es similar en el género masculino. En este sentido se debe considerar la salud mental de la mujer asociada, a condiciones psicosociales características de este grupo, que la sitúan como un extracto social vulnerable a condiciones de salud y calidad de vida desventajosas, como la violencia e inequidad de condiciones ejercida contra ellas, que implican desde desórdenes psicológicos hasta problemas de salud reproductivas, asociadas con enfermedades crónico degenerativas como la Hipertensión Arterial.

En nuestro país, el amplio y complejo contexto social y los estilos de vida predominantes, han propiciado un importante cambio en los tipos de enfermedades que afectan a buena parte de la población. Así, coexisten enfermedades infecciosas (que afectan a un alto porcentaje de la población) con enfermedades crónicas degenerativas. Los padecimientos crónicos que han afectado particularmente a las mujeres mexicanas en los últimos años son: obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y cerebro vasculares, depresión y ansiedad.

De acuerdo a la OMS (2005), el 70% de todas las defunciones maternas están provocadas únicamente por cinco factores: hemorragias (24%), infecciones (15%), abortos (13%), hipertensión arterial (12%) y parto obstruido (8%). No obstante, la pobreza, la exclusión social, un nivel bajo de educación y la violencia contra la mujer son causas importantes que están en el origen de la muerte y la discapacidad maternas. Las mujeres que se quedan embarazadas muy jóvenes, que han tenido numerosos partos, que padecen enfermedades infecciosas, como el paludismo, la tuberculosis y, cada vez más, el VIH/SIDA, y que sufren desnutrición o anemia corren un mayor riesgo de muerte.

En el primer escenario de padecimientos relacionados con aspectos reproductivos en asociación con factores psicológicos, encontramos el síndrome premenstrual, el cual se constituye como un grupo de síntomas inespecíficos psicológicos, conductuales y somáticos, que suceden en la fase luteínica del ciclo menstrual. La fecha de los síntomas, entre la ovulación y el inicio de la menstruación, distingue al síndrome premenstrual de

otros trastornos presentados en mujeres en edad reproductiva. Los síntomas del síndrome premenstrual incluyen depresión, irritabilidad y sensibilidad de rechazo, en general los síntomas son lo suficientemente intensos como para interferir en las actividades cotidianas.

En el mismo contexto patogénico, se encuentran trastornos asociados al posparto, como la melancolía de la maternidad y la depresión posparto, los primeros caracterizados por síntomas de labilidad del estado de ánimo, ansiedad, tristeza, llanto y fatiga, se inician de 3 a 10 días después del parto, en tanto que la segunda se asocia a síntomas del estado de ánimo como depresión, llanto, falta de concentración, ansiedad y fatiga de duración más prolongada, y cuyo curso es a partir de tres semanas después del parto.

Un estudio reciente del *Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos*, encontró que mujeres predispuestas a padecer el síndrome premenstrual severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de suministrar esta, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

En el mismo sentido de trastornos inherentes a la mujer, la menopausia se presenta como un proceso natural en la vida de las mujeres caracterizada por la pérdida de la capacidad de reproducción de las mujeres, ocasionada por la baja producción de estrógenos y progesterona, que ocasiona diversos síntomas entre los que encontramos bochornos, dolores articulares, sudores nocturnos y cambios de humor.

En este contexto, Suárez (2001), menciona que en la mujer posmenopáusica la prevalencia de hipertensión arterial es mayor, lo que coincide con un perfil de riesgo cardiovascular al coincidir con otros factores de riesgo, recordando que es el estado hormonal y no el sexo el principal factor protector de riesgo cardiovascular.

El cáncer es otra de las enfermedades con mayor prevalencia entre las mujeres, siendo los más usuales el cáncer de mama, colon, estómago, páncreas, pulmón y ovario en mujeres. En este sentido, Palacios (2001), menciona que existe una marcada diferencia en el riesgo de cánceres hormonodependientes entre mujeres y varones, tanto el cáncer de mama como el de tiroides muestran marcadas diferencias con un mayor riesgo en la mujer que en el varón: el pico de cáncer de mama en la menopausia y de tiroides en la pubertad de la mujer indican que las hormonas sexuales pueden estar relacionadas con estos cánceres.

El cáncer de mama, uno de los más frecuentes en México, se ha relacionado con factores de riesgo inherentes al sexo femenino, la edad de menarquia, edad de nacimiento del primer hijo y de la menopausia y antecedentes familiares de cáncer de mama.

Otro cáncer de gran frecuencia es el cáncer cervicouterino, ubicado como el segundo más usual entre las mujeres a nivel mundial. De acuerdo a Palacios (2000), la mortalidad de cáncer cervicouterino es de 2.6 por 100 000 mujeres, lo que representa un 1.6% de las muertes por tumores malignos y el 0.3% de todas las muertes en mujeres.

En este contexto, Reynoso y Seligson (2004), mencionan aspectos preventivos en la mujer, como el hecho de que el cáncer del cuello de la matriz se puede diagnosticar si se realizara cada seis meses un estudio llamado papanicolau del cuello uterino, mediante el cual el médico toma una muestra raspando el cuello de la matriz. En este contexto prepatogénico, el cáncer de mama también puede prevenirse realizando exploraciones de pecho frecuentes en busca de alguna anomalía como pequeños tumores.

En el escenario de los problemas de salud de la mujer, se debe destacar la mayor investigación y atención que deben tener los aspectos de problemas de salud mental asociada al sexo femenino, que constituyen un espectro de condiciones psicológicas entre las que encontramos frecuentemente trastornos de estado de ánimo y trastorno por ansiedad.

En este sentido, Medina-Mora y cols. (2003) mencionan que los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias específicas, sociales, seguidas del episodio depresivo mayor. De acuerdo a estos datos encontramos que las mujeres muestran prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos doce meses, siendo los trastornos más frecuentes para las mujeres los afectivos y de ansiedad, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en los hombres.

De la misma manera, Berenzon y cols. (2005) exponen que la prevalencia de trastornos depresivos en mujeres que habitan en zonas urbanas es de 5.3% en casadas, 18.3% en viudas, divorciadas o separadas y en solteras de 13.2%. Otros datos encontrados son que además de los factores económicos y de responsabilidad familiar, el estado civil resultó ser una variable altamente relacionada con la depresión. En este sentido la pérdida de la pareja fue una de las variables con mayor influencia; las mujeres en esta condición corren un riesgo 3.14 veces mayor de desarrollar trastornos depresivos que las que no la han perdido.

Otros datos como los ofrecidos por Palacios (2001), exponen que la frecuencia de la depresión es dos y/o tres veces superior en mujeres que en varones, así como el rango de 25 a 44 años de edad como el momento de mayor prevalencia.

La salud mental de la mujer está determinada por factores sociales y culturales, este hecho podría justificar la mayor prevalencia de problemas mentales en mujeres, en este sentido el escenario clínico de la mujer debe ser atendido de manera conjunta por diversos profesionales de la salud, no solo dirigidos a la paciente, sino también a los cuidadores primarios en enfermedades discapacitantes, los cuales usualmente suelen ser mujeres.

En el mismo sentido, Desjerlais y cols. (1995), mencionan que para mejorar la salud mental de la mujer se requieren acciones en dos frentes; en uno de ellos se deben atacar las fuentes de sufrimiento femenino y en el otro se deben proveer servicios para tratar las consecuencias negativas de la desigualdad entre géneros.

En este contexto, Del Amo y Llacer (2001), mencionan que la mortalidad por causas específicas varía por edad: siendo los accidentes de tráfico en mujeres menores de 30 años; los tumores en concreto el de mama y cuello de útero, en las mujeres de entre 35 y 64 años, y las enfermedades cardiovasculares en las mujeres de más de 65 años de edad.

Finalmente, de acuerdo al panorama clínico asociado a la salud de la mujer, la contribución cada vez mayor del psicólogo en la planeación de estrategias, evaluación e intervención, en los tópicos de enfermedad y conservación de la salud, se relaciona con estilos de vida, inherentes a etapas de la vida o padecimientos infectocontagiosos, los cuales pueden ser mejor afrontados en el marco de la medicina conductual, la psicología de la salud y la psicología de la mujer.

1.3 Factores Psicosociales que Influyen en Salud de la Mujer

Dentro de los factores psicosociales que investiga la psicología de la mujer en relación a la salud, se encuentran el género, sexualidad, violencia, hostigamiento físico y sexual, procesos sociales y cognoscitivos, papel de la esperanza de vida, educación, procesos terapéuticos y minorías étnicas.

En este contexto, Cook (1994), menciona que los factores de riesgo para la salud pueden analizarse en relación con una amplia variedad de criterios, en que las mujeres sometidas a riesgo pueden clasificarse según características tales como la edad, la situación

socioeconómica, alfabetización, grado de educación, la estructura familiar y el grupo étnico. La misma autora expone hay una verdadera necesidad, en los niveles nacional, regional e internacional, de mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en la mujer y de ampliar la investigación de las enfermedades y procesos que la afectan.

En este sentido, la división de Psicología de la Mujer de la *Asociación Psicológica Americana* (APA), reconoce la diversidad de experiencias de las mujeres que se constituyen en un cúmulo de factores, incluyendo pertenencia étnica, cultura, lengua, estado socioeconómico, edad y orientación sexual. La división promueve aspectos como la investigación, teorías, educación y la práctica de la psicología de la mujer, para entender y mejorar la calidad de vida de las mujeres en todas sus diversidades, impulsando la construcción de relaciones igualitarias en contextos multiculturales.

De acuerdo a González-Mendoza (2005), el difícil papel de la mujer en la sociedad y en la familia, es que su identidad está definida por la forma de realizar su tarea. Así ella, debe saber cocinar, ser buena anfitriona en determinados eventos familiares y sociales, tener niños inteligentes, sanos y bien educados y además, estar disponible para su esposo. Si en alguna de estas áreas surgen dificultades, por ejemplo, problemas de aprendizaje por parte de los hijos, es muy común que se le culpe, lo que posiblemente ocasionaría pensamientos y sensaciones de fracaso en su papel como madre y persona.

De la misma manera que los estilos de crianza en la mujer son factores preponderantes en la calidad de vida de las mismas, un componente de los mismos es la violencia (física, psicológica, económica y sexual) ejercida permanentemente contra la mujer por parte de la sociedad y las inequitativas oportunidades de educación que repercuten en su salud y desarrollo.

En este sentido, Torres (2001) menciona que la violencia surge en una relación de desigualdad; se origina a partir de una posición o condición superior de quien le ejerce y del estado de subordinación de quien la sufre. Esta simetría en términos de poder no sólo reestructura las posiciones de los sujetos implicados en cada episodio, sino que además hace que la violencia sea socialmente tolerada.

La relación bidireccional entre condiciones psicosociales y salud es evidente, los procesos desadaptativos que siguen a ésta, se comportan como constantes que incrementan

la incidencia de diferentes padecimientos tanto psicológicos como físicos, que repercuten en una deficiente calidad de vida.

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública en todos los países; se estima que entre un 20% y un 50% de las mujeres han sufrido violencia doméstica. Las encuestas de muchos países revelan que entre un 10% y un 15% de las mujeres declaran que las obligan a mantener relaciones sexuales con su pareja (Secretaría de Salud, 2006).

En torno a las condiciones de vida de las mujeres, destaca el manejo de la información referente a las condiciones actuales de las mujeres que encuentra dos vertientes principales, el primero referente a la difusión de condiciones de vida de las mujeres dadas en las últimas décadas, las cuáles revelan la permanencia de diferentes tipos de violencia e inequidad en el ámbito social en contra de ellas, y por otro la creciente ganancia de espacios en todas las dimensiones sociales por parte de las mujeres que contribuyen a una mejor calidad de vida y apertura de oportunidades.

En el mismo contexto, González-Mendoza (2005), menciona que cuando una mujer se separa del modelo impuesto, cuando propone a sus hijos y/o a su pareja otra imagen, es como si los echara del camino señalado. A cambio recibirá una libertad mayor, pero llena de castigos que la misma sociedad le dará simplemente por haber trasgredido las costumbres.

En este sentido, Desjerlais y cols. (1995), mencionan que el trabajo es un factor favorecedor de la salud mental, la capacidad para ganar ingresos, sea economía informal, en el sector agrícola o mediante la realización de trabajo remunerado, ayuda a las mujeres a aumentar su independencia y a mantener la autoestima. El control de los recursos financieros capacita a la mujer para dirigir los asuntos del hogar y proveer para sus hijos, si es necesario sin el apoyo o cooperación de compañeros masculinos.

De acuerdo a la tendencia de fortalecimiento y reconocimiento constante de la mujer en la sociedad, encontramos la necesidad de implementar investigación, evaluación, e intervención en relación a factores de riesgo asociados a su calidad de vida, en los escenarios diversos en los que la mujer funge como recobijo de fortalezas y depositaria de incidencias en nuestra sociedad.

Una consideración básica que no puede sesgarse es la siguiente, cuando se toca la problemática de los estudios de las mujeres, primero debe aclararse: cuáles son los principios, valores, contradicciones y prejuicios tanto genéricos como científicos que rigen el trabajo, delimitar desde donde se va a investigar, cuáles serán los controles, no solo los experimentales, pues para estos hay bastantes ayudas metodológicas, sino interpretativos y de delimitación (Delgado Ballesteros, 1998).

En este contexto, Desjerlais y cols. (1995), mencionan que entre las raíces sociales del deficiente estado de salud de las mujeres esta la extendida discriminación contra ellas en los campos laboral y educativo, en la distribución de alimentos, en la atención de la salud y en la asignación de recursos para el desarrollo económico.

En conclusión podemos encontrar un conjunto de factores psicológicos, sociales y biológicos que intervienen en la salud y enfermedad de los individuos, incidiendo en la calidad de vida de las mismos, ya sea como factores inherentes a la condición de mujer o como factores dístales, los cuales pueden ubicar a la mujer como un grupo vulnerable en determinadas etapas de su vida asociadas con factores hormonales, aumentando el riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial, en este escenario el elemento psicológico interviene como un factor que puede coadyuvar en el desarrollo de estrategias que proporcionen una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO II

MEDICINA CONDUCTUAL

2.1 Antecedentes

El concepto Medicina Conductual inicialmente utilizado por Birk (1973), fue empleado para exponer el uso de la retroalimentación biológica como una herramienta conductual, dirigida al tratamiento de algunos desórdenes físicos, como el asma, la epilepsia, dolor de cabeza tensional, migrañas y la enfermedad de Reynaud.

El término Medicina Conductual surgió de manera formal en una conferencia sobre Medicina Conductual en la Universidad de Yale en 1977. Posteriormente en una conferencia realizada en la Academia Nacional de Ciencias y tomando como referente la integración entre pensamiento y tecnología, se le definió como un campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual, en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de enfermedades, así como la validación de estos programas en problemas de salud (Schwartz & Weiss, 1978).

En 1974 se crearon los primeros centros de medicina conductual referentes al Centro de Medicina Conductual de la Universidad de Pensilvania, por John Paul Brady y Ovide F. Pomerleau y al Laboratorio para el estudio de la Medicina Conductual de la Universidad de Stanford desarrollado por Agras.

En este sentido, Labrador, Muñoz y Cruzado (1990) mencionan que entre las causas del surgimiento y desarrollo de la Medicina Conductual se encuentran:

1. El cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, con el control de las enfermedades infecciosas a través de los antibióticos, produciéndose más enfermedades funcionales.
2. Enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolores crónicos, las cuales surgen como producto del estilo de vida que mantienen los individuos.
3. El hecho de que, en igualdad de condiciones, algunas personas enferman y otras no.

4. El desarrollo alcanzado en las ciencias conductuales y en las sociales, así como el desarrollo de la epidemiología conductual.
5. El interés despertado por los temas de prevención de enfermedades, en parte, por los elevados costos médicos.
6. El desarrollo de la psicología médica agregó un enfoque de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática.
7. Los resultados de los estudios epidemiológicos y experimentales, los cuales han demostrado la importancia de los factores conductuales en los procesos de salud y enfermedad.

Dos aspectos fundamentales expresados en la definición de Medicina Conductual son: su derivación de la terapia conductual y la inherente naturaleza interdisciplinaria de la misma, desarrollándose en los conocimientos, intervenciones y habilidades de diferentes profesionales de la salud, incorporando psicólogos, psiquiatras, médicos no psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales entre otros, quienes afrontan el análisis y tratamiento de los problemas de salud de una forma bilateral, contribuyendo con su perspectiva y experiencia de forma conjunta.

El campo de la Medicina Conductual se desarrolló paulatinamente, conformándose así el *Journal of Behavioral Medicine*, como una revista que fomenta la investigación interdisciplinaria y la Academia de Investigación en Medicina Conductual.

Posteriormente se conformó la Sociedad Internacional de Medicina Conductual, una organización profesional que actualmente funciona con más de 3000 miembros. La Sociedad Internacional de Medicina Conductual (2004), se ha encargado de diseñar modelos y programas de intervención con el propósito de integrar equipos interdisciplinarios dedicados a la atención a la salud. Asimismo, intenta impulsar innovaciones tecnológicas sobre servicios de calidad, e instrumentar políticas públicas eficaces, con el propósito de fomentar una cultura a favor de conductas saludables, así como de impulsar la prevención y el control de factores de riesgo para el bienestar individual, familiar y social.

De acuerdo a Agras (1982) el desarrollo de la Medicina Conductual implica una aproximación científica diferente dentro del campo de la relación salud-enfermedad, la cual

conduce a implantar actividades de investigación interdisciplinaria, desarrollándose un puente entre el estudio de las Ciencias Biomédicas y las Ciencias Sociales y Conductuales, por lo cual el componente principal de la Medicina Conductual consiste en la integración del conocimiento empírico que emana de los esfuerzos de la investigación interdisciplinaria.

En este contexto, Buela-Casal y Carrobles (1996), señalan que podría definirse como la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas, tratándose así de una disciplina interdisciplinaria entre la psicología conductual y la medicina en la que se sigue el modelo conductual y se trabaja predominantemente con sujetos individuales, haciendo mayor énfasis en el tratamiento (nivel terciario).

Siguiendo este planteamiento, la Medicina Conductual se concibió como un paradigma para la intervención y aplicación de programas clínicos e investigación empírica, en contraste con la investigación médica que no ha sido capaz de explicar lo suficientemente satisfactorio porque algunas personas se mantienen sanas, otras se enferman y algunas se recuperan de alguna enfermedad, ubicadas en los diferentes momentos del proceso salud-enfermedad.

En este contexto, Domínguez y Montes (2004), mencionan que la opinión generalizada de que el estado psicológico de una persona afecta la resistencia y la recuperación ante una enfermedad, adquiere cada vez mayor solidez.

En este sentido, Reynoso y Seligson (2005), exponen que la medicina tiene que ver con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y no con los factores conductuales como estilos de vida, calidad de vida y manejo del estrés, asociado con el gran interés en el desarrollo de investigaciones en el área de la salud desde hace aproximadamente 40 años lo que ha permitido, entre otras cosas el desarrollo de la epidemiología conductual.

De acuerdo con Bandura (1997), la medicina preventiva y los programas de inmunización han incrementado la esperanza de vida de la población, sin embargo, la muerte prematura está ampliamente determinada por el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales evitables.

En conclusión el campo de la Medicina Conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos a través de diferentes estrategias de afrontamiento, que implican básicamente entrenar al paciente a aprender a vivir o afrontar de mejor manera su padecimiento y evitar deterioros psicológicos y conductuales, en otros términos, mejorar la calidad de vida del paciente. Por lo anteriormente descrito la investigación en salud no debe ser únicamente biomédica.

2.2 Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud, surge en la década de los 70's, como el término que representa la actividad en conjunto de la Psicología orientada al área de la salud. El término tiene como propósito destacar la relevancia de los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud (Ribes, 1990).

En este contexto, Taylor (1986), menciona que la Psicología de la Salud es un área de la Psicología que se vincula con las ciencias de la salud. Sus objetivos son: promover la salud, a través de la intervención sobre la población, educando para la salud y estableciendo las condiciones necesarias para que se mantenga. Rehabilitar a personas o comunidades que padecen algún tipo de enfermedad minimizando las secuelas y desarrollando capacidades alternativas

En este sentido la Psicología de la Salud tiene como objetivo el dirigir los esfuerzos colectivos de la Psicología hacia el cuidado de la salud, enmarcados en los procesos de salud y enfermedad, iniciando su travesía en la promoción de la salud, hasta ayudar a bien morir.

De acuerdo a Matarazzo, (1980), la Psicología de la Salud es la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la implementación de políticas sanitarias.

La Psicología de la Salud se consolida en 1978, como división 38 de La Asociación Psicológica Americana (APA), la cual tiene como objetivo impulsar la investigación en

relación a las contribuciones de la Psicología a la comprensión de la salud y enfermedad, contribuyendo a la integración del conocimiento biomédico y psicológico sobre el continuo salud-enfermedad.

De acuerdo a la *Asociación Psicológica Americana* (APA), La psicología de la salud conduce actualmente investigación aplicada sobre el desarrollo de hábitos sanos así como la prevención o la reducción de comportamientos malsanos. El impacto del comportamiento en la salud y la influencia de factores psicológicos en estados de salud y enfermedad, así como la definición de la interacción de factores psicosociales y fisiológicos en áreas como la psiconeuroinmunología, desórdenes cardiovasculares y otras enfermedades crónicas degenerativas.

En este contexto, la división de Psicología de la Salud de la *Asociación Americana de Psicología* (APA) ha establecido diez objetivos principales en torno a la Psicología de la Salud:

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamientos para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los

- tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y métodos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
 9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
 10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

En este contexto, León y Medina (2004), mencionan que entre las principales razones que explican la consolidación de la Psicología de la Salud encontramos:

- A) Razones teóricas. En esencia, al evolución de la concepción de la salud hacia un modelo que pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconoce su etiología multifactorial y, por tanto, la necesidad de una colaboración intersectorial e interdisciplinar para resolver los problemas de salud.
- B) Razones epidemiológicas. El cambio en las tasas de morbilidad y mortalidad acontecido en el siglo XX en los países desarrollados. En la actualidad, las enfermedades mas relevantes por su incidencia y mortalidad asociadas son de tipo crónico en contraste con las enfermedades agudas e infecciosas. En el origen de estos trastornos crónicos nos encontramos con factores de carácter social y psicológico, el estrés de la vida cotidiana y los comportamientos que expresan nuestros estilos de vida. Es decir la salud ya no depende sólo del sustrato biológico, sino también de la forma fundamental de cómo la persona interpreta, siente y responde a las distintas demandas de su vida, por lo que las personas deben jugar un papel activo y responsable en el control de los factores que afectan a su salud.
- C) Razones prácticas. El elevado costo que implican los servicios de salud tradicionales y su escasa efectividad para resolver las demandas de salud. Las enfermedades crónicas e incurables obligan a orientar los servicios sanitarios del tratamiento a la prevención y la rehabilitación, lo que lleva aparejado un creciente interés en temas psicológicos como 1) el cambio de actitudes para la adopción de comportamientos

saludables, 2) el análisis de la relación personal de salud-paciente con el objeto de lograr la adherencia de éste a regímenes médicos de larga duración debido a la cronicidad de las enfermedades y 3) el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación del comportamiento de riesgo.

Es importante mencionar la importancia que adquiere la Psicología de la Salud en la investigación de comportamientos preventivos que expliquen el porqué las personas no le atribuyen importancia a las conductas preventivas que les evitan un mal mayor. El estudio en este campo, incrementa el impacto de la investigación y la práctica de los profesionales de la Psicología de la Salud, de tal modo que, los conocimientos y productos tecnológicos de esta actividad, incidan efectivamente en la salud de la población (Rodríguez & Rojas, 1998).

También se contempla prioritario, sobre todo en México, el análisis funcional de los riesgos que conlleva la ausencia de la cultura que promueva la salud y el diseño de intervención, en prevención, identificando la validez funcional que se relaciona con la conducta de salud (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1995).

Reig, Rodríguez y Mirá (1987), señalan que la Psicología de la Salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

1. Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades o que la conducta es un factor de riesgo.
2. Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
3. Que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.
4. Que las intervenciones psicológicas pueden resistir con resultados favorables un análisis de costo-utilidad eficacia.

Dentro de los ejes principales propios de Psicología de la Salud, ubicamos directrices encaminadas a estudiar tópicos específicos, los cuales determinan el grado de desarrollo de investigación, intervención y difusión del conocimiento, propio de las diferentes áreas de estudio.

Taylor (1986), menciona que las distintas áreas de estudio en donde se aplica la Psicología de la Salud, se dirigen a los siguientes objetivos:

- A) El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
- B) Los psicólogos de la salud estudian los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- C) Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del paciente con los profesionales y el sistema sanitario.

Esto último hace referencia, al papel que el psicólogo adquiere, entorno al proceso multidisciplinar de atención a la salud, como profesional que incide desde recomendaciones a diversos profesionales de la salud, hasta la atención directa a los usuarios de los mismos.

En este sentido Weinman (1990), señala que la Psicología de la Salud se centra actualmente, en el estudio teórico y práctico en los siguientes tópicos:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
2. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos.
3. Las cogniciones acerca de la salud y enfermedad
4. La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
5. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento quirúrgico en el que los pacientes son sometidos a cualquier tipo de tratamiento.
6. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Por otra parte, Matarazzo (1984), ha sugerido cuatro objetivos del campo de la Psicología de la Salud. 1) Promover y mantener la salud realizando estudios que expliquen los factores involucrados en los comportamientos de riesgo, por ejemplo, el porque la gente fuma. 2) Establecer, qué otra parte de los esfuerzos profesionales de los psicólogos puede estar encaminado a la prevención y al tratamiento de las enfermedades, mediante programas diseñados para evitar los comportamientos de riesgo. 3) Ubicar la necesidad de identificar las enfermedades y determinar sus causas de tipo comportamental. Esto se

asocia al estudio de factores de personalidad, vinculados con conductas predictoras de enfermedades. 4) Mejorar los sistemas de cuidado y las políticas de salud, que se centra en el estudio de la labor de los hospitales, los sistemas de cuidado y la relación de médicos y enfermeras con el paciente.

En este contexto Reynoso y Seligson (2005), mencionan que la Psicología de la Salud es un campo relativamente nuevo referido a ciertas formas de investigación e intervención en problemas psicofisiológicos y médicos: a pesar de que el interés en la interacción entre la conducta y la enfermedad es tan antigua como la práctica de la medicina misma, el trabajo sistemático de esta disciplina es muy reciente.

El promover la salud y prevenir cualquier tipo de enfermedad, como psicólogos de la Salud hay que concientizar en cuanto a los posibles riesgos de padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa a la población en general. Y una de las estrategias, es precisamente a través de la atención primaria de salud, que es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y técnicas prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables a un costo que la comunidad y el país pueden aceptar. Y una de sus actividades que debe incluir en la atención primaria de salud es la educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población (Sierra, O. 2002).

La Psicología de la Salud se consolida como un modelo que da respuesta a tópicos de salud-enfermedad, orientadas a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, estudio de la etiología, correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, el estudio del sistema sanitario y la implementación de políticas de salud, que son preponderantes en el panorama epidemiológico mundial asociado en su mayoría con estilos de vida de riesgo para la salud. En el mismo contexto se encuentra el límite del modelo biomédico para explicar e intervenir en factores psicológicos moderadores de la salud y enfermedad, como el manejo del estrés y la calidad de vida.

2.3 Relación de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual

La consolidación de la Psicología como disciplina insertada en el sector salud se consolidó en la década de los setentas mediante la consolidación de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, ambas áreas de estudio emanadas de la psicología, designan aplicaciones teóricas y metodológicas orientadas al continuo salud-enfermedad.

En este sentido se especifican las características particulares de ambas áreas:

La Psicología de la Salud originalmente se desarrolló a partir de la integración de diversas contribuciones científicas y educativas, pertenecientes a diferentes áreas psicológicas, encaminadas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud.

En este sentido la Medicina Conductual se ubica como una disciplina orientada preponderantemente a la rehabilitación y tratamiento de la enfermedad. En el mismo sentido Pomerleau (1979), menciona que la Medicina Conductual emana del descubrimiento de procedimientos eficaces para cambiar la conducta asociada a escenarios clínicos, siendo posible aplicar el análisis experimental del comportamiento. Entendiendo así por Medicina Conductual, el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental del comportamiento, terapia del comportamiento y modificación de la conducta, para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas y la investigación comportamental dirigida al análisis funcional y comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y problemas de salud.

En este contexto Oblitas (2004), menciona que la importancia de la psicología en la atención a problemas de salud, dirigida a las enfermedades crónicas degenerativas:

1. La Psicología como ciencia que estudia la conducta humana, ha desarrollado métodos eficaces para adquirir, modificar y/o eliminar conductas. El proceso de rehabilitación de las personas con enfermedades crónicas degenerativas generalmente compromete un cambio de habilidades o estilo de vida, en tanto que exige la adquisición de un repertorio relativamente extenso de nuevas conductas y hábitos.

2. La mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica degenerativa presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad, asociadas con baja adherencia terapéutica, morbilidad y mortalidad del paciente, que requieren atención por parte del psicólogo.

De acuerdo a Kaptein y Van Roojen (1990), la psicología de la salud se diferencia de la medicina conductual, fundamentalmente en dos aspectos: en primer lugar, en el carácter interdisciplinar de la medicina conductual, mientras que la psicología de la salud constituye una rama dentro de la psicología. En segundo lugar, en que la psicología de la salud está más relacionada con la prevención, mientras que la medicina conductual lo está con tratamiento y la rehabilitación.

Finalmente ambas disciplinas, emanadas de la psicología se ubican en relación con la atención de factores asociados con la salud y la enfermedad, siendo la característica de la Medicina Conductual los contextos patogénicos y el modelo conductual como herramienta de evaluación, diseño, intervención y rehabilitación de los mismos, enmarcada en el mismo contexto de salud y enfermedad la Psicología de la Salud, se orienta principalmente a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la identificación de correlatos etiológicos ubicados en contextos prepatogénicos. Cabe mencionar que en escenarios reales, los psicólogos que trabajan en el área de la salud combinan elementos de ambas, en afán de identificar correlatos etiológicos o intervenir en contextos patogénicos.

2.4 Cinco Pilares Asociados a la Salud y la Enfermedad

Muchos tipos de factores contribuyen para determinar nuestra ubicación en el continuo salud-enfermedad, los cuales contribuyen a preservar, perder o recuperar nuestra salud. En este sistema de factores protectores y de riesgo, cinco condiciones fundamentales han mostrado ser elementos claves en el mantenimiento de la salud y riesgo de enfermedad: la herencia, la nutrición, la calidad de nuestro ambiente, el acceso y calidad de servicios de salud y el comportamiento humano, siendo este último el más importante desde la óptica de la psicología. De acuerdo a (Sánchez- Sosa & Gonzáles, 2002), estos elementos actúan conjuntamente en todo momento durante nuestra vida y el permanecer sanos, enfermarnos, recuperarnos de una enfermedad o morir prematuramente dependerá del peso relativo o contribución de estos factores en diferentes combinaciones en un momento determinado.

El comportamiento humano aspecto de sumo interés para el psicólogo, en el continuo salud-enfermedad, puede convertirse, por una parte, en grupos de agentes patógenos o factores protectores; conductas tales como no lavarse las manos, no hervir el agua, no cuidar la cocción de los alimentos pueden influir en la prepatogénesis de enfermedades infectocontagiosas y conductas como el fumar, no hacer ejercicio, ingesta excesiva de grasas animales y manejar defectuosamente el estrés en enfermedades crónico generativas. En este escenario clínico, estas enfermedades se encuentran completamente ligadas con el comportamiento, el cual predice la pérdida de la salud en el sentido de anticiparlas y en sentido contrario la protegen en escenarios prepatogénicos, desempeñándose como factores inmunizantes conductuales que coadyuvan a recuperar y conservar la salud.

Consecuentemente, a la consolidación de las enfermedades crónico degenerativas como las mayoritarias en mortalidad y morbilidad, asociadas con conductas y estilos de vida de los individuos, es más adecuado hablar de patógenos e inmunógenos conductuales.

Por patógenos conductuales entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar (por ejemplo, fumar, beber alcohol). Al contrario, los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que lo hacen menos susceptible de adquirir enfermedades (Matarazzo, 1984), lo cual representa un escudo de defensas conductuales contra la enfermedad.

De acuerdo a Belloc (1973), los inmunógenos conductuales mas asociados con la longevidad, se ubican en siete conductas de salud: 1) dormir entre siete u ocho horas diarias; 2) desayunar cada mañana; 3) tres comidas al día; 4) mantener el peso corporal en función de la talla; 5) practicar ejercicio físico de manera regular; 6) uso moderado del alcohol o no consumirlo y 7) no fumar.

En este contexto McKeown (1982), menciona que el progreso de la salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos pero un control limitado, por medio de la inmunización y el tratamiento, al reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que de la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado.

Finalmente un panorama interdisciplinario dirigido a la atención de los tópicos clínicos asociados mayoritariamente con estilos de vida disfuncionales, representa una condición óptima para atender mecanismos patógenos infecciosos y promover inmunógenos conductuales que determinan favorablemente la ubicación del individuo en el continuo salud-enfermedad.

2.5 Enfermedades Cardiovasculares

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, encontramos las enfermedades cardiovasculares, las cuales presentan factores precipitantes tanto biológicos como inherentes a estilos de vida inadecuados, como eventos estresantes crónicos, sedentarismo, obesidad y el patrón conductual tipo A entre otros que son susceptibles de ser modificados con intervención psicológica.

De acuerdo a August y Oparil (2002), la hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular importante en la mujeres, si bien las premenopausicas más jóvenes tienen presiones arteriales más bajas que los hombres de edad similar, la presión arterial aumenta con la edad, y la prevalencia de hipertensión arterial es más alta en mujeres de edad avanzada. El uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de hipertensión en la mujeres, y el riesgo de hipertensión arterial es bajo en normotensas que reciben tratamiento de reemplazo hormonal.

La presión arterial elevada se concibe como una presión sistólica en reposo superior o igual a 160mmHg, y una presión diastólica en reposo superior o igual a 95mmHg o la combinación de ambas, lo cual representa la mayoría de los casos; cifras por arriba de la presión arterial normal que se presenta como la presión sistólica de 120mmHG y una presión diastólica de 80mmHg. La hipertensión arterial se caracteriza por ser una enfermedad silenciosa, ya que los datos referentes a los síntomas, manifiestan dolor de cabeza, zumbidos en los oídos o pequeños destellos visuales, los cuales son aplicables con grandes cantidades de enfermedades, por lo cual usualmente son ignorados, y finalmente detectados en revisiones médicas posteriores.

En este contexto, Reynoso y Seligson (2005) exponen que existen diversas formas de aproximarse al tratamiento del paciente con hipertensión arterial, las cuales dependerán del tiempo de evolución, las condiciones generales del paciente, las indicaciones médicas y la evaluación conductual que se debe realizar previamente.

De esta manera surge la necesidad de analizar la trascendencia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, su interacción con factores medioambientales y aspectos relacionados con la investigación en calidad de vida, estilos de vida, epidemiología conductual, prevención y mantenimiento de la salud.

A través del trabajo e investigaciones el psicólogo en relación directa con la Medicina Conductual y la Psicología de la salud, ha demostrado la trascendencia de factores psicológicos en la incidencia de enfermedades, así como su interacción bidireccional con factores medioambientales y genéticos. Resultado de esto se manifiesta en los estilos de vida (vivir en áreas altamente contaminadas, tener sobrepeso, vida sedentaria, utilizar cinturones de seguridad, tabaquismo, el consumo de alcohol en exceso y niveles consistentes de estrés) que repercuten en la salud, evidenciando la no redituación suficiente de las intervenciones únicamente médicas en nuestra salud. De tal manera que se hace necesario identificar y modificar aquellas conductas relacionadas con la presencia de la enfermedad y favorecer aquellas relacionadas con el mantenimiento y recuperación de la salud, lo que implica un cambio y mantenimiento de un estilo de vida más saludable.

2.6 Adherencia Terapéutica

En el mismo contexto uno de los aspectos más importantes en la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad es la adherencia terapéutica como medio de desarrollar estrategias eficaces en el individuo que le permitan afrontar de manera más funcional los diferentes procesos mediadores de la salud-enfermedad, por lo que se concibe como el hecho de que un paciente siga estrictamente las indicaciones terapéuticas (sean médicas o de otras disciplinas).

La falta de adherencia al tratamiento es la causa más importante de descontrol en la presión arterial de los pacientes hipertensos (Buró, 1988).

Desafortunadamente la tasa de no cumplimiento de indicaciones terapéuticas es muy elevada, ubicada por algunos autores como Meichenbaum y Turk (1987), entre un 30 y un 60% en población abierta, lo que se traduce en menores niveles de recuperación de salud.

En este contexto de adherencia a las indicaciones terapéuticas y conductas propias del cuidado de la salud, el médico conductual y el psicólogo de la salud, debe tomar en cuenta contextos asociados a la relación que el paciente tiene con los profesionales de la salud, las

cuales pueden dificultar la relación terapéutica y propiciar gradualmente procesos yatrogenizantes de etiología médica que a continuación abordaremos.

De acuerdo a Lopez-Ibor (1999), hay múltiples factores que pueden influir en la relación medico-enfermo, como el tipo de enfermedad (aguda o crónica), la especialidad (médica, quirúrgica), tipo de ejercicio profesional (generalista, especialista, técnico diagnóstico), tipo de asistencia (privada, pública, hospitalaria, ambulatoria, comunitaria) y la personalidad de los pacientes.

En este mismo sentido, encontramos los procesos o enfermedades yatrogenas, identificadas como aquellas originadas por alguna intervención deficiente de algún profesional de la salud, ya sea por errores u omisiones en el ejercicio de la práctica médica o por interferencias o relaciones inadecuadas del profesional de la salud para con su paciente.

Consecuentemente el apoyo de redes sociales y el desarrollo de estrategias cognitivo conductuales cuyo fin es establecer afectivamente la comprensión de las indicaciones terapéuticas, las conductas adecuadas para llevarlas a cabo y la identificación de los beneficios de las mismas en el reestablecimiento de la salud o la disminución de síntomas negativos resultan de gran importancia en escenarios clínicos, que exigen una modificación de hábitos de cuidado y fomento de la salud.

La intervención del medico conductual y del psicólogo de la salud en el horizonte prepatogénico, también se ha implementado en la detección temprana de diversos padecimientos a través de autoexámenes, instrucciones terapéuticas, retroalimentación y reforzamiento para que el paciente se autoexamine buscando síntomas de diversos tipos de enfermedades.

De acuerdo a De la Fuente (2004), cumplir las indicaciones terapéuticas es una forma de conducta operante, a la que le sigue una consecuencia de que puede ser gratificante (refuerzo positivo), o desagradable (castigo). La frecuencia con que ocurre la conducta mencionada depende de las consecuencias, del escenario de interacción de síntomas y del tratamiento prescrito, se identifican tres condiciones: a) enfermedades cuyo agravamiento se asocia con la intensificación de los síntomas y estos decrecen como consecuencia del tratamiento, b) enfermedades crónicas cuyos síntomas permanecen estables

independientemente del tratamiento y c) enfermedades asintomáticas cuyo pronóstico a largo plazo es desfavorable.

La adherencia terapéutica se integra de diversos factores que contribuyen a la recuperación de salud o a la permanencia en escenarios clínicos, los cuales tienen un componente conductual importante, que repercute en el afrontamiento del estrés como resultado de padecer una enfermedad, el establecimiento de relaciones adecuadas con los diferentes profesionales de la salud y el desarrollar conductas saludables dirigidas a proporcionar una mejor calidad de vida.

2.7 Perspectivas Futuras

La medicina conductual ha extendido la investigación sobre prevención y mantenimiento de la salud como elementos centrales de la conducta humana. La prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medioambientales se percibe como uno de los más prominentes medios de controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan a nuestra sociedad (Residencia en Medicina Conductual, 2001).

En el mismo contexto, se encuentra el estrés como factor de riesgo de diversas enfermedades y padecimientos, destacándose como objeto de intervención por parte de los profesionales de la salud, dentro del continuo Salud-Enfermedad.

Siguiendo este planteamiento, Bennett y Murphy (1997) destacan la relación entre el estrés y la salud, señalando la importancia de las interacciones entre los procesos ambientales, psicológicos y fisiológicos del mismo estrés, así como el impacto diferencial entre los individuos de las diversas fuentes de estrés y los diferentes estilos de afrontamiento que presentan.

En relación a la intervención con orientación cognitivo conductual en diversos estilos de afrontamiento desadaptativos y estilos de vida de riesgo para la salud, situamos a los tópicos estudiados por la Medicina Conductual, entre los que se encuentran la adherencia terapéutica, dolor, estilo de vida, adicciones, envejecimiento, estrés, psicofisiología clínica, comportamientos saludables, educación y promoción para la salud, análisis de factores socioeconómicos y su relación con la salud, bioética, desórdenes alimentarios, fatiga crónica, ejercicio y actividad física, género y salud, genética conductual, recursos humanos

para la salud, tabaquismo, sistemas de salud y enfermedades crónico-degenerativas como cáncer, diabetes mellitus, obesidad y enfermedades cardiovasculares entre otras.

Una actividad más para el psicólogo conductual es preparar a los pacientes que habrán de ser sometidos a procedimientos médicos potencialmente alarmantes, informándoles acerca de lo que pueden anticipar y atenuando así su miedo a lo desconocido. Esto asegura una mayor cooperación de los pacientes con los médicos, en procedimientos tales como la cateterización del corazón, el tratamiento dental de los niños y el parto psicoprofiláctico. (De la Fuente, 2004).

En México la situación actual de la Medicina Conductual, demanda mayor número de profesionales de la salud en esta área, de manera que se amplíe el campo de intervención psicológica, cuyos diseños e intervenciones muestran rendimientos altos en cuestiones de costo-efectividad y a su vez eficientes en su labor como mediadores para el diagnóstico, diseño, intervención y evaluación de los principales tópicos epidemiológicos.

En este contexto, se ubica en las últimas décadas, un mayor énfasis en la promoción de la salud y el bienestar, como complemento del tratamiento de las enfermedades, que ha impulsado al psicólogo a una mayor participación en los programas del cuidado y fomento de la salud.

En este sentido, Rodríguez y Rojas (1998), muestran el estado actual de algunas investigaciones en Medicina Conductual en México realizada por 50 científicos destacados que actualmente laboran en el área de medicina conductual, en diversas instituciones educativas y en institutos nacionales de salud de Chihuahua, Sinaloa, Yucatán, Veracruz y el Distrito Federal, encontrando que las líneas de investigación se distribuyeron en cinco áreas.

1. Áreas generales y específicas: Estudio de la bioética, desarrollo de modelos de intervención, epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos.
2. Estudios sobre comportamientos específicos: Adherencia terapéutica, conducta agresiva, y comportamiento antisocial.
3. Enfermedades y trastornos. Diabetes, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA y adicciones.

4. Problemas relacionados con el estado fisiológico. Estrés, dolor crónico, ira, hostilidad.
5. Modelos de intervención. Retroalimentación biológica (Biofeedback) y analgesia hipnótica.

Los parámetros empleados por los investigadores para desarrollar investigación se relacionan principalmente con la relevancia, el impacto social, el perfil epidemiológico, el surgimiento de nuevas enfermedades, los cambios demográficos y los aspectos psicológicos.

En cuanto a las técnicas de intervención se ubican en un 61% las técnicas cognitivo-conductuales, en un 22% la modificación de conducta, en un 11% la retroalimentación biológica y en un 6% la técnica de psicoterapia de grupos.

Las técnicas de análisis de información fueron: análisis de unidades fisiológicas con 30%, análisis cualitativo y análisis estadístico con 25% y análisis de unidades conductuales con 20%. En relación con los métodos de investigación incluidos fueron: investigación experimental con 46%, estudios de campo con 22%, estudios de tipo clínico con 20% y estudios cuasiexperimentales con 12%. Los escenarios donde se realizaron las investigaciones se encuentran de la siguiente manera: el 27% se realiza en instituciones educativas, en su mayoría universidades públicas, el 18% en instituciones nacionales de salud, el 10% en comunidades urbanas y suburbanas, el 13% en centros comunitarios, el 18% en instituciones privadas de salud, el 6% en asociaciones privadas y asilos y el 2% en otros.

Una vez delineado el panorama de investigación en esta área, se puede afirmar que todos los momentos del continuo salud-enfermedad desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, son abordados como temáticas de interés e investigación por la medicina conductual y la psicología de la salud, encaminadas a mejorar las condiciones de calidad de vida desde la promoción de la salud hasta ayudar a bien morir.

CAPÍTULO III

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En este capítulo se contextualiza la Hipertensión Arterial como una entidad crónica degenerativa ubicada entre las enfermedades más frecuentes dentro de los cuadros de epidemiológicos de nuestro país, integrada por diferentes factores de riesgo inherentes a la enfermedad y estilos de vida poco saludables. En este sentido la Hipertensión Arterial como padecimiento proliferador en población femenina, hace evidente el diseño de investigación e intervención psicológica destinada a proporcionar una atención integradora que atienda los componentes multifactoriales susceptibles de modificar.

3.1 Relevancia Social de la Hipertensión Arterial en México

La Hipertensión Arterial es caracterizada como el tránsito de la sangre por las arterias a una presión mayor a la deseada para la salud, causando mareos, sangrado por la nariz o dolores de cabeza. No obstante que en algunas personas afectadas no se presentan estos síntomas, ello no quiere decir que se encuentre fuera de riesgo. En estos casos a este padecimiento se le considera un asesino silencioso. Gran parte de las muertes se dan como consecuencia directa de la hipertensión arterial, de sus complicaciones sobre el sistema cardiovascular o en el riñón, otros factores que influyen sobre la HTA son el sistema nervioso, los propios vasos sanguíneos (en particular las arterias más pequeñas llamadas arteriolas), así como una serie de hormonas (Gaceta Salud, 2006).

Dos tipos de Hipertensión arterial son identificadas, la primarias o esencial que representa el 85% de los casos totales y la secundaria con el 15% del total, la cual es susceptible de ser revertida la intervenir en la posible causa (problemas renales, Problemas endocrinos, problemas neoplásicos o tumorales y problemas obstétricos) (Ramiro & Saita-Kamino, 1995).

Desde mediados de la década de los cincuenta, la hipertensión arterial se ha descrito como, una enfermedad crónica que persiste por un promedio de dos décadas antes de que sus complicaciones secundarias causen la muerte 15 a 20 años antes, en promedio, de lo esperable para la expectativa de vida normal (Perera, 1955).

En este contexto la Liga Mundial de la Hipertensión Arterial hizo un llamado urgente para que más pacientes puedan alcanzar sus metas de control internacionalmente reconocidas de 140/90mmHg o menos, en este sentido del 50% al 70% de los mil millones de personas que sufren de hipertensión en el mundo permanecen por arriba de la meta (Secretaría de Salud, 2001).

La Hipertensión Arterial como fenómeno epidemiológico asociado estilos de vida poco saludables, representa un reto en la modificación conductual que coadyuve a escenarios prepatogénicos prolongados, niveles de calidad de vida aceptables en horizontes clínicos y de rehabilitación, así como diseños de programas de prevención que intervengan en poblaciones identificadas como vulnerables.

La Hipertensión Arterial como problema de salud pública en México, se encuentra en un contexto adecuado para su permanencia entre los primeros cuadros epidemiológicos durante las próximas décadas, esto se produce a partir de la interacción de diferentes factores de riesgo como conductas de salud y nutricionales deficientes, la recidiva de enfermedades infecto contagiosas, el no acceso de servicios de salud de calidad, la predisposición genética a desarrollar determinados padecimientos y el incremento del grueso de padecimientos determinados por estilos de vida disfuncionales. Como resultado de esto se hace necesario el incremento de la efectividad y difusión de nuevas estrategias encaminadas a la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad, en donde el componente comportamental se ubica como un proceso inmuoconductual determinante, ubicado desde la promoción de la salud hasta el bien morir.

La prevalencia de la Hipertensión Arterial en México en la población de 20 años o más, resulto de 30.8%. En las mujeres, el porcentaje de diagnóstico médico previo fue mayor (18.7%) que el mismo tipo de diagnóstico realizado en los hombres (11.4%). Una relación inversa se observó en el hallazgo de hipertensión con un 20.1% en hombres y 12.1% en mujeres. Mas del 50% de los hombres a partir de los 60 años presenta hipertensión arterial, mientras que, en las mujeres, la afección se presenta en casi 60% para el mismo periodo de edad. Es importante destacar que la mayor parte de los diagnósticos en las mujeres eran ya conocidos por ellas, mientras que la mayor parte de los hombres fueron diagnosticados en el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud, 2006. (ENSA, 2006).

Lo anteriormente mencionado concuerda con datos anteriores, de la Secretaria de Salud (2001), que ubicaban a la hipertensión arterial como la enfermedad no transmisible diagnosticada con más frecuencia, con un 30.05% de la población con hipertensión arterial, equivaliendo a más de 16 millones de personas adultas, entre 20 y 69 años de edad

La prevalencia de hipertensión arterial por entidad nos muestra que los estados del sur presentan menor porcentaje de la población con esta enfermedad, en comparación con los estados del centro y del noroeste. Las entidades con las prevalencias más altas son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora (ENSA, 2006).

Es importante subrayar al cierre de esta investigación, que se sitúa a las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de muerte en nuestro país, ya sea como causa directa de hipertensión arterial o por sus complicaciones.

3.2 Transición Epidemiológica

El contexto, en el que las enfermedades crónico degenerativas y estilos de vida interactúan en perjuicio de la salud, se desarrolla en escenarios cuyos elementos se derivan de cambios cuantitativos de fertilidad y mortalidad, y del desplazamiento paulatino de enfermedades por deficiencias nutricionales e infecto contagiosas, por enfermedades crónico degenerativas asociadas a estilos de vida poco saludables, escenario denominado como de transición epidemiológica.

Anteriormente las enfermedades no transmisibles y nutricionales eran la principal causa de muerte en el mundo, actualmente esto ha cambiado, siendo las enfermedades crónico generativas, la mayor parte no transmisibles, las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial.

En las regiones de mayor mortalidad en el mundo, casi la mitad de la carga de morbilidad es atribuible a las enfermedades no transmisibles, siendo la hipertensión arterial una de las enfermedades que más contribuye a dicha carga (WHO, 2003).

En este sentido, Vega (2000), expone que este escenario denominado de transición epidemiológica es como componente principal el desplazamiento gradual de enfermedades infecciosas por enfermedades degenerativas, agrega que a la par de la transición epidemiológica se modifica la mortalidad a largo plazo y el patrón de las enfermedades que intervienen causalmente en las defunciones.

Entre los aspectos identificados como los principales factores de los cambios epidemiológicos se encuentra a: a) el incremento de la esperanza de vida de casi 80 años en países industrializados, el cual está asociado a la presencia de enfermedades relacionadas con etapas de la vida más vulnerables a dificultades de la salud y a efectos de estilos de vida poco saludables, b) cambios en el patrón alimentario a nivel mundial, orientado hacia el consumo de alimentos con elevados niveles de grasa de origen animal asociado con la ingesta elevada de bebidas alcohólicas, c) el elevado nivel de contaminación característico de grandes concentraciones urbanas que albergan la mayor parte de enfermedades crónicas degenerativas, c) el tabaquismo como proceso degenerativo y hábito ampliamente difundido entre grandes sectores de la población y d) la sobrepoblación mundial que implica un estilo de vida con inherentes elementos estresantes que forman parte de un estilo de vida que precipita a cuadros de trastornos mentales usuales entre la población como los trastornos de estado de ánimo y de ansiedad.

En el mismo sentido Omram, identifica tres periodos en la evolución histórica de las enfermedades: 1) el de las pestilencias y las hambrunas, 2) el de la declinación de las pandemias, y 3) el de las enfermedades degenerativas y originadas por el hombre. Propone, a su vez, cuatro modelos básicos de transición: 1) el clásico, u occidental, 2) una variante acelerada del modelo clásico, 3) el modelo lento o retardado y 4) una variante transicional del modelo lento caracterizado por un rápido descenso de la mortalidad, seguido pocos lustros después por una disminución de la fertilidad (citado en Vega, 2000).

El panorama denominado de transición epidemiológica ubicado actualmente, se caracteriza por la interacción de enfermedades contagiosas o de deficiencias nutricionales y enfermedades crónicas degenerativas, moduladas estas últimas en buena parte por factores inherentes al estilo de vida, estas se presentan como las de mayor significancia en cuanto a morbilidad actual, sin haber desaparecido por completo las anteriores, incluso en algunos casos presentándose brotes de algunas enfermedades infecto contagiosas y manteniéndose bajas pero constantes los niveles de padecimientos relacionados con deficiencias nutricionales.

En este contexto, Sánchez-Sosa (1998), menciona que la erradicación de enfermedades infecto contagiosas y por carencias nutricionales pueden lograrse con avances en la medicina, medidas epidemiológico-sanitarias clásicas, medidas generales de saneamiento e

inmunizaciones, pero las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles, presentes en países desarrollados y en vías de desarrollo no pueden ser resueltas de forma esencial con el perfeccionamiento tecnológico de la medicina.

En el mismo sentido, Morrow y Belig (1994) manifestaron la necesidad de que los aspectos psicológicos estén presentes en todos los pasos de los programas de salud, toda vez que la conducta humana se convierte en la cúpula ordenadora de todos los momentos de este control.

En este contexto, cabe mencionar la formulación comprensiva de la salud y enfermedad, como un modelo biopsicosocial en sucesión de un modelo puramente médico, el cual retoma en un mismo nivel componentes biológicos, psicológicos y sociales, que pueden explicar de mejor manera los vacíos explicativos del modelo clásico.

Los postulados básicos del modelo biopsicosocial responden al concepto de que los procesos de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y de que es necesario tener en cuenta estos tres tipos de factores a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento (Ballester, 1998).

Finalmente, se concibe un cúmulo de factores que interactúan y determinan la posición en el continuo salud-enfermedad del individuo, orientándolo en un escenario denominado de transición epidemiológica, hacia las enfermedades crónicas degenerativas dominantes, favorecidas por estilos de vida desadaptativos y por un modelo biomedico hasta hace poco hegemónico, que encuentra vacíos explicativos en relación a ellas.

3.3 Enfermedad Crónica Degenerativa

Las enfermedades crónicas degenerativas se caracterizan por ser un determinado trastorno orgánico funcional que implica una modificación en el estilo de vida establecido por el paciente y que gradualmente incrementarán sus efectos negativos a lo largo de la vida del paciente. Un origen multifactorial ubicado como factores ambientales (estilos de vida, estilos de afrontamiento y estrés) y factores hereditarios se constituyen como el cúmulo etiológico de este tipo de enfermedades.

Consecuencia de la conjunción de múltiples factores (biológicos, psicológicos, sociales, estilos de vida), caracterizada por signos físicos y síntomas más o menos constantes, así

como conductas y cogniciones dependientes de los recursos de afrontamiento con los que cuenta el sujeto, de su sistema de creencias y de su vulnerabilidad (Programa de residencia en medicina conductual, 2001).

Las enfermedades crónicas y degenerativas se caracterizan por la dificultad de control, ya que presentan un ritmo ascendente tanto en su prevalencia como en su incidencia; su frecuencia se incrementa a mayor edad; los pacientes no desarrollan inmunidad ante ellos y su gravedad es progresiva y discapacitante (Sanchez-Sosa, 2002). Estos padecimientos demandan cambios significativos en el estilo de vida de quien los padece, en sus actividades y en las de su familia, afectando el bienestar del paciente y de quienes lo rodean (Riveros, 2002).

Las enfermedades crónicas degenerativas afectan los diversos aspectos de la vida del paciente (actividad laboral, académica, social, física), iniciando con un estadio crítico de alteración y adaptación al impacto en los diferentes aspectos de su vida, caracterizándose por un desequilibrio físico, social y psicológico.

El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en el paciente por dos razones: la primera incluye la reacción emocional de saberse con una enfermedad incurable por el resto de su vida, y segundo, por los ajustes que se ven obligados a hacer en su estilo de vida, debido a la enfermedad (Brannon & Feist, 2002).

De acuerdo a Liben (2001), el proceso de adaptación a una enfermedad crónica degenerativa contempla, por lo menos tres variables que interactúan entre sí:

- 1.- Los eventos antecedentes (variables causales o contextuales) presentes durante el origen de la enfermedad crónica.
- 2.- El proceso dinámico de adaptación por sí mismo (reacciones subsecuentes a la enfermedad crónica).
- 3.- La anticipación de consecuencias psicosociales.

En estas últimas y en interacción con las enfermedades crónicas degenerativas en donde el individuo debe realizar una serie de ajustes cognitivos y conductuales que le confieran un mejor desempeño en presencia de la enfermedad. De este modo el individuo debe adquirir nueva información importante para entender su enfermedad (signos, síntomas y tratamiento) aunado con una serie de cambios adaptativos en los sistemas de creencias y

habilidades de afrontamiento, dirigidos a adoptar conductas que restauren la salud, las cuales pueden ser desde buscar ayuda profesional, apegarse a un tratamiento terapéutico, modular emociones dañinas, realizar ejercicio y adoptar una dieta saludable, con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida al paciente con enfermedades crónicas degenerativas.

En este sentido Moos y Tsu, (1977) mencionan que la forma habitual en que el paciente afronta los problemas no le resulta eficaz, al menos temporalmente; y como consecuencia de ello, frecuentemente experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones.

La presencia de una enfermedad crónica degenerativa implica el despliegue de diversas reacciones adaptativas por parte del paciente como: hacer frente al dolor, sufrimiento e incapacitación, afrontar el escenario clínico u hospitalario y los procedimientos de evaluación, intervención y rehabilitación que conllevan; establecer relaciones asertivas y confiables con los diferentes profesionales de la salud y obtener apoyo emocional en las redes sociales de las que dispone. En este contexto clínico el psicólogo interviene de acuerdo a las condiciones particulares de cada paciente, en el proceso de orientar racional y funcionalmente a los pacientes respecto con sus limitaciones futuras y fases de su enfermedad así como elaborar metas más razonables de acuerdo a sus condiciones.

Así pueden modificar sus prioridades y centrar su atención en aquellos aspectos que les resultan verdaderamente significativos; en algunos casos los pacientes encuentran incluso nuevas metas que no formaban parte de sus vidas anteriores (Taylor, 1983).

En el mismo sentido, De la Fuente (2004), expone que el psicólogo busca aliviar síntomas, promover un estilo de vida más sano, enfrentar los problemas psicológicos asociados con la enfermedad crónica e incrementar el cumplimiento del tratamiento médico.

Las diversas repercusiones físicas asociadas a las enfermedades crónicas degenerativas las podemos entender como el resultado directo de la propia enfermedad o como las derivadas de las propias intervenciones médicas. En las repercusiones físicas asociadas directamente a la enfermedad, encontramos todos aquellos malestares físicos persistentes, como los cambios metabólicos producidos por la diabetes, el deterioro respiratorio debido a enfermedades asmáticas, deficiencias motoras asociadas a lesiones en la médula espinal y

en algunos casos el decremento cognoscitivo resultado de apoplejías y tumoraciones cerebrales. Las repercusiones físicas derivadas de las intervenciones médicas se presentan en diversas condiciones, como los efectos secundarios de diversos fármacos empleados en la atención de la hipertensión (somnolencia, impotencia sexual, aumento de peso), la pérdida de cabello y náuseas asociadas a la quimioterapia, y las respectivas indicaciones incluidas en los mismos como cambios en los hábitos alimenticios, incremento de la actividad física o el decremento de conductas de riesgo, ejemplifican eficazmente las repercusiones físicas negativas relacionadas a las enfermedades crónicas degenerativas.

Dependiendo de los resultados, los pacientes podrán mantener niveles adecuados de funcionamiento físico, emocional y social, que a su vez generarán un mejoramiento del bienestar y su calidad de vida (Bensing, Schereurs & Ridder, 1996).

Como resultado, se presenta un alto índice de nula adherencia terapéutica e incumplimiento del tratamiento prescrito, teniendo como causa esta situación entre otros motivos, la percepción de la prescripción médica y conductual, de parte de los pacientes, como un considerable número de limitaciones y nuevas conductas protectoras a aprender, que representan una importante fuente de malestar y descontento debido a los estilos de vida previamente establecidos.

El padecer una enfermedad crónica requiere cambios en los estilos de vida, debido a que el mantenimiento, pérdida y restauración de la salud se ven afectados por el comportamiento, en este sentido es importante trabajar en el establecimiento de adherencia terapéutica específica para el paciente hipertenso. Además de los beneficios notables de la terapia farmacológica, una inadecuada adherencia al medicamento hipotensor y a recomendaciones médicas tiene como consecuencia efectos colaterales adversos tales como; labilidad en la presión arterial, riesgo de complicaciones cardiovasculares así como cerebrovasculares y un incremento en los gastos de los servicios de salud (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georigiades & Tweedy, 2002).

En este contexto, Palacios (1998) mencionó que en este proceso fundamentalmente el individuo se enfrenta a la percepción del significado de la enfermedad, donde las tareas adaptativas son uno de los factores más importantes junto con el desarrollo y despliegue de las estrategias de afrontamiento que aunadas a la adherencia terapéutica, a las

recomendaciones médicas y al uso de medicamentos, en su caso, o bien de estrategias no invasivas de autorregulación, llevan a la superación de la crisis.

Entre las estrategias no invasivas de autorregulación y de modificación conductual, encuentran: la relajación, la desensibilización sistemática y la biorretroalimentación las cuales son técnicas, empleadas en diversos problemas médicos y psicológicos que conlleva un entrenamiento paulatino hacia el afrontamiento más racional de los diferentes escenarios.

De la Fuente (2004), menciona que las intervenciones conductuales ayudan a los pacientes a cumplir los regímenes y prescripciones de los médicos. La premisa en que se basan las intervenciones conductuales en el cuidado de la salud es que un número de problemas médicos tiene entre los factores que los determinan o perpetúan la conducta inadecuada de los enfermos, y que su evolución es desfavorablemente influida por conductas adquiridas a través del aprendizaje.

Entre las estrategias cognitivo conductuales encontramos la relajación, la cual es una técnica que consiste en disminuir voluntaria y progresivamente el grado de contracción de sus músculos. Apareada con imaginación guiada que funge como mediador cognitivo de relajación, se propicia un estado de neutralidad y confort en estados caracterizados por episodios de estrés, indefensión y ansiedad, generalmente atribuidos a un disfuncional estilo de afrontamiento hacia el estrés, el cual es característico de condiciones médicas y psicológicas adversas.

La desensibilización sistemática se basa en los principios del contracondicionamiento y fue diseñada para ayudar a la persona a desarrollar estrategias que le permitan superar condiciones que le generan ansiedad, como pueden ser algunos síntomas de los padecimientos, intervenciones médicas y escenarios generadores de estrés coadyuvantes de conductas de enfermedad que interfieren en la adherencia terapéutica.

De acuerdo a De la Fuente (2004), inicialmente la desensibilización sistemática aborda una lista realizada por el paciente y terapeuta, la cual describe escenarios graduales que describen escenas relacionadas con la situación generadora de ansiedad, desde la menos atemorizante hasta la más atemorizante; después se enseña al paciente a relajarse, una vez que el paciente es capaz de relajarse en forma satisfactoria, comienza el proceso de desensibilización propiamente dicho. Se presentan imaginariamente las escenas de la lista

que se ha elaborado inicialmente. Se considera que una escena se ha desensibilizado cuando el paciente es capaz de imaginarla y llevarla al escenario real con una presencia mínima de ansiedad la cual no representa disfuncionalidad.

En el escenario clínico, es necesario puntualizar que es la interacción de distintos factores la que define las condiciones crónicas degenerativas. Siguiendo esta indicación, la medicina conductual evita el problema antes de que aparezca, o bien actúa cuando los factores ya se manifiestan, propiciando la adopción de ciertos estilos de vida, integrados por factores protectores encaminados al incremento de la calidad de vida.

3.4 Clasificación de la Presión Arterial

De acuerdo con el séptimo informe del Comité Nacional para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial (JNC-7, 2006), cuya función es la elaboración de guías e informes para incrementar el conocimiento, prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial. Se ubican cuatro categorías clasificatorias de presión arterial para adultos mayores de 18 años, denominadas como presión normal, prehipertensión, hipertensión arterial estado 1 e hipertensión arterial estado 2. Dicha clasificación está basada en la media de dos o más medidas correctas, en posición sentado en cada una de dos o más visitas en consulta. En contraste con el 6 Informe JNC, se incluye una nueva categoría denominada prehipertensión , y los estadios 2 y 3 anteriormente delimitados, han sido unificados. En este sentido los pacientes con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los individuos cuyas cifras se ubiquen de 130-139/88-89 mmHg tienen doble riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras inferiores. Ver tabla 1.

La categoría de prehipertensión, se asocia con la relación de riesgo de eventos enfermedad cardiovascular y presión arterial elevada, recomendando el incremento de la educación para la salud por parte de los profesionales de la salud, para reducir los niveles de presión arterial y prevenir el desarrollo de hipertensión arterial.

Tabla 1. Clasificación y manejo de la PA en adultos

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
Normal	<120	y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
Prehipertensión	120- 139	ó 80- 89	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC)
HTA: Estadío 1	140- 159	ó 90- 99	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	según sea necesario
HTA: Estadío 2	>160	ó >100	Sí		

* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

***Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

En el mismo sentido el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial, realiza dentro de la guía para la prevención y manejo de Hipertensión Arterial 8 observaciones clave.

* En personas mayores de 50 años la Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor de 140 mmHg es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) mucho más importante que la Presión Arterial Diastólica (PAD).

* El riesgo de ECV comienza a partir de 115/75 mmHg se doble con cada incremento de 20/10 mmHg; Los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

* Los individuos con PAS de 120-139 mmHg o PAD de 80-89 mmHg deberían ser considerados como prehipertensos y requieren promoción de la salud respecto a modificación de estilos de vida para prevenir la ECV. Los diuréticos tipo tiazida deberían ser usados en el tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes con HTA no

complicada, bien solos o combinados con otras clases de fármacos. Ciertos estados de alto riesgo constituyen indicaciones para el tratamiento inicial con otras clases de fármacos antihipertensivos (IECAs, ARA-2, Betabloqueadores, Bloqueantes de los canales de calcio).

* La mayoría de los pacientes con HTA requerirán dos o más medicaciones antihipertensivas para conseguir el objetivo de la Presión Arterial (<140/90 mmHg, o <130/80 mmHg en diabéticos ó enfermedad renal crónica).

* Si la Presión Arterial es >20/10 mmHg superior al objetivo de presión arterial, debería considerarse iniciar la terapia con dos fármacos, uno de los cuales debería ser por norma un diurético tipo tiazida.

* La más efectiva terapia prescrita por el médico más exigente solo controlará la presión arterial si los pacientes están motivados. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas y confían en su médico. La empatía construye la confianza y es una potente motivador.

* Finalmente, al presentar esta Guía, el Comité reconoce que es responsabilidad de los médicos el enjuiciamiento de la misma,

3.5 Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial es una afección en la que se produce una elevación anormal de la presión dentro de las arterias representando un el riesgo para múltiples alteraciones orgánicas, entre los que se encuentran el ictus, la ruptura de un aneurisma, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y lesiones del riñón. La hipertensión arterial se refiere a un cuadro de presión arterial elevada, independientemente de la causa.

La Presión Arterial sanguínea se mide en base a dos valores: una es la presión sistólica y la otra la presión diastólica. La medición sistólica registra un valor más elevado y representa, la cantidad de presión arterial que se produce cuando se contraen los ventrículos y el corazón está bombeando; el registro más bajo representa la medición diastólica y corresponde a la relajación de los ventrículos y el descansar del corazón entre un latido y otro. La cifras de presión arterial normal se representan como 120mmHg para la presión sistólica y 80mmHg para la presión diastólica la cual varía de acuerdo a la edad, actividad física, sexo, hora del día.

Este complejo sistema se entiende como el envío de sangre del ventrículo izquierdo hacia la arteria aorta distribuyéndose así en el organismo, a su vez el ventrículo derecho debe expulsar la misma cantidad que el izquierdo.

En el mismo sentido, Reynoso y Seligson (2005) mencionan que esta expulsión de sangre por el ventrículo izquierdo en la pequeña cantidad de tiempo de 0.4 segundos a una tasa cardiaca de 60, tiene como fin colocar 80ml de sangre en el orificio de 2.5 cm² de área de la aorta, lo que supone la suficiente elasticidad para distenderse al momento de recibir esa cantidad de sangre, de manera que la presión dentro de ella no aumente demasiado.

En el mismo contexto, ubicamos dos tipos de hipertensión arterial identificadas como hipertensión arterial primaria o esencial que representa el 85% de los casos totales y la secundaria que abarca el 15% del total, la cual es susceptible de ser revertida al intervenir en las causas subyacentes.

La presión arterial elevada se concibe como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140mmHg, una presión diastólica en reposo superior o igual a 90mmHg o la combinación de ambas, lo cual representa la mayoría de los casos. Un variante de las mismas representa la hipertensión sistólica aislada, en la cual el valor de la presión sistólica es superior o igual a 140mmHg, pero la presión diastólica es menor de 90mmHg, la cual representa normalidad de la misma. La hipertensión sistólica aislada se incrementa en la edad avanzada, la presión arterial varía a lo largo del desarrollo, en general los niños y bebés tienen una presión arterial más baja que los adultos, en estos la presión sistólica aumenta hasta los 80 años y una presión diastólica que aumenta hasta los 55 a 60 años. Determinadas actividades como hacer ejercicio, aumentan la presión arterial, mientras que la misma disminuye en estado de reposo, en tanto que el momento del día también influye, ya que es más elevada por la mañana y más baja por la noche durante el sueño (Merck Sharp & Dohme, 2000).

3.5.1 Síntomas de la Enfermedad

La Hipertensión Arterial se caracteriza por ser una enfermedad silenciosa, ya que los datos referentes a los síntomas como dolor de cabeza, zumbidos en los oídos o pequeños destellos visuales también son característicos de múltiples enfermedades e incluso del cansancio normal de una vida agitada, por lo que ocasionalmente son desestimados, y finalmente detectados en revisiones médicas posteriores; otros síntomas que son asociados

a la (HA) son las cefaleas, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio las cuales también pueden aparecer con similar frecuencia en individuos con presión arterial normal.

Datos encontrados a partir de inspecciones del fondo del ojo, donde usualmente se presentan los efectos de la Hipertensión Arterial, específicamente sobre las arteriolas, lesiones cardiacas, de función renal y disminución de flujo sanguíneo cerebral representan datos clínicos que permiten una mejor valoración y diagnóstico de la gravedad de la Hipertensión Arterial (Merck Sharp & Dohme, 2000).

En personas con Hipertensión Arterial grave sin tratamiento, síntomas como cefaleas, fatiga, náuseas, vómitos, disnea y visión borrosa pueden atribuirse a lesiones en el cerebro, los ojos, el corazón y los riñones, en situaciones extremas se pueden presentar asociadas a somnolencia, coma por edema cerebral y alteraciones del estado de conciencia, dando como resultado el cuadro clínico llamado Encefalopatía Hipertensiva.

En este contexto, Seligson y Reynoso (2005), mencionan que una complicación de la hipertensión arterial es el accidente vascular cerebral, cuyos síntomas son: sensación de debilidad o calambres en la cara, brazo o pierna, o en una sola parte del cuerpo, sensación de confusión repentina, dificultades para hablar o para entender lo que le dicen, dificultad para ver con alguno de los ojos, dificultad para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o de la coordinación, dolor de cabeza repentino y fuerte, sin causa aparente y que no se quita con medicamentos.

De la misma manera, Berlanga (2006) expone que la etiología de algunos de estos síntomas no está bien determinada aunque lo más probable es que se deba a la producción de microinfartos cerebrales degenerados por la hipertensión, argumentando que para que exista un cuadro de hipertensión arterial se requiere que la misma, tenga ya un buen tiempo de instalada, y por lo general, en estos pacientes ya hay antecedentes de daño en otros órganos, como el corazón o el riñón, lo cual facilita el diagnóstico. Esta entidad consiste en un síndrome caracterizado por una elevación importante de presión arterial (presión diastólica por arriba de 30mmHg), asociada a cefalea intensa, náusea vómito, convulsiones, delirium, estupor y estados de coma, asociado con cuadros neuropsiquiátricos que producen alteraciones en el estado de conciencia, acompañadas de signos neurológicos focales que pueden ser transitorios.

Finalmente la Hipertensión Arterial como padecimiento integrado por una difuminación de síntomas atribuibles a entornos clínicos diversos, conlleva dificultades en la identificación de características por parte del individuo en estadios previos de la enfermedad, haciéndose evidentes las mismas en etapas patogénicas posteriores que conllevan repercusión directa en la calidad de vida del individuo.

3.5.2 Detección de la Hipertensión Arterial

La detección de la Hipertensión Arterial usualmente es realizada a partir de varias revisiones, una forma sencilla de detectar anomalías en la presión arterial es una valoración después de que la persona haya estado sentada o acostada durante 5 minutos. Una lectura de 140/90mmHg o más es considerada alta; la detección de la hipertensión arterial no se puede basar en una sola medición, cuando se registra una evaluación inicial elevada se recomienda mediciones subsecuentes, para asegurarse que la hipertensión persiste (Merck Sharp & Dohme, 2000).

En este sentido Reynoso y Seligson (2005) sugieren algunas consideraciones:

- Una sola lectura elevada de la presión arterial no determina un diagnóstico de Hipertensión Arterial.
- El estudio sistemático del paciente permitirá establecer si padece o no de Hipertensión Arterial.
- La existencia de alteraciones de fondo de ojo y su evolución en el tiempo permiten pronosticar la malignidad relativa de la Hipertensión.
- Los datos de lesión cardíaca evidencian la presencia de cardiopatía hipertensiva, problema mayor que puede conducir a la muerte, ya sea por infarto o por insuficiencia cardíaca.
- En muchas ocasiones, al no haber datos clínicos, la persona ignora que presenta la enfermedad, por lo que se recomienda siempre tomar la tensión arterial a todos los pacientes y, en caso de encontrar cifras aparentemente normales, vigilarlos y efectuarles tomas frecuentes de tensión arterial hasta corroborar o eliminar el diagnóstico.
- Un paciente que es detectado como hipertenso debe ser estudiado cuidadosamente, con el fin de determinar si su hipertensión es secundaria o esencial.

- Una vez diagnosticado un paciente como hipertenso esencial, deberá quedar claro si su hipertensión es maligna o no, así como sus cifras.
- Cuando un individuo presenta cifras elevadas de presión arterial en ocasiones, y en otras oportunidades obtiene valores normales en el límite superior, es factible considerarlo como Hipertenso limítrofe y su manejo puede efectuarse por técnicas conductuales exclusivamente, sin usar fármacos.
- La hipertensión esencial es un problema crónico, por lo que es muy recomendable la participación de un psicólogo en el tratamiento, ya sea para coadyuvar en la adherencia terapéutica o en el afrontamiento del individuo, además del tratamiento conductual.
- Cada paciente reacciona de forma diferente a la terapéutica medicamentosa, por lo que el médico debe individualizar las dosis de fármacos.

En este contexto, Sánchez-Sosa (1998), menciona que la adopción de hábitos protectores incluye atender signos potenciales de inicio de un padecimiento, esto incluye lo que recomiendan los especialistas en el sentido de hacerse exámenes periódicos que busquen la detección precoz del desarrollo de padecimientos en sus etapas más tempranas modificando significativamente sus probabilidades de avance.

Cuando es detectada la hipertensión generalmente se efectúa una valoración de sus efectos sobre los órganos principales entre los que se encuentran los riñones, vasos sanguíneos, el cerebro y el corazón. Un ruido anómalo, denominado el cuarto ruido cardíaco, que se inspecciona con un fonendoscopio, es una de las primeras alteraciones cardíacas causadas por la Hipertensión. Cambios en el funcionamiento del corazón, debido a un incremento de trabajo para bombear sangre a una presión elevada, se detectan mediante pruebas diagnósticas como un electrocardiograma, una exploración radiológica y el ecocardiograma.

Las pruebas diagnósticas más comunes de acuerdo a Merck, S. & Dohme (2000), son:

1.- Electrocardiograma: Un electrocardiograma es un método mediante el cual se ejemplifican los impulsos eléctricos del corazón, registrándose en un papel en movimiento. El electrocardiograma (ECG) permite analizar los latidos del corazón, las vías nerviosas de conducción de los estímulos, la velocidad y el ritmo cardíaco. Para realizar ECG, se colocan electrodos sobre la piel de los brazos, piernas y del tórax del paciente que registran

el flujo y la dirección de las corrientes eléctricas del corazón durante cada latido. Los diferentes electrodos están conectados a una máquina que produce diferentes trazados específicos llamados derivaciones, cada uno de ellos representa el registro de la actividad eléctrica de una parte del corazón. En el ECG se detectan muchas clases de anomalías, las más fáciles de comprender son las del ritmo de los latidos cardiacos: demasiado rápido, demasiado lento o irregular, la lectura del ECG permite determinar en qué parte del corazón comienza el ritmo anormal para determinar el diagnóstico.

2.- Exploración radiológica: La exploración radiológica del tórax de frente y de perfil, muestran la forma y el tamaño del corazón, mostrando las siluetas de los vasos sanguíneos en los pulmones y el tórax, así como depósitos de calcio en el seno del tejido cardiaco. En este caso el aspecto de los vasos sanguíneos pulmonares suele ser más importante para el diagnóstico que el aspecto propio del corazón. Un aumento en el tamaño del corazón puede estar relacionada con una insuficiencia cardiaca o una válvula anormal, teniendo en cuenta que en algunas personas que presentan enfermedades cardíacas, el tamaño suele presentarse normal.

3.- Ecocardiograma: El ecocardiograma es uno de los métodos más empleados en la detección de problemas cardiacos, teniendo como sus principales ventajas el no utilizar procedimientos invasivos ni la utilización de rayos X. El ecocardiograma emplea ondas ultrasonoras del alta frecuencia, emitidas por una sonda de grabación, que impactan contra la estructura del corazón y de los vasos sanguíneos, que al rebotar proporcionan una imagen que aparece en una pantalla de vídeo, en la cual se pueden detectar anomalías en el movimiento de las cavidades cardíacas, el volumen de sangre bombeado con cada latido, el grosor y las enfermedades del saco que envuelve al corazón y la presencia de líquidos entre el pericardio y el músculo cardiaco. Cambiando el ángulo y la posición de la sonda, se observan el corazón y los principales vasos sanguíneos desde diferentes ángulos, con el objetivo de obtener una imagen más detallada de las estructuras y del funcionamiento cardiaco. Los principales modalidades de exámenes con ultrasonido son el modo M, Bidimensional, Doppler y Doppler a color.

De acuerdo a lo especificado en el JNC-7 (2006), la evaluación de los pacientes con HTA documentada tiene tres objetivos:

1.- Constatar el estilo de vida e identificar otros FRCV o desordenes concomitantes que puedan afectar al pronóstico y como guía del tratamiento

2.- Evaluar causas identificables de elevación de la PA.

3.- Aclarar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y ECV.

3.5.3 Factores de Riesgo

La naturaleza de los trastornos cardiovasculares (HA) es compleja, se considera como un trastorno multifactorial en el cual interaccionan factores genéticos, psicológicos y de estilo de vida, durante su desarrollo y mantenimiento, esta serie de factores de riesgo, son conceptualizados como la presencia de estos antes del comienzo de la enfermedad con valor predictivo en poblaciones diversas, con plausibilidad patogénica y disminución o erradicación de la enfermedad una vez reducido o eliminado el factor de riesgo, no existiendo un sólo factor predisponente. Eventos, condiciones o conductas que incrementan la probabilidad de aparición de alguna enfermedad física.

Diversas son las formas de concebir los factores de riesgo, siendo la más coerciva la de detectar relaciones, funcionando algunos como factores dístales y otros como proximales, ya delineados estos, servirán para estructurar intervenciones preventivas, de recuperación y rehabilitación.

Los factores de riesgo se consideran como aquellos aspectos multifactoriales que propician la aparición y desarrollo de alguna enfermedad física o trastorno psicológico cualesquiera que esta sea. Eventos, condiciones o conductas que incrementan la probabilidad de aparición de alguna enfermedad física (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

De acuerdo a lo especificado en el JNC-7 (2006), los factores de riesgo mayores considerados para desarrollar hipertensión arterial son las siguientes:

Tabaquismo	Obesidad (IMC>30kg/m)	Inactividad física
Dislipemia	Diabetes	Microalbuminuria
Edad mayor de 55 años y 65 en mujeres.		

Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (Hombres menores de 55 años ó mujeres menores de 65 años).

Dentro de los factores de riesgo se consideran aquellos nombrados como inherentes, que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifique el estilo de vida y los relacionados mayormente con aspectos de estilos de vida susceptibles de ser modificados en beneficio de la persona.

En un panorama ubicado de prepatogénesis, Larkin y Semenchuk (1995) señalaron que la interacción entre dos tipos de factores de riesgo, los biológicos (antecedentes de prevalencia de hipertensión familiar, edad avanzada, sexo masculino y diabetes mellitas) y factores mediados conductualmente (tabaquismo, niveles elevados de colesterol en sangre y obesidad) determinan un desarrollo precoz de hipertensión arterial y problemas de cardiopatía en general en población abierta.

3.5.4 Factores de Riesgo Modificables

Los factores riesgo considerados como modificables se asocian a conductas de cualquier sujeto que le permiten su funcionamiento cotidiano, alimentación, actividad física, usos de medidas de seguridad en el transporte, uso de medidas de seguridad en el trabajo, percepción de riesgo para la salud, uso de medidas preventivas ante posibles enfermedades, visitas periódicas a los profesionales de la salud, adherencia terapéutica cuando sea necesario.

Factores de riesgo modificables: Son aquellos asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables (Figuerola & Ramos, 2006).

En este contexto, García-Vera (2000) menciona que el comportamiento de las personas y su grado de activación ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana provocan incrementos de la presión arterial que, en función de variables individuales de predisposición, podrían prolongarse en el tiempo desencadenando un trastorno de hipertensión. En el mismo sentido, Smith (1995), expone que los modelos desde el panorama psicológico en relación a la asociación entre conductas de riesgo de padecimiento coronario y salud, incluyen la conducta tipo A y la hostilidad característica de la persona, los cuales son el modelo de reactividad psicofisiológico, el modelo de vulnerabilidad psicosocial y el modelo transaccional.

Conducta Tipo A

El estrés y sus repercusiones en la salud asociadas a enfermedades cardiovasculares, se asocian con patrones conductuales estables enraizados en el individuo, caracterizados por estrategias de comunicación irritables, movilización de relaciones interpersonales autoritarias y expresión constante de ira. En este sentido patrones conductuales asociados a trastornos médicos se han identificado como precursores de un desgaste constante de la capacidad de individuo de autocontrol, propiciando así el despliegue de factores de riesgo orientados a escenarios patogénicos con etiología psicológica.

El patrón de Conducta Tipo A, se ha identificado como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria tan importante como la hipertensión arterial y el colesterol, debido a que por primera vez un patrón conductual no asociado con conductas de consumo o síntomas clínicos ha precedido exitosamente la emergencia de una gran enfermedad física.

En el caso de las mujeres, las de tipo A tiene el doble de riesgo de padecer enfermedad coronaria y el triple en el caso de angina de pecho, comparadas con las de tipo B (Haynes, Taylor & Sackett, 1979).

En este contexto Friedman y Rosenman (1974), definen el patrón conducta tipo A como un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica, incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, en contra de las personas o de las cosas si ello fuera necesario.

El Patrón de conducta tipo A, se caracteriza por un conjunto de acción-emoción cuyos componentes son urgencia, impaciencia, implicación laboral y actitudes duras y hostiles. Este estilo de funcionamiento es una factor de riesgo para la cardiopatía isquemia equivalente, en cuanto a valor predictivo, a la suma de los cuatro factores de riesgo tradicionales (hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad) *Review Panel on Coronary Prone Behavior and Coronary Heart Disease*, 1981.

En el mismo sentido encontramos el patrón de personalidad C acuñado relativamente reciente, el cual se encuentra en proceso de investigación intentando aclarar la relación entre factores psicológicos y predisposición a desarrollar cáncer, estudiando al igual que en la conducta tipo A, diferencias individuales, rasgos característicos y estilos de

afrontamiento, asociados a la desajuste del sistema inmune, precipitando así la presencia de cáncer.

Obesidad

De acuerdo con la evidencia de investigación la obesidad se ubica dentro de los principales factores de riesgo relacionado con el estilo de vida, la obesidad es considerada como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, se concibe como un de los factores de riesgo preponderantes en problemas de Hipertensión Arterial.

Aquellas personas cuyo peso excede un 20 por ciento o más el punto medio de la escala de peso según el valor estándar peso/altura son consideradas obesas, en este aspecto es necesario recordar que la obesidad puede clasificarse como leve el cual es del 20 al 40 por ciento de sobrepeso o grave que es más del cien por ciento de sobrepeso, asociado con la obesidad el colesterol en niveles elevados se encuentra como uno de las mayores factores de riesgo de diferentes problemas de salud relacionados con la Hipertensión arterial. El colesterol y los triglicéridos, en conjunción con proteínas se desplazan por la sangre con el objetivo de formar complejos lipoproteicos, cabe mencionar que cada lipoproteína es distinta, las de baja densidad comprendidas de los tejidos periféricos al hígado, lugar en donde se metabolizan y desechan, por lo anteriormente mencionado se presenta una mayor relación significativa positiva entre los niveles de baja densidad y los problemas cardiovasculares y su contraparte muestra una relación negativa en cuanto a niveles altos de densidad y los problemas de salud referidos (Moreno, Monereo & Álvarez, 2000).

El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a acerca de 70% de la población (mujeres 71.9%, hombres 66.7%) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Sin embargo entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres. La prevalencia de la obesidad en los adultos y menores de edad se ha ido incrementando con el tiempo (Aranda y cols, 2001).

La obesidad asociada a la Hipertensión Arterial es el resultado de la interacción de varios factores como: el consumo de una cantidad mayor de calorías que las que el cuerpo utiliza; hábitos alimenticios deficientes (ingesta de alimentos altos en grasa y limitados en nutrientes); el síndrome de alimentación nocturna, actividad física sedentaria, factores genéticos que de acuerdo con diferentes datos de investigación, influye con el 33% en peso corporal, variando la misma en términos individuales, factores socioeconómicos que tienen

un papel preponderante en la calidad de alimentos a los que se pueden tener acceso las mujeres de nivel socioeconómico bajo más que las de nivel más alto, por el mayor tiempo y recursos que las mujeres de nivel socioeconómico alto destinan a conductas protectoras de su salud y factores psicológicos que se relacionan con los notables prejuicios en relación a las personas obesas, interactúan y determinan la obesidad presentada en un número considerable de estas personas.

En el mismo sentido, Aranda y cols. (2001), mencionan que la obesidad por sí sola aumenta el riesgo cardiovascular sobre todo en mujeres jóvenes, más aún la obesidad central, con su expresión más común en el aumento del cociente cintura-cadera, que aumenta en la mujer tras la menopausia, se ha observado que tras 12 años de seguimiento, se presenta como un factor de riesgo independiente de infarto de miocardio, angina, ictus y mortalidad global en mujeres.

Sedentarismo

Otra conducta de riesgo para la salud es el sedentarismo característico de estilos de vida asociados con problemas cardiovasculares, este se comprende como una de las conductas de mayor susceptibilidad de ser modificada por el médico conductual.

Se considera sedentario a quien no realiza una actividad física o ejercicio regular, idealmente aeróbica e isotónica (caminar, nadar o hacer bicicleta) mínimo tres veces por semana de 30-40 minutos de duración. Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial (Chobanian, 2003).

En este contexto, Reynoso y Seligson (2001), mencionan que la persona sedentaria tiene un corazón que trabaja más veces, tiene más latidos cardíacos que una persona que hace ejercicio como caminar o trotar; cuando el corazón late menos veces por minuto, su fuerza mejora, ahorra energía y dispone de más tiempo para oxigenarse.

Tabaquismo

En el mismo panorama de factores de riesgo el hábito de fumar está asociado con la Hipertensión Arterial, en la medida en que se relacionan con la edad actual, la edad a la que comenzó a fumar la persona, el sexo y la cantidad promedio de consumo de cigarros actual determina el grado de malignidad del padecimiento.

En México la cantidad de hombres que fuman es tres veces mayor a la de las mujeres fumadoras, independientemente de la edad que tengan. Puede observarse un incremento en las mujeres que fuman al comparar la población por grupos de edad entre la ENSA (2002) y la ENSANUT (2006). Así por ejemplo, en las mujeres del grupo de 20 a 29 años, la proporción aumento del 8.4% al 10.7%; en el de 50 a 59 años, de 9.4% a 10.1%, y en el de 70 a 79 años, de 5 a 6.3% (ENSA, 2006).

En el mismo sentido, Aranda y cols. (2001), mencionan que la prevalencia del tabaquismo es mayor en mujeres menores de 40 años que en mayores de esa edad, por lo que puede considerarse al tabaquismo como el principal riesgo cardiovascular en mujeres menores de 40 años.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2003), cada diez minutos fallece una persona a causa de la aspiración del humo de tabaco, lo que arroja 144 muertes por día, en el mismo sentido la Secretaria de Salud (2006), menciona que en México el consumo de tabaco es mayor entre los estratos de 35 a 65 años de edad, o sea, casi el 72% del total de los fumadores. El 2.5% es de menores de 18 años de edad, alrededor de 25 mil jóvenes, incrementándose sustancialmente en los diferentes estratos poblacionales del sexo femenino, el consumo de tabaco.

En este contexto, es indispensable analizar factores que influyen en la conducta de fumar, como son los acontecimientos y escenarios estresantes asociados a la conducta de fumar. Epstein y Jennings (citado en Roa, 1992) han subrayado tres hipótesis compatibles en las que el consumo del tabaco y eventos estresores podrían interrelacionar para incrementar el riesgo de trastornos cardiovasculares en un fumador; se resume en que la exposición a los estresores puede influir directamente en el incremento de la conducta de fumar; fumar puede incrementar la exposición a situaciones de estrés psicológico ya que fumar reduce la ansiedad subjetiva y la sensibilidad a un estímulo aversivo; y por último el efecto del tabaco y el estrés en los trastornos coronarios puede ser aditivo o sinérgico, de tal manera que los fumadores estresados pueden tener más alto riesgo que los fumadores no estresados.

Estrés

En términos generales se ha observado que las personas con Hipertensión Arterial muestran una mayor reactividad ante estímulos o eventos estresantes y una lenta y

prolongada recuperación cardiovascular postestrés, situación que ha llevado a suponer que estos individuos son más vulnerables a desarrollar enfermedades cardiovasculares ya que el estrés favorece un mayor trabajo cardíaco e incrementa la tensión arterial donde sus efectos negativos parecen estar determinados por la frecuencia, intensidad y amplitud de la respuesta física al estrés.

En este contexto, Pickering (1995) menciona que los factores psicológicos desempeñan factores de riesgo en el desarrollo de la hipertensión arterial, entre los cuales se encuentran los efectos del estrés medio ambiental, diferencias de rasgos de personalidad entre individuos hipertensos y normotensos y diferencias individuales de susceptibilidad (reactividad) ante el estrés.

Es a partir de Lazarus y Folkman (1986), que se concibió al estrés con inherencia cognitiva en relación a la valoración que realiza el individuo de sucesos considerados como estresantes, así como de los recursos y estrategias disponibles para afrontarlos eficaz o desadaptativamente, en este sentido podemos encontrar que las repercusiones del estrés, se encuentran relacionadas con respuestas fisiológicas localizadas en el sistema inmunológico, sistema hormonal y el sistema autónomo contraproducentes para el individuo. En este mismo contexto encontramos dos estilos generales de afrontamiento, el enfocado a problemas, cuyo proceder es el realizar acciones directas para resolver el problema y el afrontamiento enfocado en emociones que realiza estrategias para disminuir las reacciones emocionales negativas relacionadas con el estrés.

El estudio del estrés en relación con la Hipertensión Arterial, se ha desarrollado en torno a dos variables la Reactividad Cardiovascular y la Recuperación Cardiovascular, la primera referente a la actividad fisiológica asociada con la magnitud, patrones, y/o mecanismos de las respuestas cardiovasculares relacionadas con la exposición a estresores psicosociales y la segunda expresada como la capacidad de recuperación del organismo para sobreponerse a la sobreactivación fisiológica causada por un estresor psicosocial, esta fase posterior a la exposición al estresor psicosocial (fase de descanso) es considerada incluso como un factor de riesgo más trascendente que la Reactividad Cardiovascular en el sentido de que si los efectos del Estrés permanecen un tiempo prolongado estos pueden propiciar problemas a la salud de mayor trascendencia, en este contexto la presencia y combinación de ambas representan un índice confiable de predicción de Hipertensión Arterial en el individuo.

En relación a lo anteriormente mencionado, Kaplan y Sallis (1993) mencionan que la mayor parte de las intervenciones en relación a la hipertensión arterial, abarcan el control y monitoreo de la presión arterial, control dietético, adherencia al medicamento prescrito, reducción del consumo de alcohol, actividad física y manejo adecuado del estrés.

Factores de Riesgo No Modificables

Los factores de riesgo no modificables, se ubican como aquellos cuya procedencia, son de naturaleza constitucional o genética, los cuales por medio de modificaciones en estilos de vida saludables no pueden ser eliminados, en tanto si pueden ser controlados en su desarrollo y predisposición.

Factores genéticos

Los factores genéticos, relacionados con antecedentes familiares de trastornos cardiovasculares se consideran como un mecanismo precipitador para la presencia de hipertensión arterial y otros trastornos asociados, el cual es modulado en mayor parte por estilos de vida poco saludables.

En lo que se refiere al desarrollo de numerosas patologías, el desarrollo fetal tiene influencia en la etapa postnatal y en la etapa adulta, y a esto no escapa la hipertensión arterial. En especial el peso en el momento del nacimiento puede precipitar el desarrollo de trastornos vasculares. El bajo peso al nacer y el sufrimiento fetal han sido fuertemente relacionados con alteraciones sistemáticas como diabetes, hiperlipemias e hipertensión arterial. El agravamiento de una hipertensión arterial preexistente durante el embarazo por lo habitual se asocia con nacimientos de fetos con bajo peso, por ello, en estos casos es difícil distinguir cuánto hay de influencia genética y cuánto de factores epigenéticos de la gestación en la aparición de hipertensión arterial en los niños (Lépori, 2005).

Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión alta, se tiene el 60% de probabilidades de desarrollarla (VanderSande, Walraven, Milligan, Banya, Nyan & McAdam, 2001).

Edad

La edad es un factor de riesgo en ambos sexos para el desarrollo de hipertensión arterial, debido a cambios funcionales y estructurales sobre el sistema cardiovascular, en las

mujeres suele desarrollarse aproximadamente 10 años más tarde la hipertensión arterial, siendo este el padecimiento modificable más importante tras la menopausia.

En este sentido, Aranda y cols. (2001), mencionan que los valores medios de tensión arterial en las mujeres suelen ser mayores en mujeres que en varones a partir de la quinta década de edad. Aunque en estas diferencias influyen factores medioambientales, sobre todo el sobre peso, cada día parece más evidente el papel desempeñado por el hipoestrogenismo posmenopáusico. La evidencia fisiopatológica indica que, a través de los efectos de la reducción de estrógenos, conjugados con factores medioambientales (sobrepeso, obesidad y baja ingesta de calcio), la menopausia induciría modificaciones funcionales y estructurales vasculares y renales que facilitarían el desarrollo de la Hipertensión Arterial.

Varios estudios han señalado la gran diferencia existente en la incidencia de cardiopatía isquémica en los varones y en las mujeres antes de los 50 años, considerándose que por debajo de esta edad las mujeres tiene un riesgo diez veces menos que los varones de desarrollar cardiopatía isquémica, esta diferencia va disminuyendo a medida que avanza la edad, siendo la menopausia un punto de inflexión claro en el aumento de dicha incidencia, no obstante no todos los autores están de acuerdo en esto, de cualquier modo la menopausia produce numerosas alteraciones metabólicas que podrían poseer cierto riesgo aterogénico (Alegria & et al., 1991).

Sexo

Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir Hipertensión arterial que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos (Chobanian, 2003).

Estudios con mujeres han encontrado que éstas tienen tasas más bajas de morbimortalidad secundarias a cualquier nivel de hipertensión, es decir que toleran mejor la hipertensión que los hombres (Vokonas, Panel & Cupples, 1998).

En este contexto, Suarez (2001), menciona que en las mujeres, es en la menopausia donde la prevalencia de la hipertensión es mayor, recordando que es el estado hormonal y no el sexo el principal factor protector de riesgo cardiovascular.

En este sentido Davison & Neale, (2002), mencionan que el género es otro factor predisponente para desarrollar enfermedades, se sitúan diferencias entre los niveles de

morbidez y mortalidad, en este aspecto, las mujeres presentan menor mortalidad relacionada con los problemas cardiovasculares, en contraposición con porcentajes más altos de morbilidad (mala salud generalizada o varias enfermedades específicas), sin embargo las tendencias actuales muestran que ya no aventajan tanto a los hombres en lo que respecta a la mortalidad relacionada con enfermedades cardiovasculares. En los pasados 30 años, la tasa de muerte por enfermedad cardiovascular se redujo en los varones en tanto que permaneció casi igual en ellas.

En relación a la Hipertensión Arterial, el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial (JNC-7, 2006), mencionan que los anticonceptivos orales pueden incrementar la hipertensión arterial y el riesgo de hipertensión arterial incrementa con la duración de su uso, en contraposición el uso de la terapia hormonal sustitutiva no aumenta la hipertensión arterial, en este contexto las mujeres que quedan embarazadas deberían ser seguidas de forma exhaustiva debido al incremento de riesgo para la madre y el feto.

CAPÍTULO IV

ESTRÉS COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD

En este capítulo se analiza el estrés como factor de riesgo para la salud asociado con la presencia de diversas enfermedades y padecimientos, el estrés se ha destacado en las últimas décadas como proceso de atención por parte de los profesionales de la salud, dentro del continuo Salud-Enfermedad. Desde que Hans Selye empleó en 1936 el término Síndrome de Adaptación General (SAG) como modelo descriptivo de la reacción biológica al estrés constante e inevitable, en este sentido, el estrés se relaciona con repercusiones en el sistema inmunológico, sistema hormonal y el sistema autónomo, expresadas como un conjunto de respuestas fisiológicas contraproducentes para nuestro organismo, asociados con estilos de afrontamiento desadaptativos.

De acuerdo al modelo de Síndrome de Adaptación General (SAG), se presentan tres fases; la primera se relaciona con la activación de la reacción de alarma, en esta fase el sistema nervioso autónomo es activado para tolerar el estrés, durante la segunda fase se produce por parte del organismo una resistencia al estrés, si ésta no es suficiente se produce la tercera fase en la cual se presenta un estadio de agotamiento, la cual puede producir daño irreversible en el organismo o la muerte del mismo.

Lo que sabemos del estrés psicológico ha cambiado y seguirá fortaleciéndose con seguridad con la divulgación de estrés y salud; hace 10 años considerábamos que el campo de la salud era importante porque revelaba un mecanismo de un solo sentido con un solo desenlace, hoy sabemos que es una vía, que puede tener muchos y variados desenlaces. En otras palabras, el estrés elevado constante inmanejable puede llevarnos a un infarto, a la habituación, a la insatisfacción con la vida y a la adicción al trabajo (Domínguez, 2004).

4.1. Modelos conceptuales del estrés

Los modelos explicativos y de aproximación al estrés, han sido diversos, en este sentido encontramos enraizados al mismo, definiciones asociadas a agentes externos e internos como precipitadores del estrés, los cuales constituyen paradigmas inicialmente establecidos unilateralmente, que han contribuido paulatinamente a una concepción general y más incluyente, que unifiquen criterios, con el afán de estudiar e intervenir de manera más eficaz en el mismo.

Concepto de múltiples definiciones pero que de forma breve puede entenderse como un nivel de activación del organismo, más o menos constante, que genera una serie de cambios fisiológicos que, a largo plazo, pueden provocar alteraciones que influyen en la aparición de trastornos cardiovasculares (Ramos & Figueroa, 2004). Y otros padecimientos de etiología multifactorial y repercusión física.

El estrés como constructo en psicología, tiene características que lo hacen altamente heterogéneo en la forma como es estudiado, entre los modelos más difundidos encontramos el modelo de estímulo y modelo de proceso.

4.2 Modelo de estímulo

El modelo del estrés como estímulo, se centra en los sucesos medioambientales, como posibles estímulos propiciadores de estrés, en este sentido el individuo se ubica como receptor de eventos o sucesos, que impactarían en él de forma negativa, dependiendo del tipo de suceso referido.

El modelo del estrés como estímulo, fue inicialmente desarrollado por los trabajos de Harold G. Wolf en la Universidad de Cornell y por Adolf Meyer cuyos trabajos se contextualizaban en la relación de tres disciplinas afines como la biología, la psicología y la sociología.

Posteriormente Thomas H. Holmes y Rahe, influenciados por los trabajos antecedentes, se ubicaron como los principales precursores del estudio de las razones contextuales de la enfermedad, lo cual llevó a desarrollar un enfoque de investigación centrado en las relaciones de los fenómenos psicosociales y la enfermedad, inicialmente estudiando los acontecimientos vitales que habían precedido a la enfermedad en 5000 pacientes hospitalizados.

En sus investigaciones encontraron evidencias significativas de que los cambios ocurridos en la vida de esas personas incrementaron la posibilidad de contraer la enfermedad, al cabo de uno de dos años. Así por ejemplo, situaciones como enviudar, ser despedido del trabajo o problemas con el jefe podían activar las hormonas y la fisiología del estrés, disminuir la eficacia defensiva del sistema inmunológico a incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad. Lo sorprendente fue que algunos de los acontecimientos

que precedieron a ésta no fueron negativos, sino, por el contrario positivos, como casarse, tener hijos o una promoción en el trabajo (Oblitas, 2004).

De acuerdo a González, (1987), estos autores señalaron: a) la magnitud del cambio vital esta alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad; b) cuanto mayor sea el cambio vital o crisis, mayor es la probabilidad de que este cambio se asocie con la aparición de enfermedad en población de riesgo y c) existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada.

En este sentido Lazarus, (1999), menciona que la idea de algún suceso ambiental que provoque las reacciones de estrés y la necesidad de manejarlas, es un modo natural y atractivo de pensar en el estrés psicológico. Nos gusta explicar nuestras reacciones emocionales disruptivas refiriéndolas a la pérdida del puesto de trabajo, el realizar un examen o el haber sido lastimado.

De acuerdo con Buéla-Casal, Caballo y Sierra (1996), el modelo del estrés basado en el estímulo, se enfoca en que el aspecto central del estrés lo constituyen los factores ambientales, que pueden ser mas o menos manipulables. Ello implicaría variables que oscilan entre las aplicadas en condiciones estrictas de laboratorio, hasta las amplias condiciones psicosociales.

La posibilidad de hacer referencia a acontecimientos externos dolorosos, como una pérdida importante, justifica nuestro malestar emocional, la consiguiente enfermedad o disfunción, ignorando por un momento que, con algunas excepciones, la mayoría de tales sucesos no sólo pasan a la persona pasiva sino que la victima ha contribuido inadvertidamente de algún modo y puede estar manejándolos satisfactoria o insatisfactoriamente. Sin embargo, desde el sentido común, los cambios en la propia vida, especialmente las derrotas y las pérdidas, son estresores psicológicos para la mayoría de las personas e ilustran una definición de estímulo (Lazarus, 1999).

Las teorías basadas en el estímulo, postulan que el estrés reside fuera del individuo como una fuerza externa o una propiedad adscrita a los estímulos o situaciones a los que son expuestos los individuos y que, al sobrepasar ciertos límites de tolerancia por parte de éstos, les generarían estrés (Cox, 1978).

De acuerdo a Ballester (1998), la noción del estrés basada, de forma restrictiva en las condiciones situacionales tiene un importante inconveniente a la hora de delimitar qué situaciones o estímulos, y cuáles de sus características, pueden ser considerados estresantes, teniendo en cuenta las diferencias individuales en la apreciación de lo que puede ser estresante para cada persona.

4.3 Modelo de proceso

De acuerdo a Richard Lazarus (1986) pionero en el estudio del estrés psicológico, el estrés no se puede definir objetivamente, en relación a esto sugiere que la forma en que se percibe o valora el ambiente, determina en qué momento se presenta el estrés. En este sentido, Lazarus menciona que el estrés se presenta cuando se anticipa que cierta situación supera los recursos adaptativos de la persona; esto se asocia con las diferencias individuales que manifiestan los individuos ante los mismos eventos estresantes.

Estrés: La percepción de que las demandas percibidas exceden a los recursos de afrontamiento disponibles (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

En relación a los efectos diferenciales del estrés en los individuos, situamos al afrontamiento como proceso mediador del efecto negativo en el individuo, integrado por diversos escenarios a través del tiempo.

Afrontamiento: Repertorio cognitivo-conductual del individuo, susceptible de ser aprendido y desaprendido, de gran flexibilidad, que le permite reducir o eliminar el estrés.

En el mismo sentido, Lazarus y Folkman (1984), identificaron dos dimensiones generales de afrontamiento. a) el estrés enfocado a problemas, cuyo proceder es el realizar acciones directas para solucionar la dificultad o buscar información que ayude a resolverla y b) el afrontamiento enfocado en emociones que conlleva estrategias para reducir las reacciones emocionales negativas relacionadas con el estrés, enfatizando que el afrontamiento adecuado varía según la situación.

Distintas estrategias de afrontamiento exitosas comparten recursos personales, como el que el individuo sea capaz de buscar información pertinente, compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando se necesita, volver a definir una situación de manera que se pueda facilitar su solución, considerar las alternativas y analizar las consecuencias, y emplear el sentido del humor para hacer menos tensa una situación.

En este contexto, Sarason y Sarason (1996) exponen que las capacidades de afrontamiento, concebidas como formas características para manejar las dificultades, tienen una influencia en la manera como identificamos y tratamos de resolver los problemas. Las personas que tienen un afrontamiento exitoso no sólo saben cómo hacer las cosas, sino que también saben cómo enfrentar las situaciones para las cuales no tienen una respuesta preparada.

En el mismo sentido, Noshpitz y Coddington (1990) exponen que las personas que experimentaron múltiples situaciones estresantes en el pasado reciente son en especial susceptibles a la depresión, la ansiedad y la reacción exagerada de los sistemas fisiológicos.

Otros factores estrechamente relacionados con el estrés en relación con el afrontamiento es la vulnerabilidad y el temperamento, en este continuo individual, situamos la predisposición al estrés asociadas con el temperamento, estilo de afrontamiento y apoyo social obtenido.

De esta manera, la vulnerabilidad individual, integrada por los elementos antes mencionados, incrementa la posibilidad de una respuesta desadaptativa ante el estrés. Referente al temperamento de acuerdo a Millon (2001), se entiende como uno de los dos componentes de la personalidad (carácter y temperamento), siendo este último el resultado de la disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Ejemplo de éste es el nivel de actividad, el estado de ánimo y la propensión a la distracción.

De acuerdo con Sarason y Sarason (1996), la cantidad y efectividad del apoyo social disponible para una persona desempeña un papel tanto en la vulnerabilidad como en el afrontamiento, traduciéndose esto a menor apoyo social mayor riesgo de padecer un colapso físico y psicológico, es decir el apoyo social funciona como un amortiguador contra los contratiempos de vivir en un mundo complejo.

En relación de los procesos de afrontamiento en mujeres hipertensas la negación relacionada con la presencia de la sintomatología es característica de esta población. Un estilo contrario a la negación sería el de aquellos pacientes que reconocen haber experimentado accidentes cardiovasculares pero que no experimentan sintomatología de ansiedad ni de depresión (Martín, 2003).

En este contexto, De Flores (1977) menciona la presencia de conductas relacionadas con procesos de indefinición y comportamientos inmaduros, como otra variante de afrontamiento en pacientes con trastornos cardiovasculares.

De mayor importancia práctica ha sido demostrar que algunas técnicas psicológicas pueden ayudar a los pacientes a moderar su estrés, con resultados muy valiosos para la salud (Pennebaker, 1995).

Dentro de las posibilidades consideradas como de modificación de estilo de afrontamiento más adaptativo, encontramos intervenciones relacionadas con la orientación hacia una sola actividad por parte del individuo, automonitoreo de las causas del estrés y de las reacciones consecuentes a éste; fomentar una visión realista acerca de expectativas que pretenda lograr; desarrollar una actitud constructiva acerca de las interacciones interpersonales y del desarrollo de las actividades cotidianas con el fin de no distorsionar la realidad, consolidar y extender las redes sociales de apoyo como herramienta de retroalimentación social; tener paciencia respecto a los objetivos a modificar, considerando un tiempo razonable para consolidar los cambios positivos y apreciando los posibles errores o recaídas como oportunidades de aprendizaje, cuyo resultado será el desarrollo de habilidades para afrontarlos eficazmente en futuras ocasiones, prolongar lo más posible la aparición de futuras recaídas y aminorar su intensidad, el manejo de sentimientos de preocupación y el reforzamiento de autoafirmaciones.

En el mismo sentido, Martín (1999) menciona que cada individuo en presencia de un determinado estímulo lleva a cabo una valoración sobre el estrés de acuerdo con sus características propias determinadas por la dotación genética, experiencias tempranas, aprendizajes y recursos que ponen en situación de alerta los sistemas de integración y de control del organismo en general, provocando así sobreactivación.

Como observo Beck (1984), los individuos proclives al estrés están preparados para efectuar juicios extremos, unilaterales, absolutistas, categóricos y globales. Tienden a personalizar los acontecimientos y caer en distorsiones cognitivas tales como la polarización, la magnificación y la generalización.

Dentro de las situaciones desencadenantes de estrés o consideradas como estresantes, no hay una homogeneidad relativa a un impacto diferencial, pero sí se pueden identificar condiciones relacionadas con su presencia. En este sentido la presencia de situaciones

inesperadas durante la vida de forma y las diversas transiciones experimentadas en la vida, son consideradas como usualmente asociadas con la presencia de estrés, diferenciándose cada una de ellas en relación con las siguientes características.

- a) Duración. Los eventos estresantes difieren en la duración.
- b) Severidad. Las situaciones estresantes que afronta el individuo varían en severidad.
- c) Posibilidad de pronóstico. En algunas circunstancias la posibilidad de pronosticar lo que sucederá aminorará el nivel estrés inducido ante un escenario visualizado previamente, en contraposición con escenarios no considerados previamente que pueden representar exigencias elevadas y por consiguiente precipitar elevados niveles de estrés.
- d) Grado de pérdida de control. El hecho de no poder influir en una situación desagradable, amenazadora o desafiante es un indicador confiable de generación de estrés.
- e) El nivel de confianza en sí mismo del individuo. Un endeble nivel de confianza en sí mismo, se asocia con la reducción en la efectividad personal, retroalimentando así el nivel de estrés asociado al evento referente.
- f) Aparición repentina. Que tan repentina es la aparición del evento estresante, influye en la preparación previa de estrategias adaptativas por parte del individuo para controlar y afrontar la situación de manera funcional.

Estos cambios vitales ya están documentados en términos del tipo de ajuste que demandan, su función como estresores y el tipo de habilidades que se requieren para funcionar adaptativamente con ellos, de modo que se reduzca su valor de riesgo (Hernández- Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995).

Estos factores mediadores de estrés relacionados con la enfermedad coronaria, han contribuido al desarrollo de investigación la cual identifica cada vez con mayor exactitud los mecanismos intrínsecos entre el estrés y la conservación, pérdida o recuperación de la salud.

En este contexto, De la Fuente (2004) menciona que la investigación del estrés en la enfermedad coronaria ha tomado tres caminos: En el primero, la historia natural de la

enfermedad se ha relacionado con eventos adversos. Un segundo camino es el estudio de la respuesta cardiovascular de los sujetos humanos bajo condiciones experimentales de estrés.

El tercer camino es usar modelos animales que se asemejen a la enfermedad humana del corazón y elucidar relaciones patogénicas potenciales entre estrés y enfermedad del corazón.

En este escenario, el papel del psicólogo se hace evidente y necesario como el profesional de la salud, cuyas características lo hacen proclive a coadyuvar a la valoración, diseño e intervención en problemáticas relacionados con la presencia del estrés.

En conclusión, el estrés como factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular es identificado como un claro modulador de salud y enfermedad, relacionado con estilos de afrontamiento, personalidad e influencia en el sistema nervioso central, el cual ha contribuido al desarrollo de investigaciones de factores psiconeuroinmunológicos en escenarios clínicos de padecimientos cardiovasculares.

4.4 Biología del estrés

El sistema biológico del estrés es una interacción compleja, desde el cerebro en cuya corteza ocurre el reconocimiento del estrés, se presentan procesos realizados a través de sustancias como los neurointermediarios y las sustancias opiáceas. En relación a las sustancias opiáceas, sus propiedades son similares a la morfina, asociadas con inhibición del dolor, liberación de hormonas y la activación de las vísceras. En relación a los neurointermediarios encontramos que estos tienen funciones de enlace, teniendo como los más representativos las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, y dopamina), la serotonina y el sistema GABA/benzoazepina (Orlandini, 1999).

La respuesta endocrina al estrés la ubicamos mediante la función del hipotálamo, la hipófisis y las glándulas endocrinas periféricas. La hipófisis ante la presencia del estrés secreta corticotrofina (CFR), sustancias opiáceas antes mencionadas y el péptido somatostatina. En relación a la hipófisis esta segrega adrenocorticotropina (ACTH), betaendorfina asociada con efectos metabólicos y analgésicos, y la hormona del crecimiento (GH) que presenta un incremento durante el estrés agudo pero se inhibe en el crónico. Las glándulas endocrinas periféricas reaccionan al estrés, produciendo mediante la glándula suprarrenal un aumento en el nivel de cortisol, una disminución de la conversión

de tiroxina (T4) en triyodotironina (T4), en el páncreas se incrementa la secreción de glucagón hormona relacionada con el aumento de la glucemia y en varones se presenta mediante la disminución de la hormona sexual testosterona (Merck Sharp & Dohme, 2000).

La sobreactividad de las hormonas del estrés son una mayor amenaza para la salud de las personas marginadas. Estas hormonas las producen las glándulas adrenales en respuestas a señales que envía el cerebro. Cuando una persona se siente frustrada, espantada o enojada, las hormonas del estrés viajan por la sangre y preparan a diferentes partes del cuerpo para una situación de emergencia. Aceleran la frecuencia cardiaca, estrechan las arterias para que la sangre disponible llegue más rápido a los músculos; sube el nivel de azúcar para que la energía se concentre en los músculos y otros órganos, y otras funciones como la digestión y la atención son inhibidos.

En conclusión en términos generales, las repuestas fisiológicas al estrés se dividen en tres ejes:

Eje neural: Relacionado con actividad simpática e incremento en el sistema nervioso somático, caracterizado por una constante tensión muscular. Entre sus manifestaciones encontramos sudoración excesiva, incremento de la tasa cardiaca, dilatación pupilar e incremento del metabolismo basal.

Eje neuroendocrino: Asociado con eventos estresantes de prolongación media, inicialmente para su activación se relaciona directamente con la activación de la medula y de las glándulas suprarrenales, siendo sus manifestaciones similares a las relacionadas con el eje neural, aunque caracterizadas con una mayor intensidad y duración. Estas se manifiestan en incremento de la presión arterial, activación de los músculos estriados y proliferación de ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en la sangre. En sentido opuesto se presenta el decremento de aportación sanguínea al sistema gastrointestinal, la piel y los riñones.

Eje endocrino: Caracterizado por su elevada actividad hormonal y por la necesidad de escenarios estresantes más prolongados e intensos para su activación, se asocia con las redes adrenales-hipofisarias mediante la segregación de glucocorticoides (cortisol y corticoesterona) y la presencia de mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona). El incremento sostenido a nivel elevados de las mismas facilita la incidencia de problemas como la hipertensión arterial y la necrosis de miocardio. En el mismo sentido se encuentra

estrechamente relacionado con la secreción de las hormonas del crecimiento y tiroideas. Preponderante es mencionar el hecho de que este eje, parece activarse en asociación con estilos de afrontamiento desadaptativos de las personas, traducidas en conductas de sometimiento y resistencia del estrés, como trastornos del estado de ánimo, indefinición, inmunosupresión y pérdida de percepción de control.

4.5 Concepto de Salud

Dentro del continuo salud-enfermedad de vital importancia es comprender el concepto de salud como aspecto deseado, actualmente el mismo es definido por la Organización Mundial de la Salud (2000), como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

De acuerdo a Oblitas (2004), la salud es entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano, no siendo la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

En el mismo sentido Reynoso y Seligson (2002), consideran que la salud no debe definirse como la ausencia de enfermedad, ya que en el proceso lógico de mencionar las características de salud estaríamos mostrando los atributos de una cosa mediante el señalamiento de lo que no es, concibiendo que la salud y enfermedad son conceptos entrelazados que deben formar parte de una unidad indisoluble y que se encuentran vinculados entre si, a través de una serie de procesos constantes de adaptación a los cambios del ambiente, los cuales tiene características multicausales, considerando al ser humano como un ente pensante que evalúa y actúa, para afrontar las demandas que perciba, ya sean internas o externas.

Blaxter (1995), menciona que la salud puede ser definida desde diferentes puntos de vista, no enfermedad, ausencia de enfermedad, reserva, comportamientos o estilos de vida, bienestar físico, energía o vitalidad, relación social, función y bienestar psicosocial. El mismo autor refiere también que la salud es concebida de diferentes formas a lo largo de la vida y que existen importantes diferencias entre sexos, que no se deben únicamente a los aspectos anatómicos.

En este contexto de factores asociados a la salud, vale la pena mencionar esfuerzos sustanciales hacia la promoción de la salud, específicamente la realizada a través de la carta de Ottawa, fruto de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986) realizada en Canadá, la cual tuvo como objetivo reactivar el compromiso de los miembros de la OMS, hacia la conservación de la salud, teniendo entre sus principales propósitos el fomentar y proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

En el mismo sentido, Restrepo (2001) mencionó que la carta de Ottawa abarca un nuevo concepto de salud que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la abogacía o cabildeo, la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas.

La carta de Ottawa a la par de sus consecuentes declaraciones y reuniones a favor de la promoción de la salud como las realizadas en Adelaida, Australia en 1988, Sundsvall, Suecia en 1991, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992, Trinidad y Tobago en 1993 y la de México 2000, tienen como objetivo principal las siguientes cinco aspectos en relación a la promoción de la Salud:

1. Construir políticas públicas saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

En el mismo contexto, Bennett y Murphy (1999), destacan la relación entre el estrés y la salud, señalando la importancia de las interacciones entre los procesos ambientales, psicológicos y fisiológicos del mismo, así como el impacto diferencial entre individuos de las diversas fuentes de estrés y los diferentes estilos de afrontamiento que presentan.

La salud ha sido objeto de estudio a favor de definiciones diversas y en contextos diferentes, por lo que se concibe generalmente como sinónimo de bienestar en estratos diferentes como la salud física, psicológica y social, y en correlación con la ausencia de condiciones asociadas con entidades clínicas y desadaptativas.

4.5.1 Conductas de Salud

Si bien se presentan diferentes definiciones referentes a las conductas de salud, todas ellas se refieren a aquellos comportamientos que promueven y mantienen un estado general de salud, mediante el mantenimiento y promoción de la salud en ausencia de síntomas relacionados con procesos de enfermedad. Mechanic (1986), presentó un término análogo al de salud, el de inmunógenos conductuales, para denominar aquellas actividades o prácticas de vida que sirven para reducir el riesgo de morbilidad y muerte prematura.

Algunos autores en este sentido hacen una diferenciación entre conductas de salud y conductas reductoras de riesgo.

Las conductas de salud representan los diversos comportamientos cuyo objetivo es promover, prevenir y potenciar un estado de salud general, en este sentido las conductas de salud son relevantes, independientemente de su preponderancia en el continuo salud-enfermedad, dado que son susceptibles de aprenderse y establecerse como hábitos de salud, estos últimos son preponderantemente comportamientos relacionados con la salud, que están arraigados en el repertorio comportamental del sujeto y que se despliegan en forma automática en diversos escenarios y situaciones en los cuales se desenvuelva el individuo. Los hábitos inicialmente se desarrollan en la medida en que son reforzados por determinados efectos positivos, pero con el tiempo aparecen con independencia de sus estímulos reforzadores, supeditándose a los factores ambientales con los que interaccionan.

Dentro de las características de las conductas de salud, se encuentran características de inestabilidad y autonomía, la primera referente a la independencia presentada entre cada una de las conductas, esto se relaciona con la escasa relación entre diferentes tipos de conductas de salud en un mismo individuo, dando como resultado que la presencia de una determinada conducta de salud no anticipa la presencia de otras, presentándose en un mismo individuo conductas contradictorias simultáneamente, realizar ejercicio regularmente (conducta de salud) y fumar un número elevado de cigarrillos (conducta de riesgo)

En lo referente a la inestabilidad de las conductas de salud Oblitas (2006), menciona que se presentan cuatro características generales:

- a) La diferencia de las conductas se relacionan con los diferentes factores que las controlan en las misma persona y con una alta especificidad situacional.
- b) Una conducta de salud específica, usualmente está bajo el control de diversos factores en personas diferentes, por lo que presentan una fuerte relación con las diferencias individuales.
- c) Los factores determinantes de una conducta de salud, pueden modificarse a lo largo del desarrollo de la propia conducta de salud.
- d) d) Los factores que controlan una conducta de salud determinada pueden cambiar o modificarse a lo largo de la vida del individuo.

Taylor (1986) señala diferencias entre los distintos tipos de conductas de salud en función de su grado de dependencia del sistema de salud:

- a) Algunas conductas de salud dependen enteramente del acceso del individuo al sistema de salud, como en el caso de las vacunaciones o los exámenes periódicos de salud. Tales conductas no pueden ser llevadas a cabo de forma individual y privada, por propia iniciativa, sino que requieren de la intervención directa de profesionales de la salud.
- b) Otro tipo de conductas de salud son frecuentemente recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no suelen requerir en general la ayuda de estos para llevarlas a cabo. Entre tales conductas se encuentran, por ejemplo, el seguir una dieta controlada, el dejar de fumar, o la práctica de actividad física adecuada.
- c) Los individuos practican comportamientos de salud de una forma totalmente independiente del sistema de salud, como es el caso de la prevención de riesgos en el hogar, la utilización del cinturón de seguridad, o diversas medidas de seguridad e higiene laboral.

Las conductas denominadas como protectores de salud o inmunógenos conductuales, se deben considerar como aquellas que contribuyen a reducir minimamente el riesgo convergente con determinadas enfermedades o trastornos, dada su función de promoción de salud y prevención de la enfermedad la incluiremos en los términos descritos de conductas de salud.

En relación a los determinantes de las conductas de salud, considerados como aquellos factores que inciden en la práctica de dichas conductas, podemos considerar los factores determinantes socialmente e individualmente, los cuales se relacionan entre sí.

Los factores sociales usualmente se determinan por 4 características:

- a) Algunos comportamientos de salud son determinados, por experiencias de socialización tempranas, contextualizadas en el entorno familiar.
- b) Factores sociales determinantes en el desarrollo y despliegue de hábitos de salud, son los referentes a los asociados con una cultura o un estrato socioeconómico específico, entendiéndose como normas o valores generalizables en escenarios particulares.
- c) Otros factores sociales son los referentes a escenarios más reducidos, en este caso los grupales, los cuales tienden a ser más focalizados y menos homogéneos.
- d) Conductas relacionadas directamente con la posibilidad de poder ser llevadas a cabo en conjunción con el modelo y la disposición de servicios de salud, de los cuales el individuo pueda ser beneficiado.

En este contexto McAlister (1981), menciona por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

Entre las conductas más comunes y efectivas relacionadas con la conservación de la salud o inmunogenos conductuales, encontramos el realizar ejercicio físico regularmente y de acuerdo a las condiciones del individuo; una nutrición adecuada, en base a la ingesta suficiente de nutrientes para el buen funcionamiento del metabolismo y el control adecuado de ingesta de lípidos y exceso de alimento; evitar el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea legales (alcohol) o ilegales (cocaína), asociadas en diferentes escenarios clínicos con afecciones del aparato respiratorio y enfermedades cerebrovasculares entre otras; la adopción de conductas de seguridad (usar cinturón de seguridad, de supervisión constante de escenarios laborales riesgosos y difusión de normas generales de prevención de accidentes), y la práctica de relaciones sexuales apareadas con conductas que minimicen riesgos, como el usar preservativos, mantener relaciones monogámicas, evitar el contacto

bucal genital de manera directa y el uso de anticonceptivos, con el objetivo de evitar la proliferación de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, y por último pero no menos importante el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos y eficaces para la modulación de mediadores cognitivo conductuales del estrés, asociado con el desarrollo de diferentes enfermedades.

En este contexto, Oblitas (2004), menciona que la psicología, o ciencia del comportamiento, dispone de un bagaje conceptual y tecnológico apropiado para hacer frente a todas las demandas de salud de nuestra sociedad, pues cuenta con la capacidad apropiada para analizar, explicar y comprender los comportamientos asociados con la salud e intervenir sobre ellos.

En cuanto a los factores personales que influyen en los hábitos de salud se encuentran la autopercepción de síntomas, los factores emocionales, creencias y actitudes que analizaremos con más detalle más adelante.

4.5.2. Conductas de Enfermedad

El término conducta de enfermedad, fue inicialmente utilizado por Mechanic (1962), quien la describe como las peculiaridades individuales de las respuestas ante la situación de enfermedad que mediadas por diferencias en su percepción y evaluación, estarían condicionadas tanto por factores sociales como por las características personales del enfermo.

El modelado de la experiencia de enfermedad y los factores que intervienen en este proceso dan como resultado que los síntomas sean percibidos y evaluados de manera diferente. Esto quiere decir que a un mismo síntoma objetivo los individuos pueden atribuirle significados completamente diferente lo cual, como es lógico, condicionará su conducta de enfermedad (Ballester, 1998).

Generalmente las conductas de enfermedad no se presentan como una forma estable de respuesta en las personas, pues tienden a variar de acuerdo con la personalidad del individuo, el sexo, la edad, las experiencias previas del individuo respecto de la enfermedad y las variables situacionales. Otro aspecto relacionado con las conductas de enfermedad se refieren al afrontamiento de las mismas, respecto con la enfermedad crónica y la enfermedad aguda.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), el estilo de afrontamiento se considera el repertorio cognitivo-conductual del individuo susceptible de ser aprendido y desaprendido, de gran flexibilidad que le permiten reducir o eliminar el estrés.

Respecto al estilo de afrontamiento a las enfermedades, los individuos deberán afrontar condiciones básicas de las enfermedades, los individuos se enfrentarán a las fases iniciales de la enfermedad como también a la estabilización de la misma, a periodos de crisis caracterizados por desajustes físicos, sociales y psicológicos para los cuales no exista probablemente un repertorio de afrontamientos eficaces, para esto se requiere el mantenimiento de un equilibrio emocional, una autoimagen satisfactoria, preservar las redes sociales, familiares y de amistad para afrontar de manera más eficiente los diferentes escenarios que se presentan.

Desde esta perspectiva, los modelos cognitivos consideran que los individuos no permanecen pasivos frente a la enfermedad, sino que seleccionan la información (interna y externa) que reciben y elaboran significados personales en virtud de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, que contribuyen en definitiva a la construcción de la experiencia subjetiva de enfermar (Ballester, 1998).

La conducta de enfermedad, de este modo, implica la forma en la que los individuos controlan sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, ponen remedio y utilizan fuentes de ayuda, así como los más formales sistemas de cuidado de la salud. También se refiere a como las personas controlan y responden a esos síntomas y al cambio sintomático en el curso de la enfermedad (Mechanic, 1986).

En este contexto, McHugh y Vallis (1986), mencionan que la atención a la conducta de enfermedad, necesariamente deberá atenderse de manera multidisciplinar, siendo conveniente que otros profesionales de la salud y del cuidado colaboren en el manejo de los aspectos no biológicos de las enfermedades, conduciendo a la formación de un sistema viable donde los profesionales no médicos (psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería) se desempeñen en una relación interprofesional de tipo horizontal.

En este sentido, los modelos cognitivo-conductuales se presentan como mediadores del establecimiento de conductas de salud, cuyo fin es establecer estrategias de afrontamiento que permitan reforzar conductas adecuadas, y manejar las contingencias medioambientales que las mantienen.

Las terapias cognitivas se concentran principalmente en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas del individuo, inicialmente entrenando a los pacientes en la reconceptualización del problema y a entender cómo es que él mismo mantiene las conductas disfuncionales para la salud, mediante diversas creencias, posteriormente se inicia el establecimiento de habilidades de autocontrol para afrontar los diversos escenarios que interactúan con el individuo, y finalmente la práctica de estas estrategias a nivel cognitivo, conductual y emocional, para desarrollar y fortalecer las conductas saludables.

4.6 El Estrés en la Salud y en la Enfermedad

La mayoría de los abordajes del estrés coinciden en señalar que el estrés, el comportamiento y otros factores, intervienen de diferente manera y se relacionan con problemas biológicos y psicopatológicos. El estrés puede producir efectos directos en la salud incrementando la vulnerabilidad del organismo. Se le ha asociado con comportamientos no saludables como beber, fumar y abusar de sustancias psicoactivas, trastornos de alimentación, insomnio y también como factor agravante de una enfermedad (Godoy, 1999; Matarazzo, 1980).

En el escenario de eventos estresantes y su inherente repercusión en la salud y enfermedad encontramos, un proceso de reconceptualización de ambos conceptos. En este contexto, Oblitas (2004), menciona que el modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos.

En el mismo sentido, Martínez (2001), expone cuatro propuestas:

- 1) El estrés constituye un riesgo para la salud, ya que los efectos del mismo contribuyen a un aumento inespecífico de la vulnerabilidad de los organismos ante cualquier agente patógeno con el que entren en contacto.
- 2) El estrés afecta los hábitos de salud, ya que propicia la realización de hábitos no saludables como fumar, comer en exceso o no comer, sedentarismo, no dormir y a la par, la reducción de conductas saludables.
- 3) El estrés puede distorsionar la conducta del individuo, ya que la apreciación de la propia enfermedad o de algún tipo de trastorno son fuentes de estrés,

ante las cuales las personas no solo reaccionan orgánicamente, sino también con una reestructuración de sus hábitos cotidianos.

El estrés en la salud y en la enfermedad, de acuerdo a lo anteriormente mencionado se contempla como un factor modulador que precipita a escenarios de enfermedad, en individuos carente de estilos de afrontamiento positivos y como un factor funcional en individuos cuyos estilos de afrontamiento desembocan en escenarios poco disfuncionales.

En este sentido, Palacios (1998), menciona que la crisis de la enfermedad física y/o mental puede ser entendida, como la interacción conjunta de los factores y antecedentes personales del individuo con los factores propios de la enfermedad que pueden ser hereditarios, infecciosos o derivados de los estilos de vida aunados a los factores sociales y físicos, modulados por las características individuales de la relatividad psicofisiológica.

Ahora bien, para estudiar desde una perspectiva científica la relación entre los aspectos psicológicos y fisiológicos del individuo es preciso clarificar los tres aspectos que se hallan implicados en la misma, a saber: qué se entiende por aspectos psicológicos, qué se entiende por salud y enfermedad, y profundizar en los mecanismos que intervienen en esta interacción (Contratada, 1990).

Valdés (2000), menciona que numerosos estudios han demostrado que más de la mitad de los casos de coronariopatía crónica de nueva aparición no presenta ninguno de los factores de riesgo tradicionales (hipercolesterolemia, obesidad y tabaquismo) y numerosas investigaciones y observaciones indican que los conflictos psicosociales, las emociones y las formas de conducta desempeñan un papel importante en la patogenia de algunos tipos de enfermedades cardiovasculares como son la hipertensión arterial, insuficiencia coronaria, infarto de miocardio, cardiomiopatía y muerte súbita.

En este sentido Pérez (2001), clasifica las afecciones que produce el estrés en seis categorías diferentes: a) efectos subjetivos: ansiedad, angustia, agresión, irritabilidad, apatía, b) efectos conductuales: propensión a los accidentes, drogodependencia, excitabilidad, c) efectos cognitivos: bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, fallas de concentración, d) efectos fisiológicos: niveles altos de glucosa y presión sanguínea, e) efectos sobre la salud: asma, insomnio, desordenes psicósomáticos, trastornos cardiovasculares y f) consecuencias en el ámbito organizacional: ausentismo, pobreza de las relaciones interpersonales y baja productividad.

La interacción de los factores psicológicos y el sistema fisiológico, repercute en el sistema inmune, modulando la predisposición a desarrollar diversas enfermedades y padecimientos con factores etiológicos psicológicos.

En este contexto vale la pena mencionar el proceso de inhibición emocional como coadyuvante del desarrollo de enfermedades, cuya característica principal es la negación general de emociones, ubicándose como un proceso inmerso en la personalidad asociado a la pérdida de la salud y el desarrollo de la enfermedad. Este tipo de personas se caracterizan por una necesidad de verse a si mismas como bien adaptadas, negando muchas de sus emociones internas y presentando poca conciencia de sus necesidades, deseos y sentimientos (Shedler, Mayman & Manis, 1993).

En este continuo de salud-enfermedad, encontramos mediadores cognitivos y creencias de salud-enfermedad propios de las personas, que inciden en afrontamiento del estrés y su curso hacia diversos escenarios adaptativos o disfuncionales. Esta dinámica bidireccional se comprende desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología, área que estudia la interacción entre el cerebro, conducta y sistema inmune, la cual ha influido en la reconceptualización de las relaciones entre psicología y salud.

De acuerdo a Pennebaker (1995), la evidencia encontrada en personas que escriben aproximadamente 20 minutos durante varios días consecutivos sobre temas emocionales, como sus sentimientos y pensamientos acerca de vivencias desagradables cotidianas o inusuales, se refleja en mayores niveles de salud, en comparación de aquellas personas que escriben sobre temas no inherentes a temas emocionales. La variabilidad fisiológica es un componente de los procesos fisiológicos y emocionales sanos. Cuando se presenta esta variabilidad, se cuenta con elementos para pensar que se trata de personas sanas, y cuando no hay, puede sospecharse lo contrario, quizá incluso un proceso patológico (físico o emocional) que clínicamente implica un desfase entre los cambios fisiológicos y el reporte verbal emocional del evaluado.

En el mismo sentido Oblitas (2004), expone que los estudios incluidos dentro de esta disciplina sostienen la hipótesis de que el sistema nervioso central puede influir en la función inmune y que por tanto, los factores psicológicos están implicados en muchos de los factores que afectan la susceptibilidad a la enfermedad.

De acuerdo a Domínguez (2004), la evidencia científica, ha demostrado que el estrés debilita el sistema inmunológico, sobrecarga el trabajo al corazón, daña las células cerebrales de la memoria y contribuye a que las grasas se depositen más en la cintura así como representar un factor de riesgo para la enfermedades cardiacas y cáncer. Asociados con la presencia de problemas como el dolor crónico, la depresión, las cardiopatías, la diabetes, la artritis; las cuales tienen una gran presencia en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo.

En este sentido, Palacios (1998), mencionó que el estrés es uno de los principales problemas de salud en el mundo, calculándose actualmente que el 25% de la población mundial padece de estrés o de algún trastorno de salud relacionado. En este panorama, de trastornos de la salud relacionados con el estrés se calcula que aproximadamente 10% de la población mundial padece de dolores de cabeza (Adams, Feurstein & Fowler, 1971) y que de ese porcentaje sólo un 10% (Waters & O Connor, 1976), de los casos pueden comprobar sus causas orgánicas.

Estos mecanismos cognitivo-conductuales con injerencia psicológica actualmente investigados, se representan en un amplio número de padecimientos, en algún momento apartados del interés del modelo biomédico, el cual ha encontrado paulatinamente en el elemento psicológico anteriormente desestimado un aliado necesario, en la intervención en el horizonte clínico de diferentes problemas de salud, desde la promoción de la salud hasta el coadyuvar al buen morir.

Finalmente podemos mencionar que la visión del sistema inmunitario como un sistema cerrado, vulnerable únicamente a factores patógenos externos, ha quedado obsoleta, siendo desplazada por los procesos bidireccionales de regulación entre el sistema nervioso e inmunitario, constituyéndose un hecho demostrado la influencia de aspectos psicológicos en las correlatos de salud y enfermedad.

4.7 Estrés Riesgo Cardiovascular de Hipertensión Arterial

Para comprender el estrés como factor de riesgo cardiovascular, se ubica el papel de los procesos psicológicos como posibles precipitadores de procesos patógenos, repercutiendo en la sobreactivación del sistema simpático adrenal, derivando en la segregación de adrenalina y noradrenalina que incide en el aumento de frecuencia cardiaca, presión arterial, gasto cardiaco, consumo de oxígeno en el miocardio, frecuencia y flujo sanguíneo.

De acuerdo al patrón estresante presentado se pueden determinar las características propias que precipiten los riesgos de salud, en este sentido, Fuster (2005), menciona a este factor como predictor de procesos disfuncionales en el corazón, relacionado con la adrenalina liberada durante el proceso estresante facilitadora de hipertensión arterial, coágulos de sangre, oclusión de arterias e infartos.

En este sentido, Martín (1999) menciona que el estrés se ha relacionado con la aparición de numerosas enfermedades cardiovasculares como isquemia, infarto de miocardio, fallo cardíaco, arritmias, muerte súbita e hipertensión.

Características mencionadas anteriormente como la ira, hostilidad y agresividad, conllevan mecanismos desplegados ante la imposibilidad de conseguir o satisfacer un objetivo o necesidad. En ese sentido la hostilidad se manifiesta de manera constante y prolongada como producto de experiencias previas de ira, las cuales predisponen la aparición constante de expresiones hostiles; en complemento a este síndrome encontramos a la agresividad como un estilo de afrontamiento desadaptativo, propiciando los estados prolongados de hipervigilancia con consecuencias negativas a nivel cardiovascular y neuroendocrino, lo que gradualmente incrementa el riesgo de desarrollar una cardiopatía isquémica.

En este contexto, Valdés (2000) expone que la relación entre estrés y problemas cardiovasculares, son inequívocas a juzgar por las relaciones directas entre acontecimientos estresantes e incremento de la prevalencia de accidentes coronarios.

Dinámicas en el mismo sentido que lo anteriormente mencionado, sugieren que procesos como la inhibición emocional covaria en dirección al desarrollo de cuadros patógenos, a partir de la supresión extensa de necesidades, deseos e inconformidades emocionales, cuyo fin es el tratar de expresar una imagen de adaptación ante los demás, enfrentando así un mayor riesgo de enfermarse.

Enmarcadas en el mismo proceso Adler y Matthews (1994), exponen que existe evidencia de que los individuos con una actitud positiva hacia sus emociones, que poseen la habilidad de percibir las y expresarlas (lenguaje emocional) adecuadamente, y que además usan estilos de afrontamiento enfocados en el problema, muestran también una menor frecuencia de la enfermedad cardíaca coronaria, en contraste con los individuos que no están a gusto con sus emociones.

En todos los modelos de investigación relacionados con la presencia de enfermedad cardiovascular, dinámicas directamente relacionadas con el comportamiento humano, inherentes al estrés. De una u otra forma, el estrés está asociado a estilos de vida perniciosos, sea con el enfoque del estrés como estímulo agresor (eventos vitales, estrés psicosocial), sea con la concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido esclarecer vínculos entre acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendócrinas e inmunológicas, con los llamados modelos transaccionales del estrés que conciben al estrés como un tipo particular de interacción entre individuo y entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos y a las emociones, como estados psíquicos en que se fija el estrés (Grau, 1998).

Consejos prácticos expuestos por Reynoso y Seligson (2001), destacan: el corazón late más aprisa. el corazón se le dio una vuelta, el corazón le late más fuerte, hasta puede escuchar sus latidos, sus manos y pies están fríos aunque el día no este frío, le sudan las manos, suda las manos, suda todo su cuerpo, le tiemblan las manos o las piernas, tiene dolores en algunas partes de su cuerpo, como la espalda o el cuello y no tiene buena digestión, o tiene agruras o diarrea, ayudan fácilmente a las personas a identificar síntomas que usualmente se asocian con la presencia del estrés.

De acuerdo a Riveros (2002), el manejo del estrés en el paciente con hipertensión arterial suele incluir técnicas que reducen, por ejemplo, el despertar des estrés excesivo, modificando las respuestas emocionales y cognitivas ante los sucesos que le preocupan, esto puede incluir reestructuración cognitiva, estrategias de autocontrol emocional e imaginación guiada ante situaciones sociales que provocan estrés.

La Hipertensión arterial como enfermedad ampliamente prevalente en población adulta a nivel mundial, se ubica como el resultado de diversos factores de riesgo inherentes a la conducta y a la enfermedad antes mencionados, y como predictor de otros padecimientos cardiovasculares y metabólicos, que intervienen en el bienestar físico y psicológico orientados al deterioro de la calidad de vida de los individuos que la padecen, lo que analizaremos en el siguiente capítulo.

4.8 Medición del estrés

El estrés es un proceso multivariado que involucra entradas, salidas y procesos mediadores en la valoración y el afrontamiento, existiendo una constante retroalimentación

con los acontecimientos, basados en los cambios de las relaciones persona-ambiente, tanto en la forma del afrontamiento como en la valoración. Esta perspectiva ubica una gran dificultad en la medición del estrés, ya que abandona el simple análisis de entrada-salida y se convierte en un sistema fluido de análisis que alberga variables que se influyen constantemente unas a otras en el tiempo, a través de contextos cambiantes de adaptación (Andeane & Cols, 2005).

Inicialmente uno de los instrumentos para medir el estrés fue la denominada Escala de estimación de Reajuste Social (Colmes y Rahe, 1967), la cual a partir de la valoración que un grupo de personas reportaban sobre el grado de adaptación de determinados eventos demandaban, se asignaron valores a tales eventos mediante los cuales dio como resultado la elaboración de las mismas.

Esta herramienta estaba conformada por una lista de 43 sucesos, organizados de mayor a menor, que según la magnitud del cambio introducido en el último año recibían una determinada puntuación. Los investigadores encontraron que quienes registraron menos de 150 unidades, tenían 30% de posibilidades de enfermar en el futuro, en tanto que aquellos que obtenían entre 150 y 299 unidades tenían 50% de posibilidades, mientras que con 300 o más unidades, las probabilidades de enfermar al cabo de un año ascendían hasta 80%.

Sarason, Johnson y Siegel (1978), elaboraron un cuestionario que tenía como finalidad evaluar el impacto de los cambios vitales (sucesos vitales), valorando este por el propio sujeto y considerando la dimensión positivo-negativo (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996). Exponiendo que si bien los cambios vitales, ejercen procesos estresantes, los eventos indeseables, como la muerte de un familiar, conllevarían efectos diferentes de los eventos vitales deseables, como un ascenso laboral, ejerciendo una acción más perturbadora sobre la salud los primeros.

La escala de evaluación del estrés reciente, elaborado por Linn, (1985), en lugar de basarse en la presencia de sucesos diarios o menores, evalúa el estrés semanal de una manera global, es decir, según 7 áreas concretas. Estas áreas son: 1) trabajo/colegio, 2) relaciones interpersonales (familia y personas significativas), 3) cambios en relaciones personales (nacimientos, divorcio, matrimonio, etc), 4) enfermedad o lesiones, 5) asuntos de finanzas, 6) sucesos inusuales (crimen, accidentes, etc.) y 7) cambios en la rutina diaria (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996).

Autores como Kohn y McDonald (1992), realizaron mediciones de estrés en estudiantes a partir del instrumento de aplicación semanal diseñado por ellos, titulado Escala de experiencias vitales recientes, cuya característica principal es el empleo de una escala Likert, con un rango de 1 a 4, con lo cual no piden a los individuos que estimen el grado de severidad de sus experiencias, y de esta manera obtener datos menos contaminados. El instrumento señalado esta constituido por 51 items, que constan de 6 factores. Los factores considerados son 1) dificultades sociales y culturales, 2) trabajo, 3) presión temporal, 4) finanzas, 5) aceptabilidad social y 6) victimización social.

CAPÍTULO V

CALIDAD DE VIDA

En este capítulo se ubica la Calidad de Vida como, uno de los principales objetivos de la Medicina Conductual al coadyuvar con el paciente en el establecimiento de una mejor Calidad de Vida, para lo cual se consideran una serie de intervenciones que asistan en el desarrollo de una mejor Calidad de Vida a lo largo de los diferentes momentos del continuo Salud-Enfermedad, por lo cual se considera contar con parámetros que reflejen el efecto de las intervenciones implementadas por los profesionales de la salud.

La Calidad de Vida tiene sus raíces en la investigación clínica, cuando la medicina logra aumentar la esperanza de vida gracias al avance científico y tecnológico, donde se aumenta la cantidad de vida en términos del número de años de vida, sin embargo la calidad de sobrevivida puede llegar a cuestionarse, debido a las condiciones de vida de quienes padecen una enfermedad, sobre todo una enfermedad crónica o invalidante, por las limitaciones y deterioros que la enfermedad impone sobre la persona, o como consecuencia de las intervenciones terapéuticas por los efectos colaterales de los tratamientos (González-Celis, 2004). En el mismo contexto el resultado positivo de sofisticadas intervenciones médicas en relación a diferentes padecimientos de salud, puede verse desestimada por los posibles efectos colaterales de un tratamiento específico, cuyas repercusiones afectan la calidad de vida del individuo.

5.1 Calidad de Vida como Constructo

El problema de la definición de la Calidad de Vida es una tarea que comprende a distintos modelos. En este capítulo se desarrolla el ejercicio de la conceptualización de la calidad de vida como una actividad encaminada a clarificar los orígenes y el desarrollo de este concepto psicológico de importancia para la existencia humana.

Antes de iniciar el tratamiento del constructo, debe tenerse en cuenta que, la precisión con el manejo del concepto permite la habilidad en el diagnóstico, y naturalmente, el tratamiento de los problemas emocionales en un marco conceptual unificado definido a partir de los criterios de la comunidad científica (APA, 2002).

En relación a lo anterior, se concibe el constructo de calidad de vida, como un campo de estudio, analizado desde diferentes disciplinas que han intentado ofrecer diferentes definiciones las cuales se asocian comúnmente con aspectos como nivel de vida, bienestar, salud y felicidad entre otros, para su mejor comprensión se ha evidenciando la exigencia de investigar más sobre el constructo de calidad de vida en relación a epidemiología, riesgo de enfermar de las personas y diferentes componentes abordados por las múltiples definiciones.

En este contexto, Moreno & Ximénez (1996) llegaron a la conclusión de que a lo largo de su desarrollo, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación y por consiguiente a considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, y continuando finalmente con la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

De acuerdo a las diversas definiciones se consideran dos dimensiones principales en la Calidad de vida: en primer lugar se le asocia con variables subjetivas relacionadas con el grado de bienestar personal, de satisfacción y de felicidad personal, en segundo lugar en complemento con variables objetivas, externas al sujeto asociadas con aspectos económicos, psicológicos, biológicos y sociales, dando como conclusión la conceptualización del constructo de Calidad de Vida como eminentemente complejo y multidimensional.

Hay que recordar que cada persona tiene un concepto diferente de su propia calidad de vida, por lo que sólo ella misma puede evaluar y definir cual debe ser su óptimo estado de funcionamiento (Heinze, 1992).

Respecto a la variable subjetiva, se ha desarrollado en base a dos variables: a) el estudio de la satisfacción global y con los aspectos específicos de la vida y b) la investigación sobre la felicidad, su estructura y evaluación, en este sentido se distinguen las connotaciones cognitivas del componente satisfacción y la orientación afectiva del componente felicidad.

Entre las definiciones más consensuadas encontramos la de Katsching (2000), que relaciona Calidad de Vida con variables de bienestar psicológico, social, de salud y funcional en el que emplea indicadores objetivos, subjetivos y normativos.

La calidad de vida se relaciona con diferentes escenarios de la actividad humana de inherencia psicológica, como las relaciones interpersonales (relaciones familiares, laborales, académicas, de pareja) y la salud mental a nivel individual o grupal, por lo cual se implementan estrategias que desarrollen una buena calidad de vida para impulsar procesos saludables de afrontamiento y funcionamiento personal. Como producto de los diversos esfuerzos por aproximarse objetivamente al constructo de Calidad de Vida, encontramos el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual incluye factores subjetivos y objetivos anteriormente mencionados. De acuerdo a Harper y Power (1998), la calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.

Desde el punto de vista psicológico la calidad de vida es un constructo eminentemente individual y social, inmerso en los escenarios de la vida diaria, apreciando elementos de percepción de bienestar ya sea en base a elementos subjetivos u objetivos.

La calidad de vida se refiere entonces a todas las esferas por las que transita el ser humano durante su vida, incluyendo las subjetivas, e incorporando necesariamente criterios de comparación, ya sea del propio paciente o de otros referentes sociales (Rodríguez Marín, 1995).

En este contexto, Fernández-Rios & García-Fernández (1999), mencionan que la definición de calidad de vida debe incluir uno o más de los siguientes aspectos:

- Capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional.
- Sentimientos subjetivos de bienestar y satisfacción vital.
- Condiciones sociomateriales de existencia y percepción subjetiva de las mismas.
- Satisfacción por las condiciones materiales reales y psicológicas.
- Percepción subjetiva del estado de salud personal.
- Percepción de la utilidad del significado de vivir.

Finalmente la importancia de una óptima definición del constructo calidad de vida, se deriva de distintas áreas, por lo cual su abordaje se considera multidisciplinar con estructura multicomponencial, facilitando así la comunicación entre los profesionales de la salud y

permitiendo el diseño de intervenciones orientadas a las variables previamente identificadas.

5.2 Salud y Calidad de Vida

El interés por la Calidad de Vida emanada de las ciencias de la Salud, se ve acrecentada a partir de los logros alcanzados en relación a la sobrevivencia y prolongación de la vida de pacientes con padecimientos que antes eran incurables y de enfermedades emergentes en las últimas cuatro décadas relacionadas con el estilo de vida (crónico degenerativa) así como algunas intervenciones médicas, que producen un deterioro en el desarrollo y actividad personal significativa, por lo que resultó imprescindible el desarrollo de investigación, métodos de medición y evaluación de Calidad de Vida, en estilos de vida modificados e intervenciones previamente realizadas, las cuales conllevan en diversas ocasiones, incapacidad y daños colaterales inherentes a padecimientos y a algunas intervenciones médicas, que producen un deterioro en el desarrollo y actividad personal significativa.

Es aquí donde surge el interés por la Calidad de Vida de estas personas en términos cualitativos, por lo que resultó imprescindible el desarrollo de conocimiento en torno a la Calidad de Vida, como un proceso de medición de los resultados de estilos de vida.

El estudio del tema y el desarrollo de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida se han efectuado desde dos perspectivas: a) la investigación sobre el bienestar psicológico, su estructura y su evaluación, y b) el estudio de la satisfacción en la vida junto con los factores específicos que la conforman (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Los estudios e investigaciones referentes a calidad de vida tiene precedentes relativamente recientes, desarrollándose paulatinamente a partir de la década de los 70, siendo la revista *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-life Measurement*; uno de los principales medios de difusión de investigación en Calidad de Vida.

De acuerdo a Sánchez-Sosa y González-Celis (2004) la dificultad de las mediciones de Calidad de Vida es la selección de los indicadores, ya que diferentes indicadores pueden mostrar distintos resultados definidos en términos de éxito de un tratamiento: prolongar la vida, disminuir los efectos colaterales, reducción de medicamentos, disminuir el número de

recaídas, acortar el tiempo de convalecencia, mayor movilidad, mayor independencia, disminuir el dolor, acelerar la incorporación a las actividades diarias, realizar actividades recreativas y satisfactorias, entre otros.

En relación a la medición de la Calidad de Vida encontramos que el constructo se compone de elementos multidimensionales, espaciales y temporales, por lo que supondría un error el hablar de una sola medida de Calidad de Vida, para diferentes poblaciones y momentos por su inherente determinación cultural e histórica.

González-Celis y Sánchez-Sosa (2004), menciona que dentro del desarrollo de mediciones de la Calidad de Vida, encontramos tres orientaciones de medición: a) Calidad de Vida en General, asociada con el grado de satisfacción de la persona en relación con sus expectativas y condiciones, como la educación, trabajo, economía, alimentación, esparcimiento y vivienda; b) Calidad de Vida relacionada con Salud, la cual contempla elementos como el grado de desempeño y bienestar físicos a través de indicadores como la mortalidad, incapacidad, incomodidad, morbilidad e insatisfacción y c) la calidad de vida específica para la enfermedad, esta relación de enfermedad y Calidad de Vida se asocia con representaciones, creencias y efectos emocionales derivados del proceso de enfermedad. Destacando aspectos como la adherencia terapéutica, efectos secundarios de intervenciones, relaciones interpersonales con la red social primaria y con otras redes sociales necesarias para la interacción social y en el caso del paciente con algún problema de salud con el equipo de salud directamente relacionado.

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de Calidad de Vida relacionada con la Salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas e instrumentales de la vida diaria, y en su caso de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente la insatisfacción se mide por el grado de satisfacción con el funcionamiento social, el bienestar general y la vida. (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Por lo tanto, el proceso complejo de conceptualización, medición y evaluación de Calidad de Vida, en sus diferentes perspectivas dentro del área de la salud con orientación psicológica conlleva una interacción continua de procesos cognitivos, afectivos y

conductuales enraizados individualmente e implicados en un constante escenario multidimensional, cultural e histórico.

En este sentido Ware, Brook, Davies y Lohr (1981), exponen que desde la perspectiva de la psicología, la medida de Calidad de Vida tiene como objetivo principal evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud entendida de forma global y positiva, evaluar la calidad de tal cuidado, estimar las necesidades de la población, mejorar las decisiones clínicas y estudiar las causas y consecuencias del estatus de la salud.

En relación a los instrumentos empleados en evaluación de Calidad de Vida encontramos inicialmente el Self-Anchoring ladder de Cantril (1965), la escala Life as a Whole Index de Andrews y Withey (1976) y el Index Well-Being de Campbell, Converse y Rogers (1976). Más recientemente encontramos el Afectometer 2 de Kamman y Felt y la escala de Satisfacción with life scale diseñada por Diener, Emmons y Larsen (1985).

Como resultado del desarrollo de investigación y del diseño de múltiples instrumentos para la evaluación de la Calidad de Vida, encontramos datos interesantes que reflejan una endeble relación entre el grado de bienestar y variables como la edad, sexo, raza, educación, estado civil y nivel socioeconómico (Abbey & Andrews, 1985; Leelakulthanit & Day, 1992), y en sentido opuesto una consistente relación entre aspectos psicológicos y sociales, como la presencia de depresión y ansiedad como factores predictores de deterioro de Calidad de Vida (Kamman & et al., 1984), apoyo social, estrés, percepciones de control interno y externo, desempeño laboral y personal asociados con ansiedad y depresión, como precursores del deterioro del nivel de Calidad de Vida (Abbey & Andrews, 1985), y en relación a factores saludables, se encontraron variables como el trabajo, red social y matrimonio como asociados a una situación general de bienestar (Headey & et al., 1984).

La interacción Salud y Calidad de Vida, encuentra en la orientación multidisciplinar y preventiva la capacidad de enfatizar más sobre las dimensiones de salud y no sólo como la ausencia de enfermedad, en este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatiza que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la inexistencia de enfermedad, siendo esta consolidada por la Carta para la promoción de la Salud de Ottawa, que destaca las dimensiones positivas de la Salud. En este sentido la estructura multidimensional nos permite orientarnos a un escenario multidisciplinar, dejando atrás abstracciones puramente médicas, enraizadas en un biológico individual, las

cuales evidencian una no redituación suficiente de sus intervenciones realizadas, en nuestra salud.

En este escenario las aportaciones realizadas por la Psicología, se consideran de vital importancia en relación al estudio de los factores conductuales como estilos de vida, calidad de vida, manejo del estrés, mediadores psicosociales y representaciones cognitivas relacionados con la salud y los efectos de estos en el funcionamiento del sistema inmunológico asociados con la aparición de la enfermedad. En el mismo contexto, Moreno y Ximénez (1996) distinguen que una importante aportación de la psicología al desarrollo y mantenimiento de la salud, son el diseño de intervenciones de modificación de conducta y el desarrollo de programas comportamentales favorecedores de la mejora de salud.

En el mismo sentido, Duran (1998) menciona que diversos estudios, han demostrado lo que el individuo, familia y comunidad pueden hacer para mantener su salud, en este contexto es fundamental dentro de la cadena de acciones posibles dentro de la respuesta social organizada para atender la salud, involucrar a profesionales cuya formación les permite abordar con metodologías y técnicas apropiadas este proceso.

Salud y Calida de Vida como continuo se concibe como el objetivo básico de cualquier intervención orientada a la salud, cuyas dimensiones deben ser estrictamente multidisciplinarias en relación a los componentes integradores, que confieran un desarrollo humano óptimo como objetivo principal.

5.3 Calidad de Vida y Enfermedad

En el sentido de la repercusión de la Enfermedad en la Calidad de Vida, encontramos que como resultado de intervenciones médicas relativamente modernas se ha logrado aumentar la cantidad de vida en términos cuantitativos, sin embargo la calidad de sobrevivencia en muchos casos esta lejos de llegar a ser óptima, principalmente en quienes padecen una enfermedad crónica degenerativa o invalidante, por las limitaciones y deterioros que la enfermedad impone sobre la persona, o como resultado de efectos colaterales derivados de intervenciones terapéuticas, los cuales pueden facilitar procesos desadaptativos relacionados con estados depresivos o ansiógenos, variando en estados personales que van desde la desesperación y abandono hasta la integración y aceptación positiva del hecho.

En el mismo escenario el interés por evaluar el nivel de funcionamiento personal en un escenario clínico, se dirige hacia la evaluación de habilidades funcionales en la enfermedad, y en este sentido encontramos dos aspectos importantes para abordar el tema: a) capacidad y habilidades de la persona para comunicarse objetivamente y b) habilidades de funcionamiento inherentes al escenario clínico. Inicialmente la capacidad y habilidad del individuo de comunicar eficazmente sus condiciones nos sitúa dos posibles escenarios, el desarrollo de habituación al padecimiento puede minimizar los hechos y malestares, o bien un estado de reactividad intensa, puede amplificarlos. En el escenario de habilidades y funcionamiento en el escenario clínico encontramos por una parte las actividades y habilidades de autocuidado (comer, bañarse, vestirse, seguir los procedimientos o indicaciones terapéuticas), y las capacidades de movimiento y desplazamiento (desplazamiento en diversos escenarios fuera y dentro del hogar).

En esta situación, Wilkin (1987) menciona que la disfunción no es sólo un hecho físico o fisiológico, sino que tiene una estructura multidimensional que no debe ser olvidada tras la apariencia de lo inmediatamente observable, de forma que los aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales tienen un peso importante en la disfunción.

Es en este escenario en donde la medicina conductual y la psicología de la salud inherentemente pueden mediar para el desarrollo de una mejor calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, desarrollando estilos de afrontamiento más adaptativos.

Palacios (1998), mencionó que la aproximación de la medicina conductual, ha enfatizado el interés en el paradigma educativo en donde los individuos son entrenados en el uso de estrategias específicas para la solución activa de sus conflictos con el entorno, lo que les puede permitir adaptarse a la enfermedad física y contribuir a controlar algunas de sus consecuencias, con la reducción sistemática a la exposición a los factores de riesgo, a la enfermedad física y mental; y con la promoción de los estilos de vida saludables estas estrategias ayudan a reducir la incidencia de la recaída e incluso los estadios iniciales de la enfermedad.

La importancia de la Calidad de Vida en enfermos radica en el hecho de considerar al individuo como un ente biopsicosocial, con características no sólo dirigidas al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud y control de efectos colaterales de la

enfermedad e intervenciones médicas, sino como un ente capaz de disfrutar los aspectos agradables de su existencia. En este contexto Grau y Gonzáles, (1998), mencionan que en el proceso de enfermedad, el enfermo crónico sufre cambios importantes en su identidad y autoestima, aunadas con dudas e incertidumbre sobre un futuro que luce incapacitante, y transforma sus relaciones interpersonales, con una pérdida de sentido de control personal de su vida, de su autonomía y de su capacidad para la toma de decisiones, todo ello acompañado de molestias y dolores propios de la enfermedad y, en muchos casos, de reacciones secundarias a tratamientos igualmente agresivos, incapacitantes y dolorosos.

Cuando se concibe a la Calidad de Vida en escenarios clínicos vinculados a pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas, la tarea del psicólogo es de vital importancia, en el desarrollo a la par del paciente con habilidades en relación a la prevención y control de conductas y hábitos que generen procesos de salud y enfermedad, con el objetivo de desplegar herramientas que promuevan una vida de calidad.

En el mismo sentido, Moreno y Ximénez (1996) exponen que la Calidad de Vida significa también la capacidad de las personas para no ser puros espectadores en el proceso de enfermar e incluso morir. Desde esta perspectiva, la Calidad de Vida significa el esfuerzo para que la enfermedad inevitable, la disminución real, signifique la menor alteración posible en la autonomía real del sujeto y entrañe las mínimas variaciones en su vida habitual.

La Calidad de Vida como objeto de estudio es inherentemente multidisciplinar, con orientación en las ciencias de la Salud está asociada con perfiles epidemiológicos e intervenciones promotoras de Salud en cualquier nivel de atención, las cuales se encuentran inmersas en un continuo de procesos psicológicos que facilitan o impiden el establecimiento de una Vida de Calidad, es aquí donde el Psicólogo orientado a la Salud coadyuva para afrontar más adaptativamente el proceso de enfermedad, desarrollar habilidades para recuperar la Salud o aminorar los efectos negativos de la enfermedad, aplazar la muerte o coadyuvar en ultimas instancias con el buen morir.

5.4 Calidad de Vida e Hipertensión Arterial

En el caso de la Hipertensión, la evaluación de la calidad de vida incluye aspectos como síntomas físicos, bienestar general, sueño, estado emocional, autocontrol, funcionamiento

sexual, desempeño y satisfacción laboral, funcionamiento cognitivo, social, involucramiento de la familia y vitalidad (Osterhaus, Townsend, Gandek & Ware, 1994).

La literatura indica que los pacientes crónicos en su mayoría presentan más síntomas depresivos, menor autoeficacia y dominio, mayores sentimientos de soledad y redes sociales más pequeñas (Kramer, 2002). Los hipertensos tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad, en comparación con otras condiciones crónicas. (Sherbourne, Wells & Judd, 1996).

Las personas con enfermedades crónicas se pueden sentir relativamente bien algunas veces y enfermas otras, pero nunca están completamente sanas. Los pacientes necesitan aprender a tratar tanto con los síntomas de la enfermedad como a controlar el estrés provocado por los tratamientos. Estar enfermo suele generar sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control sobre el futuro, situaciones ambas especialmente desgastantes (Stewart, Berry, McGlynn & Ware, 1989).

Una porción importante del impacto de una enfermedad crónica se observa en la forma en que cambian las creencias y convicciones de sí mismos, estos es, el diagnóstico de la enfermedad cambia la autopercepción del paciente (Brannon & Feist, 2000).

Westheim y Aide (1991), mencionan que el solo hecho de etiquetar a un paciente como hipertenso, puede provocar efectos negativos como mayor ausentismo laboral y angustia psicológica, capaz de inducir la suficiente actividad simpática como para modificar los parámetros hemodinámicos.

En este sentido, Bardaje y Isacson (2001), encontraron en un estudio sobre calidad de vida importantes diferencias en calidad de vida en pacientes hipertensos al compararlos con sujetos normotensos. Entre otros, el aspectos sociodemográfico fue muy importante, pacientes con nivel socioeconómico alto y mayor nivel educativo reflejaron niveles de salud significativamente más altas, un mejor funcionamiento físico y menor atención al dolor. La condición de soltero se relacionó con menor calidad de funcionamiento social, emocional y percepción de salud. Las personas viudas y divorciadas calificaron significativamente peor en todas las escalas, excepto dolor físico en comparación con las que vivían en pareja.

En la calidad de vida de los pacientes hipertensos en relación al tratamiento farmacológico suele decrementarse debido a que los efectos colaterales de la toma de medicamentos genera síntomas desagradables en los pacientes, como dolor de cabeza, mareo, baja de energía o efectos sedantes, estreñimiento y alteraciones del funcionamiento sexual, en algunos casos la dosis del hipotensor suele ser mayor a la necesaria experimentándose mareo, desvanecimiento, dolor de cabeza y letargo (Cohen, 2001).

En el mismo contexto, Safren (1999), menciona que la falta de adherencia se calcula en un 20% para los tratamientos cortos, 50% para los tratamientos prolongados en condiciones crónicas y 70% para los tratamientos prolongados de padecimientos crónicos, relativamente asintomáticos, como la hipertensión arterial.

La calidad de vida en el paciente hipertenso, como cualquier otro usuario, portador de una enfermedad crónica, se enfrenta a procesos adaptativos que en su mayor parte tienen connotaciones psicológicas adversas, que interaccionan no solo con el deterioro gradual de sus capacidades anteriormente desempeñadas, sino de su salud mental.

5.5 Medición de la Calidad de Vida

En Psicología existe un creciente interés por evaluar el efecto real de las intervenciones clínicas, no solo en términos de diferencias estadísticas o comparaciones normativas. Para ello se requieren mediciones empíricamente válidas que determinen el grado en que un tratamiento ha sido exitoso. De ahí emerge el constructo calidad de vida como variable dependiente empleada para determinar el cambio en intervenciones clínicas (Kendall, 1999).

En este sentido, Ballester (1998), menciona que la medida de la calidad de vida no resulta fácil, en parte por ambigüedad del término, y también debido a su complejidad y a su carácter subjetivo. Además, el concepto de calidad de vida guarda una íntima relación con otros conceptos (como estilos o niveles de vida, indicadores sociales y deseabilidad social).

La evaluación de la Calidad de Vida recoge la problemática esbozada en su aproximación conceptual. Su naturaleza múltiple y compleja, y su bipolaridad objetiva-subjetiva impone a sus medidas múltiples criterios en función de la opción efectuada. Dos han sido los enfoques prevalentes, el primero de ellos más centrado en las variables

objetivas, externas al sujeto, y el segundo preferentemente dedicado a analizar los aspectos subjetivos de la calidad de vida (Moreno y Ximénez, 1996).

El estudio del tema y el desarrollo de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida se ha efectuado desde dos perspectivas: a) la investigación sobre el bienestar psicológico, su estructura y su evaluación, y b) el estudio de la satisfacción en la vida junto con los factores específicos que la conforman (Sánchez-Sosa & González, 2002).

La enorme vigencia del concepto que ha obtenido en los últimos años proviene de dos hechos principales. El primero se refiere a la conciencia colectiva adquirida de la responsabilidad común ante los hechos ambientales y ecológicos, aspecto que le confiere al concepto su valor social, comunitario y colectivo. La segunda surge de la preocupación por los aspectos cualitativos y cotidianos de la vida que el desarrollo económico sin más no puede garantizar y que otorga al concepto su lado más humano (Moreno y Ximénez, 1996).

En escenarios clínicos, relacionados con enfermedades crónicas degenerativas se abstraen lineamientos acerca del impacto en la calidad de vida de los pacientes, en términos de mediciones generales y específicas. El uso del constructo calidad de vida resultado viable como variable dependiente que ayuda a determinar el cambio atribuible a intervenciones clínicas (Kendall, 1999).

La medición de la calidad de vida en escenarios clínicos, se divide en primera instancia en dos rubros principales, el primero asociado a condiciones generales de diferentes padecimientos y el segundo contextualizado en padecimientos determinados en interacción con condiciones individuales.

Mediciones generales: En términos generales este tipo de mediciones son utilizadas para evaluar el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad, teniendo como objetivo una evaluación multidimensional de la calidad de vida del individuo, comparar la repercusión de diferentes enfermedades en la calidad de vida e investigar el impacto económico del tratamiento de enfermedades específicas en la persona.

Mediciones específicas: Este tipo de mediciones posibilitan la evaluación de diferencias individuales y condiciones específicas de una enfermedad en particular, en interacción con las características propias del individuo.

En este contexto González, (2002), identifica tres aspectos principales en la medición de la calidad de vida:

- a) En forma global
- b) La relacionada con la salud
- c) La contextualizada en una enfermedad en particular.

Las ciencias del comportamiento se han encargado de evaluar la significancia de las intervenciones clínicas, no sólo con criterios estadísticos o de comparaciones normativas sino en términos de su validez social, es decir de satisfacción del usuario de los servicios de salud. Esto quiere considerar la confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio como criterio previo a la instrumentación de intervenciones en el sentido de reflejar los efectos que producen dichas intervenciones (Kazdin, 2000).

La evaluación de la calidad de vida en relación con la salud incluye el examen de los efectos de los padecimientos crónicos y de su tratamiento. Se buscan cambios en el estado emocional del paciente, los efectos secundarios de medicamentos, las habilidades de afrontamiento, funcionalidad del paciente y la reducción de las incapacidades que producen algunos trastornos. Diversos estudios señalan como principales áreas de desadaptación a la enfermedad problemas derivados del tratamiento (efectos molestos de medicamentos), baja adherencia terapéutica, bajo rendimiento académico y laboral, relaciones interpersonales conflictivas, comunicación deficiente con los demás, dinámica familiar difícil, baja autoestima y autoimagen deteriorada; todo ello añadido a los problemas económicos derivados de altos costos del tratamiento (Friedman & Di Matteo, 1989).

De acuerdo a Dalhof (1991), la investigación de la calidad de vida en el área de la salud, ha sido utilizada sobre todo para describir y evaluar las condiciones de sobrevivencia de enfermos a los que se les prolonga la vida, como resultado de la intervención médica y de la tecnología para la salud.

El proceso de medición de Calidad de Vida evidentemente es un proceso multidisciplinario, el cual construye su realidad a partir de contribuciones diversas que precisan condiciones favorables en diferentes estratos de bienestar, los cuales se basan en elementos obtenidos de disciplinas diversas. El valorar la calidad de vida del ser humano ubicado en escenarios clínicos como elemento de intervención-investigación de la

psicología, es indispensable como elemento central del bienestar humano en enfermedades crónico degenerativas, en este sentido la importancia de determinar el bienestar atribuible no solamente a intervenciones médicas, sino al bienestar psicológico mediador de condiciones de vida de calidad.

Los instrumentos que existen para medir calidad de vida en general tiene sus raíces en la investigación clásica sociológica, con indicadores tales como trabajo, vida familiar y bienestar. Estas medidas se han aplicado tanto a individuos sanos como enfermos y su enfoque es sobre aspiraciones, metas y las comparaciones de éstas con respecto a logros. Dichos instrumentos contienen ítems enfocados predominantemente hacia las percepciones subjetivas y experiencias de los sujetos, que pueden incluir dominios que están o no directamente relacionados con la salud, como el ingreso la vivienda y el apoyo social. En contraste la mediciones de calidad de vida relacionadas con la salud tienen el propósito fundamental de evaluar la enfermedad y los efectos de alguna intervención (Sanchez-Sosa & González-Celis, 2002).

En este sentido Bowling (1991), menciona que uno de los problemas más relevantes en la indagación de estado de salud a través de autoinformes es la importancia que tiene el autoconcepto y la autoestima, junto con el estado de ánimo del sujeto, en la evaluación que hace éste de su propio estado de salud. Tanto una autoestima baja como los estados y procesos depresivos tienden a ir asociados con una evaluación negativa de la salud (Bowling, 1992).

Como señala Sartorius (1995), los principales retos en la medición de la calidad de vida se resumen en primer lugar en el plano político-sanitario donde es necesario introducir el criterio de calidad de vida a la hora de marcar los logros en el tratamiento, para cualquier enfermedad, y en segundo lugar, en el plano metodológico, donde es preciso desarrollar instrumentos de medidas aplicables, repetibles y con versiones idiomáticas equivalentes y actualizadas. Existen además distintos grupos que requieren una mayor atención, como niños, ancianos y enfermos de países en vías de desarrollo.

La calidad de vida y su inherente estudio multidisciplinario hace de esta un constructo susceptible de ser medida desde diferentes perspectivas, o que hace necesario, la delimitación conceptual previa desde la psicología, para iniciar procesos de medición y evaluación, que reflejen aspectos físicos asociados con bienestar psicológico.

CAPÍTULO VI

INVESTIGACIÓN DIRECTAMENTE RELACIONADA

En este capítulo se presentan algunas líneas de investigación enfocadas principalmente al estudio de la hipertensión arterial, estrés y calidad de vida.

Olvera, Y., Domínguez, B., Cruz, A., Pennebaker, W. J. y Cortes, S. J. (2002), realizaron una evaluación de la escritura emocional autorreflexiva en estudiantes de nivel universitario. El propósito fue identificar y determinar que procedimientos de escritura emocional era más benéfico para este grupo. Se compararon tres modalidades de escritura: escribir sobre un hecho traumático, escribir sobre un hecho traumático planteando una solución y escribir sobre administración del tiempo. Durante cada una de las sesiones se registro la temperatura periférica de la piel de la mano dominante antes y después de su escrito. Los resultados del mismo mostraron que la longitud del mismo, el numero de palabras emocionales positivas y negativas y de frases autorreflexivas estuvo relacionada con los cambios de temperatura periférica, pero que escribir de un hecho traumático con o sin solución ayuda a lograr un aumento de temperatura. El escribir con soluciones resulto ser más benéfico ya que psicofisiologicamente hubo un mayor aumento de temperatura, lo que indica una mayor relajación.

Según los planteamientos de este estudio, procesos de escritura identificados como autorreflexivos y de expresiones positivas desempeñan un papel de medidores hacia procesos benéficos asociados a estadios de relajación en relación a hechos traumáticos.

Domínguez. B. (2004), analizó las razones del demasiado estrés en mujeres en condiciones psicosociales desventajosas, este estudio analizó la injerencia del estrés crónico en asociación con situaciones de marginación, en el mantenimiento o pérdida de la salud, en un sujeto que presentan asma, diabetes tipo dos, presión arterial elevada y artritis reumatoide, originados por el estilo de vida y situaciones de estrés caracterizados por una gran cantidad de obligaciones, poca solvencia económica y bajo nivel escolar, en asociación con estados estresantes precipitan la aparición de enfermedades que antes sólo se constituían en personas ancianas. Aspectos cotidianos como el aceptar ser tratado injustamente en interacción con discriminación económica y de género constantes, se ha correlacionado con la presencia de presión sanguínea más elevada, que quienes desafían

esta situación. En este contexto el estrés constante experimentado repercute negativamente en el sistema inmunológico, lo cual puede estar precipitando procesos patogénicos a edades tempranas.

En este estudio se propuso que las relaciones observadas de condiciones económicas adversas, la cantidad excesiva de obligaciones y el bajo nivel escolar como precursores importantes de estados de estrés crónico, precursores de la pérdida de la salud y la aparición de enfermedades anteriormente consideradas como características de personas de edad avanzada. También encontraron correlaciones importantes entre individuos que aceptan ser tratados injustamente en relación a su género y condición económica, y niveles de presión sanguínea más elevada, que quienes desafían esta situación.

En mismo sentido Yusuf, S. y Lancet. (2004), mediante un estudio de casos control protectivo, que abarca a todas las áreas del mundo, se pudo por primera vez medir el impacto que los factores psicosociales tienen, como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos cardiovasculares, el cual encontró que como tales los factores psicosociales representan un riesgo atribuible de 32.5%, solo abajo del tabaquismo y la dislipidemia.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado se encontró, un conjunto de factores que intervienen en la pérdida, conservación y recuperación de la salud, incidiendo en la calidad de vida de los individuos.

Caceres, D., Arrivillaga, M. y Correa, D (2004), encontraron mediante un estudio experimental con dos grupos aleatorizados, con un diseño intra e intergrupo, pre y post intervención, investigaron la efectividad de programas de intervención psicosocial en la disminución de niveles de hipertensión en pacientes con diagnóstico superior a un año. Con una muestra de 64 pacientes mayores de 40 años, sin alguna otro trastorno crónica o psicológico, encontraron diferencias significativas ($p < 5.05$ y n.c. 95%) entre los niveles de presión arterial, estrés y adherencia al tratamiento.

La relación entre cuadros psicológicos y el diagnósticos de Hipertensión Arterial fue abordado por, Jurado, S., Figueroa, L., & Rojas, M. (2004), teniendo como objetivo el determinar la relación entre la reactividad cardiovascular de la presión arterial y la tasa cardiaca con los factores de riesgo de la hipertensión arterial. Con una muestra 110 estudiantes normotensos divididos en dos grupos, el primer grupo con antecedentes familiares de hipertensión y el segundo sin antecedentes de hipertensión arterial. Se les

aplicaron el Cuestionario de Conducta Tipo A, Inventario de Factores de riesgo de Hipertensión Arterial y un perfil psicofisiológico para establecer la reactividad cardiovascular ante dos pruebas de estrés (aritmética y emocional). Se determinaron diferencias en la ambición, la competitividad y en el inventario de conducta tipo A. Respecto a la reactividad cardiovascular el grupo de casos fue más reactivo que el de controles. Así mismo se encontró que la reactividad se asocio con el estrés (personalidad, ocupación y ambiente estresante), con el sedentarismo, el antecedente familiar de diabetes mellitus, valores iniciales de la presión arterial y tasa cardiaca, pero no con el antecédete familiar de hipertensión.

Este estudio señala que con dos grupos de individuos normotensos, el primero con antecedentes de hipertensión arterial familiar y el segundo sin el mismo, se encontraron diferencias en la ambición, la competitividad y en el inventario de conducta tipo A. Asimismo como la relación de la reactividad y el estrés, con el sedentarismo, el antecedente familiar de diabetes mellitus, pero no con el antecédete familiar de hipertensión.

Por su parte Caballo. V y Anguiano, S. (2002), investigaron la relación entre contratiempos cotidianos, estilos de personalidad asociados con el estrés. A una población de 38 sujetos, se les aplicó el Inventario de estrés cotidiano (Bartley & Et al., 1987) y el Cuestionario Exploratorio de Personalidad-CEPER (Caballo, 1997), encontraron que estilos de personalidad denominados depresivos, dependiente e histriónico, son los que predicen mejor y durante más días el estrés cotidiano, lo mismo es probable que generen comportamiento que produzcan un mayor estrés en el sujeto. En este contexto sujeto histriónicos/impulsivos, que precisan de la atención de los demás y que tienen comportamientos impulsivos podrían estar sometidos también a cierto estrés en las situaciones sociales e incluso provocar, a veces en los demás conductas negativas por su impulsividad.

Una de las hipótesis fue que determinados estilos de personalidad presentan predisposición a presentar comportamientos que precipiten mejor y durante más días determinados tipos de estrés cotidiano.

En un estudio del *Lipid Research Clinics*, realizado por Bush y cols. (1987) se ha observado que en las mujeres a partir de los 50 años de edad, un aumento de siete veces en

la mortalidad cardiovascular por cada incremento de 10 años de edad a partir de la cuarta década.

En todos estos estudios, las perspectivas se enfocan en relación a los factores mediadores de estrés, trastornos cardiovasculares y pérdida de la salud, en diferentes condiciones clínicas, comorbidas con diferentes enfermedades y edades mas tempranas de incidencia de las mismas. Además, de determinadas estrategias encaminadas a desarrollo de estados de relajación dirigidas a la atención de diversos sucesos estresantes presentados por las personas.

Finalmente definidos los tópicos estudiados por la investigación directamente relacionada, se procederá a la siguiente fase de esta investigación.

CAPÍTULO VII

MÉTODO

Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar la relación entre Hipertensión Arterial, Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, en mujeres usuarias del servicio de prevención psicológica provenientes de zonas urbano marginadas ubicadas al oriente del valle de México, para esto la presente investigación se basará en los siguiente objetivos.

- 1.- Describir el comportamiento de cada uno de los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, que presentan las Mujeres hipertensas de la muestra realizada.
2. Identificar si existen diferencias entre las Mujeres hipertensas que trabajan y las que no laboran, de cada uno de los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos.
- 3.- Encontrar el tipo de relación entre los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, que presentan las Mujeres hipertensas de la muestra realizada.

Preguntas de Investigación

¿Cómo se comporta la variable Calidad de Vida en las Mujeres hipertensas de la muestra realizada?

¿Cómo se comporta la variable Eventos Estresantes Crónicos, en las Mujeres hipertensas de la muestra realizada?

¿Existen diferencias entre las Mujeres hipertensas que trabajan y las que no laboran, de cada uno de los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos?

CAPÍTULO III

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En este capítulo se contextualiza la Hipertensión Arterial como una entidad crónica degenerativa ubicada entre las enfermedades más frecuentes dentro de los cuadros de epidemiológicos de nuestro país, integrada por diferentes factores de riesgo inherentes a la enfermedad y estilos de vida poco saludables. En este sentido la Hipertensión Arterial como padecimiento proliferador en población femenina, hace evidente el diseño de investigación e intervención psicológica destinada a proporcionar una atención integradora que atienda los componentes multifactoriales susceptibles de modificar.

3.1 Relevancia Social de la Hipertensión Arterial en México

La Hipertensión Arterial es caracterizada como el tránsito de la sangre por las arterias a una presión mayor a la deseada para la salud, causando mareos, sangrado por la nariz o dolores de cabeza. No obstante que en algunas personas afectadas no se presentan estos síntomas, ello no quiere decir que se encuentre fuera de riesgo. En estos casos a este padecimiento se le considera un asesino silencioso. Gran parte de las muertes se dan como consecuencia directa de la hipertensión arterial, de sus complicaciones sobre el sistema cardiovascular o en el riñón, otros factores que influyen sobre la HTA son el sistema nervioso, los propios vasos sanguíneos (en particular las arterias más pequeñas llamadas arteriolas), así como una serie de hormonas (Gaceta Salud, 2006).

Dos tipos de Hipertensión arterial son identificadas, la primarias o esencial que representa el 85% de los casos totales y la secundaria con el 15% del total, la cual es susceptible de ser revertida la intervenir en la posible causa (problemas renales, Problemas endocrinos, problemas neoplásicos o tumorales y problemas obstétricos) (Ramiro & Saita-Kamino, 1995).

Desde mediados de la década de los cincuenta, la hipertensión arterial se ha descrito como, una enfermedad crónica que persiste por un promedio de dos décadas antes de que sus complicaciones secundarias causen la muerte 15 a 20 años antes, en promedio, de lo esperable para la expectativa de vida normal (Perera, 1955).

En este contexto la Liga Mundial de la Hipertensión Arterial hizo un llamado urgente para que más pacientes puedan alcanzar sus metas de control internacionalmente reconocidas de 140/90mmHg o menos, en este sentido del 50% al 70% de los mil millones de personas que sufren de hipertensión en el mundo permanecen por arriba de la meta (Secretaría de Salud, 2001).

La Hipertensión Arterial como fenómeno epidemiológico asociado estilos de vida poco saludables, representa un reto en la modificación conductual que coadyuve a escenarios prepatogénicos prolongados, niveles de calidad de vida aceptables en horizontes clínicos y de rehabilitación, así como diseños de programas de prevención que intervengan en poblaciones identificadas como vulnerables.

La Hipertensión Arterial como problema de salud pública en México, se encuentra en un contexto adecuado para su permanencia entre los primeros cuadros epidemiológicos durante las próximas décadas, esto se produce a partir de la interacción de diferentes factores de riesgo como conductas de salud y nutricionales deficientes, la recidiva de enfermedades infecto contagiosas, el no acceso de servicios de salud de calidad, la predisposición genética a desarrollar determinados padecimientos y el incremento del grueso de padecimientos determinados por estilos de vida disfuncionales. Como resultado de esto se hace necesario el incremento de la efectividad y difusión de nuevas estrategias encaminadas a la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad, en donde el componente comportamental se ubica como un proceso inmuoconductual determinante, ubicado desde la promoción de la salud hasta el bien morir.

La prevalencia de la Hipertensión Arterial en México en la población de 20 años o más, resulto de 30.8%. En las mujeres, el porcentaje de diagnóstico médico previo fue mayor (18.7%) que el mismo tipo de diagnóstico realizado en los hombres (11.4%). Una relación inversa se observó en el hallazgo de hipertensión con un 20.1% en hombres y 12.1% en mujeres. Mas del 50% de los hombres a partir de los 60 años presenta hipertensión arterial, mientras que, en las mujeres, la afección se presenta en casi 60% para el mismo periodo de edad. Es importante destacar que la mayor parte de los diagnósticos en las mujeres eran ya conocidos por ellas, mientras que la mayor parte de los hombres fueron diagnosticados en el levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud, 2006. (ENSA, 2006).

Lo anteriormente mencionado concuerda con datos anteriores, de la Secretaria de Salud (2001), que ubicaban a la hipertensión arterial como la enfermedad no transmisible diagnosticada con más frecuencia, con un 30.05% de la población con hipertensión arterial, equivaliendo a más de 16 millones de personas adultas, entre 20 y 69 años de edad

La prevalencia de hipertensión arterial por entidad nos muestra que los estados del sur presentan menor porcentaje de la población con esta enfermedad, en comparación con los estados del centro y del noroeste. Las entidades con las prevalencias más altas son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora (ENSA, 2006).

Es importante subrayar al cierre de esta investigación, que se sitúa a las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de muerte en nuestro país, ya sea como causa directa de hipertensión arterial o por sus complicaciones.

3.2 Transición Epidemiológica

El contexto, en el que las enfermedades crónico degenerativas y estilos de vida interactúan en perjuicio de la salud, se desarrolla en escenarios cuyos elementos se derivan de cambios cuantitativos de fertilidad y mortalidad, y del desplazamiento paulatino de enfermedades por deficiencias nutricionales e infecto contagiosas, por enfermedades crónico degenerativas asociadas a estilos de vida poco saludables, escenario denominado como de transición epidemiológica.

Anteriormente las enfermedades no transmisibles y nutricionales eran la principal causa de muerte en el mundo, actualmente esto ha cambiado, siendo las enfermedades crónico generativas, la mayor parte no transmisibles, las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial.

En las regiones de mayor mortalidad en el mundo, casi la mitad de la carga de morbilidad es atribuible a las enfermedades no transmisibles, siendo la hipertensión arterial una de las enfermedades que más contribuye a dicha carga (WHO, 2003).

En este sentido, Vega (2000), expone que este escenario denominado de transición epidemiológica es como componente principal el desplazamiento gradual de enfermedades infecciosas por enfermedades degenerativas, agrega que a la par de la transición epidemiológica se modifica la mortalidad a largo plazo y el patrón de las enfermedades que intervienen causalmente en las defunciones.

Entre los aspectos identificados como los principales factores de los cambios epidemiológicos se encuentra a: a) el incremento de la esperanza de vida de casi 80 años en países industrializados, el cual está asociado a la presencia de enfermedades relacionadas con etapas de la vida más vulnerables a dificultades de la salud y a efectos de estilos de vida poco saludables, b) cambios en el patrón alimentario a nivel mundial, orientado hacia el consumo de alimentos con elevados niveles de grasa de origen animal asociado con la ingesta elevada de bebidas alcohólicas, c) el elevado nivel de contaminación característico de grandes concentraciones urbanas que albergan la mayor parte de enfermedades crónicas degenerativas, c) el tabaquismo como proceso degenerativo y hábito ampliamente difundido entre grandes sectores de la población y d) la sobrepoblación mundial que implica un estilo de vida con inherentes elementos estresantes que forman parte de un estilo de vida que precipita a cuadros de trastornos mentales usuales entre la población como los trastornos de estado de ánimo y de ansiedad.

En el mismo sentido Omram, identifica tres periodos en la evolución histórica de las enfermedades: 1) el de las pestilencias y las hambrunas, 2) el de la declinación de las pandemias, y 3) el de las enfermedades degenerativas y originadas por el hombre. Propone, a su vez, cuatro modelos básicos de transición: 1) el clásico, u occidental, 2) una variante acelerada del modelo clásico, 3) el modelo lento o retardado y 4) una variante transicional del modelo lento caracterizado por un rápido descenso de la mortalidad, seguido pocos lustros después por una disminución de la fertilidad (citado en Vega, 2000).

El panorama denominado de transición epidemiológica ubicado actualmente, se caracteriza por la interacción de enfermedades contagiosas o de deficiencias nutricionales y enfermedades crónicas degenerativas, moduladas estas últimas en buena parte por factores inherentes al estilo de vida, estas se presentan como las de mayor significancia en cuanto a morbilidad actual, sin haber desaparecido por completo las anteriores, incluso en algunos casos presentándose brotes de algunas enfermedades infecto contagiosas y manteniéndose bajas pero constantes los niveles de padecimientos relacionados con deficiencias nutricionales.

En este contexto, Sánchez-Sosa (1998), menciona que la erradicación de enfermedades infecto contagiosas y por carencias nutricionales pueden lograrse con avances en la medicina, medidas epidemiológico-sanitarias clásicas, medidas generales de saneamiento e

inmunizaciones, pero las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles, presentes en países desarrollados y en vías de desarrollo no pueden ser resueltas de forma esencial con el perfeccionamiento tecnológico de la medicina.

En el mismo sentido, Morrow y Belig (1994) manifestaron la necesidad de que los aspectos psicológicos estén presentes en todos los pasos de los programas de salud, toda vez que la conducta humana se convierte en la cúpula ordenadora de todos los momentos de este control.

En este contexto, cabe mencionar la formulación comprensiva de la salud y enfermedad, como un modelo biopsicosocial en sucesión de un modelo puramente médico, el cual retoma en un mismo nivel componentes biológicos, psicológicos y sociales, que pueden explicar de mejor manera los vacíos explicativos del modelo clásico.

Los postulados básicos del modelo biopsicosocial responden al concepto de que los procesos de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y de que es necesario tener en cuenta estos tres tipos de factores a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento (Ballester, 1998).

Finalmente, se concibe un cúmulo de factores que interactúan y determinan la posición en el continuo salud-enfermedad del individuo, orientándolo en un escenario denominado de transición epidemiológica, hacia las enfermedades crónicas degenerativas dominantes, favorecidas por estilos de vida desadaptativos y por un modelo biomédico hasta hace poco hegemónico, que encuentra vacíos explicativos en relación a ellas.

3.3 Enfermedad Crónica Degenerativa

Las enfermedades crónicas degenerativas se caracterizan por ser un determinado trastorno orgánico funcional que implica una modificación en el estilo de vida establecido por el paciente y que gradualmente incrementarán sus efectos negativos a lo largo de la vida del paciente. Un origen multifactorial ubicado como factores ambientales (estilos de vida, estilos de afrontamiento y estrés) y factores hereditarios se constituyen como el cúmulo etiológico de este tipo de enfermedades.

Consecuencia de la conjunción de múltiples factores (biológicos, psicológicos, sociales, estilos de vida), caracterizada por signos físicos y síntomas más o menos constantes, así

como conductas y cogniciones dependientes de los recursos de afrontamiento con los que cuenta el sujeto, de su sistema de creencias y de su vulnerabilidad (Programa de residencia en medicina conductual, 2001).

Las enfermedades crónicas y degenerativas se caracterizan por la dificultad de control, ya que presentan un ritmo ascendente tanto en su prevalencia como en su incidencia; su frecuencia se incrementa a mayor edad; los pacientes no desarrollan inmunidad ante ellos y su gravedad es progresiva y discapacitante (Sanchez-Sosa, 2002). Estos padecimientos demandan cambios significativos en el estilo de vida de quien los padece, en sus actividades y en las de su familia, afectando el bienestar del paciente y de quienes lo rodean (Riveros, 2002).

Las enfermedades crónicas degenerativas afectan los diversos aspectos de la vida del paciente (actividad laboral, académica, social, física), iniciando con un estadio crítico de alteración y adaptación al impacto en los diferentes aspectos de su vida, caracterizándose por un desequilibrio físico, social y psicológico.

El diagnóstico de cualquier enfermedad crónica produce un impacto en el paciente por dos razones: la primera incluye la reacción emocional de saberse con una enfermedad incurable por el resto de su vida, y segundo, por los ajustes que se ven obligados a hacer en su estilo de vida, debido a la enfermedad (Brannon & Feist, 2002).

De acuerdo a Liben (2001), el proceso de adaptación a una enfermedad crónica degenerativa contempla, por lo menos tres variables que interactúan entre sí:

- 1.- Los eventos antecedentes (variables causales o contextuales) presentes durante el origen de la enfermedad crónica.
- 2.- El proceso dinámico de adaptación por sí mismo (reacciones subsecuentes a la enfermedad crónica).
- 3.- La anticipación de consecuencias psicosociales.

En estas últimas y en interacción con las enfermedades crónicas degenerativas en donde el individuo debe realizar una serie de ajustes cognitivos y conductuales que le confieran un mejor desempeño en presencia de la enfermedad. De este modo el individuo debe adquirir nueva información importante para entender su enfermedad (signos, síntomas y tratamiento) aunado con una serie de cambios adaptativos en los sistemas de creencias y

habilidades de afrontamiento, dirigidos a adoptar conductas que restauren la salud, las cuales pueden ser desde buscar ayuda profesional, apegarse a un tratamiento terapéutico, modular emociones dañinas, realizar ejercicio y adoptar una dieta saludable, con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida al paciente con enfermedades crónicas degenerativas.

En este sentido Moos y Tsu, (1977) mencionan que la forma habitual en que el paciente afronta los problemas no le resulta eficaz, al menos temporalmente; y como consecuencia de ello, frecuentemente experimentan intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones.

La presencia de una enfermedad crónica degenerativa implica el despliegue de diversas reacciones adaptativas por parte del paciente como: hacer frente al dolor, sufrimiento e incapacitación, afrontar el escenario clínico u hospitalario y los procedimientos de evaluación, intervención y rehabilitación que conllevan; establecer relaciones asertivas y confiables con los diferentes profesionales de la salud y obtener apoyo emocional en las redes sociales de las que dispone. En este contexto clínico el psicólogo interviene de acuerdo a las condiciones particulares de cada paciente, en el proceso de orientar racional y funcionalmente a los pacientes respecto con sus limitaciones futuras y fases de su enfermedad así como elaborar metas más razonables de acuerdo a sus condiciones.

Así pueden modificar sus prioridades y centrar su atención en aquellos aspectos que les resultan verdaderamente significativos; en algunos casos los pacientes encuentran incluso nuevas metas que no formaban parte de sus vidas anteriores (Taylor, 1983).

En el mismo sentido, De la Fuente (2004), expone que el psicólogo busca aliviar síntomas, promover un estilo de vida más sano, enfrentar los problemas psicológicos asociados con la enfermedad crónica e incrementar el cumplimiento del tratamiento médico.

Las diversas repercusiones físicas asociadas a las enfermedades crónicas degenerativas las podemos entender como el resultado directo de la propia enfermedad o como las derivadas de las propias intervenciones médicas. En las repercusiones físicas asociadas directamente a la enfermedad, encontramos todos aquellos malestares físicos persistentes, como los cambios metabólicos producidos por la diabetes, el deterioro respiratorio debido a enfermedades asmáticas, deficiencias motoras asociadas a lesiones en la médula espinal y

en algunos casos el decremento cognoscitivo resultado de apoplejías y tumoraciones cerebrales. Las repercusiones físicas derivadas de las intervenciones médicas se presentan en diversas condiciones, como los efectos secundarios de diversos fármacos empleados en la atención de la hipertensión (somnolencia, impotencia sexual, aumento de peso), la pérdida de cabello y náuseas asociadas a la quimioterapia, y las respectivas indicaciones incluidas en los mismos como cambios en los hábitos alimenticios, incremento de la actividad física o el decremento de conductas de riesgo, ejemplifican eficazmente las repercusiones físicas negativas relacionadas a las enfermedades crónicas degenerativas.

Dependiendo de los resultados, los pacientes podrán mantener niveles adecuados de funcionamiento físico, emocional y social, que a su vez generarán un mejoramiento del bienestar y su calidad de vida (Bensing, Schereurs & Ridder, 1996).

Como resultado, se presenta un alto índice de nula adherencia terapéutica e incumplimiento del tratamiento prescrito, teniendo como causa esta situación entre otros motivos, la percepción de la prescripción médica y conductual, de parte de los pacientes, como un considerable número de limitaciones y nuevas conductas protectoras a aprender, que representan una importante fuente de malestar y descontento debido a los estilos de vida previamente establecidos.

El padecer una enfermedad crónica requiere cambios en los estilos de vida, debido a que el mantenimiento, pérdida y restauración de la salud se ven afectados por el comportamiento, en este sentido es importante trabajar en el establecimiento de adherencia terapéutica específica para el paciente hipertenso. Además de los beneficios notables de la terapia farmacológica, una inadecuada adherencia al medicamento hipotensor y a recomendaciones médicas tiene como consecuencia efectos colaterales adversos tales como; labilidad en la presión arterial, riesgo de complicaciones cardiovasculares así como cerebrovasculares y un incremento en los gastos de los servicios de salud (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georigiades & Tweedy, 2002).

En este contexto, Palacios (1998) mencionó que en este proceso fundamentalmente el individuo se enfrenta a la percepción del significado de la enfermedad, donde las tareas adaptativas son uno de los factores más importantes junto con el desarrollo y despliegue de las estrategias de afrontamiento que aunadas a la adherencia terapéutica, a las

recomendaciones médicas y al uso de medicamentos, en su caso, o bien de estrategias no invasivas de autorregulación, llevan a la superación de la crisis.

Entre las estrategias no invasivas de autorregulación y de modificación conductual, encuentran: la relajación, la desensibilización sistemática y la biorretroalimentación las cuales son técnicas, empleadas en diversos problemas médicos y psicológicos que conlleva un entrenamiento paulatino hacia el afrontamiento más racional de los diferentes escenarios.

De la Fuente (2004), menciona que las intervenciones conductuales ayudan a los pacientes a cumplir los regímenes y prescripciones de los médicos. La premisa en que se basan las intervenciones conductuales en el cuidado de la salud es que un número de problemas médicos tiene entre los factores que los determinan o perpetúan la conducta inadecuada de los enfermos, y que su evolución es desfavorablemente influida por conductas adquiridas a través del aprendizaje.

Entre las estrategias cognitivo conductuales encontramos la relajación, la cual es una técnica que consiste en disminuir voluntaria y progresivamente el grado de contracción de sus músculos. Apareada con imaginación guiada que funge como mediador cognitivo de relajación, se propicia un estado de neutralidad y confort en estados caracterizados por episodios de estrés, indefensión y ansiedad, generalmente atribuidos a un disfuncional estilo de afrontamiento hacia el estrés, el cual es característico de condiciones médicas y psicológicas adversas.

La desensibilización sistemática se basa en los principios del contracondicionamiento y fue diseñada para ayudar a la persona a desarrollar estrategias que le permitan superar condiciones que le generan ansiedad, como pueden ser algunos síntomas de los padecimientos, intervenciones médicas y escenarios generadores de estrés coadyuvantes de conductas de enfermedad que interfieren en la adherencia terapéutica.

De acuerdo a De la Fuente (2004), inicialmente la desensibilización sistemática aborda una lista realizada por el paciente y terapeuta, la cual describe escenarios graduales que describen escenas relacionadas con la situación generadora de ansiedad, desde la menos atemorizante hasta la más atemorizante; después se enseña al paciente a relajarse, una vez que el paciente es capaz de relajarse en forma satisfactoria, comienza el proceso de desensibilización propiamente dicho. Se presentan imaginariamente las escenas de la lista

que se ha elaborado inicialmente. Se considera que una escena se ha desensibilizado cuando el paciente es capaz de imaginarla y llevarla al escenario real con una presencia mínima de ansiedad la cual no representa disfuncionalidad.

En el escenario clínico, es necesario puntualizar que es la interacción de distintos factores la que define las condiciones crónicas degenerativas. Siguiendo esta indicación, la medicina conductual evita el problema antes de que aparezca, o bien actúa cuando los factores ya se manifiestan, propiciando la adopción de ciertos estilos de vida, integrados por factores protectores encaminados al incremento de la calidad de vida.

3.4 Clasificación de la Presión Arterial

De acuerdo con el séptimo informe del Comité Nacional para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial (JNC-7, 2006), cuya función es la elaboración de guías e informes para incrementar el conocimiento, prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial. Se ubican cuatro categorías clasificatorias de presión arterial para adultos mayores de 18 años, denominadas como presión normal, prehipertensión, hipertensión arterial estado 1 e hipertensión arterial estado 2. Dicha clasificación está basada en la media de dos o más medidas correctas, en posición sentado en cada una de dos o más visitas en consulta. En contraste con el 6 Informe JNC, se incluye una nueva categoría denominada prehipertensión , y los estadios 2 y 3 anteriormente delimitados, han sido unificados. En este sentido los pacientes con prehipertensión tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA; los individuos cuyas cifras se ubiquen de 130-139/88-89 mmHg tienen doble riesgo de presentar HTA que los que tienen cifras inferiores. Ver tabla 1.

La categoría de prehipertensión, se asocia con la relación de riesgo de eventos enfermedad cardiovascular y presión arterial elevada, recomendando el incremento de la educación para la salud por parte de los profesionales de la salud, para reducir los niveles de presión arterial y prevenir el desarrollo de hipertensión arterial.

Tabla 1. Clasificación y manejo de la PA en adultos

Clasificación PA	PAS* mmHg	PAD* mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara (ver Tabla 8)
Normal	<120	y < 80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado***
Prehipertensión	120- 139	ó 80- 89	Sí	Tiazidas en la mayoría. Considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC ó combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes***. Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCC)
HTA: Estadío 1	140- 159	ó 90- 99	Sí	Combinación dos fármacos en la mayoría** (usualmente tiazídicos, IECAs, o ARA II, BBs ó BCC)	según sea necesario
HTA: Estadío 2	>160	ó >100	Sí		

* Tratamiento determinado por la elevación de la PA

** La terapia combinada inicial debe usarse con precaución cuando exista riesgo de hipotensión ortostática

***Tratamiento en enfermedad renal crónica o diabetes con objetivo PA <130/80 mmHg

En el mismo sentido el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial, realiza dentro de la guía para la prevención y manejo de Hipertensión Arterial 8 observaciones clave.

* En personas mayores de 50 años la Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor de 140 mmHg es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) mucho más importante que la Presión Arterial Diastólica (PAD).

* El riesgo de ECV comienza a partir de 115/75 mmHg se doble con cada incremento de 20/10 mmHg; Los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

* Los individuos con PAS de 120-139 mmHg o PAD de 80-89 mmHg deberían ser considerados como prehipertensos y requieren promoción de la salud respecto a modificación de estilos de vida para prevenir la ECV. Los diuréticos tipo tiazida deberían ser usados en el tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes con HTA no

complicada, bien solos o combinados con otras clases de fármacos. Ciertos estados de alto riesgo constituyen indicaciones para el tratamiento inicial con otras clases de fármacos antihipertensivos (IECAs, ARA-2, Betabloqueadores, Bloqueantes de los canales de calcio).

* La mayoría de los pacientes con HTA requerirán dos o más medicaciones antihipertensivas para conseguir el objetivo de la Presión Arterial (<140/90 mmHg, o <130/80 mmHg en diabéticos ó enfermedad renal crónica).

* Si la Presión Arterial es >20/10 mmHg superior al objetivo de presión arterial, debería considerarse iniciar la terapia con dos fármacos, uno de los cuales debería ser por norma un diurético tipo tiazida.

* La más efectiva terapia prescrita por el médico más exigente solo controlará la presión arterial si los pacientes están motivados. La motivación mejora cuando los pacientes tienen experiencias positivas y confían en su médico. La empatía construye la confianza y es una potente motivador.

* Finalmente, al presentar esta Guía, el Comité reconoce que es responsabilidad de los médicos el enjuiciamiento de la misma,

3.5 Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial es una afección en la que se produce una elevación anormal de la presión dentro de las arterias representando un el riesgo para múltiples alteraciones orgánicas, entre los que se encuentran el ictus, la ruptura de un aneurisma, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y lesiones del riñón. La hipertensión arterial se refiere a un cuadro de presión arterial elevada, independientemente de la causa.

La Presión Arterial sanguínea se mide en base a dos valores: una es la presión sistólica y la otra la presión diastólica. La medición sistólica registra un valor más elevado y representa, la cantidad de presión arterial que se produce cuando se contraen los ventrículos y el corazón está bombeando; el registro más bajo representa la medición diastólica y corresponde a la relajación de los ventrículos y el descansar del corazón entre un latido y otro. La cifras de presión arterial normal se representan como 120mmHg para la presión sistólica y 80mmHg para la presión diastólica la cual varía de acuerdo a la edad, actividad física, sexo, hora del día.

Este complejo sistema se entiende como el envío de sangre del ventrículo izquierdo hacia la arteria aorta distribuyéndose así en el organismo, a su vez el ventrículo derecho debe expulsar la misma cantidad que el izquierdo.

En el mismo sentido, Reynoso y Seligson (2005) mencionan que esta expulsión de sangre por el ventrículo izquierdo en la pequeña cantidad de tiempo de 0.4 segundos a una tasa cardiaca de 60, tiene como fin colocar 80ml de sangre en el orificio de 2.5 cm² de área de la aorta, lo que supone la suficiente elasticidad para distenderse al momento de recibir esa cantidad de sangre, de manera que la presión dentro de ella no aumente demasiado.

En el mismo contexto, ubicamos dos tipos de hipertensión arterial identificadas como hipertensión arterial primaria o esencial que representa el 85% de los casos totales y la secundaria que abarca el 15% del total, la cual es susceptible de ser revertida al intervenir en las causas subyacentes.

La presión arterial elevada se concibe como una presión sistólica en reposo superior o igual a 140mmHg, una presión diastólica en reposo superior o igual a 90mmHg o la combinación de ambas, lo cual representa la mayoría de los casos. Un variante de las mismas representa la hipertensión sistólica aislada, en la cual el valor de la presión sistólica es superior o igual a 140mmHg, pero la presión diastólica es menor de 90mmHg, la cual representa normalidad de la misma. La hipertensión sistólica aislada se incrementa en la edad avanzada, la presión arterial varía a lo largo del desarrollo, en general los niños y bebés tienen una presión arterial más baja que los adultos, en estos la presión sistólica aumenta hasta los 80 años y una presión diastólica que aumenta hasta los 55 a 60 años. Determinadas actividades como hacer ejercicio, aumentan la presión arterial, mientras que la misma disminuye en estado de reposo, en tanto que el momento del día también influye, ya que es más elevada por la mañana y más baja por la noche durante el sueño (Merck Sharp & Dohme, 2000).

3.5.1 Síntomas de la Enfermedad

La Hipertensión Arterial se caracteriza por ser una enfermedad silenciosa, ya que los datos referentes a los síntomas como dolor de cabeza, zumbidos en los oídos o pequeños destellos visuales también son característicos de múltiples enfermedades e incluso del cansancio normal de una vida agitada, por lo que ocasionalmente son desestimados, y finalmente detectados en revisiones médicas posteriores; otros síntomas que son asociados

a la (HA) son las cefaleas, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y cansancio las cuales también pueden aparecer con similar frecuencia en individuos con presión arterial normal.

Datos encontrados a partir de inspecciones del fondo del ojo, donde usualmente se presentan los efectos de la Hipertensión Arterial, específicamente sobre las arteriolas, lesiones cardiacas, de función renal y disminución de flujo sanguíneo cerebral representan datos clínicos que permiten una mejor valoración y diagnóstico de la gravedad de la Hipertensión Arterial (Merck Sharp & Dohme, 2000).

En personas con Hipertensión Arterial grave sin tratamiento, síntomas como cefaleas, fatiga, náuseas, vómitos, disnea y visión borrosa pueden atribuirse a lesiones en el cerebro, los ojos, el corazón y los riñones, en situaciones extremas se pueden presentar asociadas a somnolencia, coma por edema cerebral y alteraciones del estado de conciencia, dando como resultado el cuadro clínico llamado Encefalopatía Hipertensiva.

En este contexto, Seligson y Reynoso (2005), mencionan que una complicación de la hipertensión arterial es el accidente vascular cerebral, cuyos síntomas son: sensación de debilidad o calambres en la cara, brazo o pierna, o en una sola parte del cuerpo, sensación de confusión repentina, dificultades para hablar o para entender lo que le dicen, dificultad para ver con alguno de los ojos, dificultad para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o de la coordinación, dolor de cabeza repentino y fuerte, sin causa aparente y que no se quita con medicamentos.

De la misma manera, Berlanga (2006) expone que la etiología de algunos de estos síntomas no está bien determinada aunque lo más probable es que se deba a la producción de microinfartos cerebrales degenerados por la hipertensión, argumentando que para que exista un cuadro de hipertensión arterial se requiere que la misma, tenga ya un buen tiempo de instalada, y por lo general, en estos pacientes ya hay antecedentes de daño en otros órganos, como el corazón o el riñón, lo cual facilita el diagnóstico. Esta entidad consiste en un síndrome caracterizado por una elevación importante de presión arterial (presión diastólica por arriba de 30mmHg), asociada a cefalea intensa, náusea vómito, convulsiones, delirium, estupor y estados de coma, asociado con cuadros neuropsiquiátricos que producen alteraciones en el estado de conciencia, acompañadas de signos neurológicos focales que pueden ser transitorios.

Finalmente la Hipertensión Arterial como padecimiento integrado por una difuminación de síntomas atribuibles a entornos clínicos diversos, conlleva dificultades en la identificación de características por parte del individuo en estadios previos de la enfermedad, haciéndose evidentes las mismas en etapas patogénicas posteriores que conllevan repercusión directa en la calidad de vida del individuo.

3.5.2 Detección de la Hipertensión Arterial

La detección de la Hipertensión Arterial usualmente es realizada a partir de varias revisiones, una forma sencilla de detectar anomalías en la presión arterial es una valoración después de que la persona haya estado sentada o acostada durante 5 minutos. Una lectura de 140/90mmHg o más es considerada alta; la detección de la hipertensión arterial no se puede basar en una sola medición, cuando se registra una evaluación inicial elevada se recomienda mediciones subsecuentes, para asegurarse que la hipertensión persiste (Merck Sharp & Dohme, 2000).

En este sentido Reynoso y Seligson (2005) sugieren algunas consideraciones:

- Una sola lectura elevada de la presión arterial no determina un diagnóstico de Hipertensión Arterial.
- El estudio sistemático del paciente permitirá establecer si padece o no de Hipertensión Arterial.
- La existencia de alteraciones de fondo de ojo y su evolución en el tiempo permiten pronosticar la malignidad relativa de la Hipertensión.
- Los datos de lesión cardíaca evidencian la presencia de cardiopatía hipertensiva, problema mayor que puede conducir a la muerte, ya sea por infarto o por insuficiencia cardíaca.
- En muchas ocasiones, al no haber datos clínicos, la persona ignora que presenta la enfermedad, por lo que se recomienda siempre tomar la tensión arterial a todos los pacientes y, en caso de encontrar cifras aparentemente normales, vigilarlos y efectuarles tomas frecuentes de tensión arterial hasta corroborar o eliminar el diagnóstico.
- Un paciente que es detectado como hipertenso debe ser estudiado cuidadosamente, con el fin de determinar si su hipertensión es secundaria o esencial.

- Una vez diagnosticado un paciente como hipertenso esencial, deberá quedar claro si su hipertensión es maligna o no, así como sus cifras.
- Cuando un individuo presenta cifras elevadas de presión arterial en ocasiones, y en otras oportunidades obtiene valores normales en el límite superior, es factible considerarlo como Hipertenso limítrofe y su manejo puede efectuarse por técnicas conductuales exclusivamente, sin usar fármacos.
- La hipertensión esencial es un problema crónico, por lo que es muy recomendable la participación de un psicólogo en el tratamiento, ya sea para coadyuvar en la adherencia terapéutica o en el afrontamiento del individuo, además del tratamiento conductual.
- Cada paciente reacciona de forma diferente a la terapéutica medicamentosa, por lo que el médico debe individualizar las dosis de fármacos.

En este contexto, Sánchez-Sosa (1998), menciona que la adopción de hábitos protectores incluye atender signos potenciales de inicio de un padecimiento, esto incluye lo que recomiendan los especialistas en el sentido de hacerse exámenes periódicos que busquen la detección precoz del desarrollo de padecimientos en sus etapas más tempranas modificando significativamente sus probabilidades de avance.

Cuando es detectada la hipertensión generalmente se efectúa una valoración de sus efectos sobre los órganos principales entre los que se encuentran los riñones, vasos sanguíneos, el cerebro y el corazón. Un ruido anómalo, denominado el cuarto ruido cardíaco, que se inspecciona con un fonendoscopio, es una de las primeras alteraciones cardíacas causadas por la Hipertensión. Cambios en el funcionamiento del corazón, debido a un incremento de trabajo para bombear sangre a una presión elevada, se detectan mediante pruebas diagnósticas como un electrocardiograma, una exploración radiológica y el ecocardiograma.

Las pruebas diagnósticas más comunes de acuerdo a Merck, S. & Dohme (2000), son:

1.- Electrocardiograma: Un electrocardiograma es un método mediante el cual se ejemplifican los impulsos eléctricos del corazón, registrándose en un papel en movimiento. El electrocardiograma (ECG) permite analizar los latidos del corazón, las vías nerviosas de conducción de los estímulos, la velocidad y el ritmo cardíaco. Para realizar ECG, se colocan electrodos sobre la piel de los brazos, piernas y del tórax del paciente que registran

el flujo y la dirección de las corrientes eléctricas del corazón durante cada latido. Los diferentes electrodos están conectados a una máquina que produce diferentes trazados específicos llamados derivaciones, cada uno de ellos representa el registro de la actividad eléctrica de una parte del corazón. En el ECG se detectan muchas clases de anomalías, las más fáciles de comprender son las del ritmo de los latidos cardiacos: demasiado rápido, demasiado lento o irregular, la lectura del ECG permite determinar en qué parte del corazón comienza el ritmo anormal para determinar el diagnóstico.

2.- Exploración radiológica: La exploración radiológica del tórax de frente y de perfil, muestran la forma y el tamaño del corazón, mostrando las siluetas de los vasos sanguíneos en los pulmones y el tórax, así como depósitos de calcio en el seno del tejido cardiaco. En este caso el aspecto de los vasos sanguíneos pulmonares suele ser más importante para el diagnóstico que el aspecto propio del corazón. Un aumento en el tamaño del corazón puede estar relacionada con una insuficiencia cardiaca o una válvula anormal, teniendo en cuenta que en algunas personas que presentan enfermedades cardíacas, el tamaño suele presentarse normal.

3.- Ecocardiograma: El ecocardiograma es uno de los métodos más empleados en la detección de problemas cardiacos, teniendo como sus principales ventajas el no utilizar procedimientos invasivos ni la utilización de rayos X. El ecocardiograma emplea ondas ultrasonoras del alta frecuencia, emitidas por una sonda de grabación, que impactan contra la estructura del corazón y de los vasos sanguíneos, que al rebotar proporcionan una imagen que aparece en una pantalla de vídeo, en la cual se pueden detectar anomalías en el movimiento de las cavidades cardíacas, el volumen de sangre bombeado con cada latido, el grosor y las enfermedades del saco que envuelve al corazón y la presencia de líquidos entre el pericardio y el músculo cardiaco. Cambiando el ángulo y la posición de la sonda, se observan el corazón y los principales vasos sanguíneos desde diferentes ángulos, con el objetivo de obtener una imagen más detallada de las estructuras y del funcionamiento cardiaco. Los principales modalidades de exámenes con ultrasonido son el modo M, Bidimensional, Doppler y Doppler a color.

De acuerdo a lo especificado en el JNC-7 (2006), la evaluación de los pacientes con HTA documentada tiene tres objetivos:

1.- Constatar el estilo de vida e identificar otros FRCV o desordenes concomitantes que puedan afectar al pronóstico y como guía del tratamiento

2.- Evaluar causas identificables de elevación de la PA.

3.- Aclarar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y ECV.

3.5.3 Factores de Riesgo

La naturaleza de los trastornos cardiovasculares (HA) es compleja, se considera como un trastorno multifactorial en el cual interaccionan factores genéticos, psicológicos y de estilo de vida, durante su desarrollo y mantenimiento, esta serie de factores de riesgo, son conceptualizados como la presencia de estos antes del comienzo de la enfermedad con valor predictivo en poblaciones diversas, con plausibilidad patogénica y disminución o erradicación de la enfermedad una vez reducido o eliminado el factor de riesgo, no existiendo un sólo factor predisponente. Eventos, condiciones o conductas que incrementan la probabilidad de aparición de alguna enfermedad física.

Diversas son las formas de concebir los factores de riesgo, siendo la más coerciva la de detectar relaciones, funcionando algunos como factores distales y otros como proximales, ya delineados estos, servirán para estructurar intervenciones preventivas, de recuperación y rehabilitación.

Los factores de riesgo se consideran como aquellos aspectos multifactoriales que propician la aparición y desarrollo de alguna enfermedad física o trastorno psicológico cualesquiera que esta sea. Eventos, condiciones o conductas que incrementan la probabilidad de aparición de alguna enfermedad física (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

De acuerdo a lo especificado en el JNC-7 (2006), los factores de riesgo mayores considerados para desarrollar hipertensión arterial son las siguientes:

Tabaquismo	Obesidad (IMC>30kg/m)	Inactividad física
Dislipemia	Diabetes	Microalbuminuria
Edad mayor de 55 años y 65 en mujeres.		

Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (Hombres menores de 55 años ó mujeres menores de 65 años).

Dentro de los factores de riesgo se consideran aquellos nombrados como inherentes, que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifique el estilo de vida y los relacionados mayormente con aspectos de estilos de vida susceptibles de ser modificados en beneficio de la persona.

En un panorama ubicado de prepatogénesis, Larkin y Semenchuk (1995) señalaron que la interacción entre dos tipos de factores de riesgo, los biológicos (antecedentes de prevalencia de hipertensión familiar, edad avanzada, sexo masculino y diabetes mellitas) y factores mediados conductualmente (tabaquismo, niveles elevados de colesterol en sangre y obesidad) determinan un desarrollo precoz de hipertensión arterial y problemas de cardiopatía en general en población abierta.

3.5.4 Factores de Riesgo Modificables

Los factores riesgo considerados como modificables se asocian a conductas de cualquier sujeto que le permiten su funcionamiento cotidiano, alimentación, actividad física, usos de medidas de seguridad en el transporte, uso de medidas de seguridad en el trabajo, percepción de riesgo para la salud, uso de medidas preventivas ante posibles enfermedades, visitas periódicas a los profesionales de la salud, adherencia terapéutica cuando sea necesario.

Factores de riesgo modificables: Son aquellos asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables (Figuerola & Ramos, 2006).

En este contexto, García-Vera (2000) menciona que el comportamiento de las personas y su grado de activación ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana provocan incrementos de la presión arterial que, en función de variables individuales de predisposición, podrían prolongarse en el tiempo desencadenando un trastorno de hipertensión. En el mismo sentido, Smith (1995), expone que los modelos desde el panorama psicológico en relación a la asociación entre conductas de riesgo de padecimiento coronario y salud, incluyen la conducta tipo A y la hostilidad característica de la persona, los cuales son el modelo de reactividad psicofisiológico, el modelo de vulnerabilidad psicosocial y el modelo transaccional.

Conducta Tipo A

El estrés y sus repercusiones en la salud asociadas a enfermedades cardiovasculares, se asocian con patrones conductuales estables enraizados en el individuo, caracterizados por estrategias de comunicación irritables, movilización de relaciones interpersonales autoritarias y expresión constante de ira. En este sentido patrones conductuales asociados a trastornos médicos se han identificado como precursores de un desgaste constante de la capacidad de individuo de autocontrol, propiciando así el despliegue de factores de riesgo orientados a escenarios patogénicos con etiología psicológica.

El patrón de Conducta Tipo A, se ha identificado como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria tan importante como la hipertensión arterial y el colesterol, debido a que por primera vez un patrón conductual no asociado con conductas de consumo o síntomas clínicos ha precedido exitosamente la emergencia de una gran enfermedad física.

En el caso de las mujeres, las de tipo A tiene el doble de riesgo de padecer enfermedad coronaria y el triple en el caso de angina de pecho, comparadas con las de tipo B (Haynes, Taylor & Sackett, 1979).

En este contexto Friedman y Rosenman (1974), definen el patrón conducta tipo A como un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica, incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, en contra de las personas o de las cosas si ello fuera necesario.

El Patrón de conducta tipo A, se caracteriza por un conjunto de acción-emoción cuyos componentes son urgencia, impaciencia, implicación laboral y actitudes duras y hostiles. Este estilo de funcionamiento es una factor de riesgo para la cardiopatía isquemia equivalente, en cuanto a valor predictivo, a la suma de los cuatro factores de riesgo tradicionales (hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad) *Review Panel on Coronary Prone Behavior and Coronary Heart Disease*, 1981.

En el mismo sentido encontramos el patrón de personalidad C acuñado relativamente reciente, el cual se encuentra en proceso de investigación intentando aclarar la relación entre factores psicológicos y predisposición a desarrollar cáncer, estudiando al igual que en la conducta tipo A, diferencias individuales, rasgos característicos y estilos de

afrontamiento, asociados a la desajuste del sistema inmune, precipitando así la presencia de cáncer.

Obesidad

De acuerdo con la evidencia de investigación la obesidad se ubica dentro de los principales factores de riesgo relacionado con el estilo de vida, la obesidad es considerada como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, se concibe como un de los factores de riesgo preponderantes en problemas de Hipertensión Arterial.

Aquellas personas cuyo peso excede un 20 por ciento o más el punto medio de la escala de peso según el valor estándar peso/altura son consideradas obesas, en este aspecto es necesario recordar que la obesidad puede clasificarse como leve el cual es del 20 al 40 por ciento de sobrepeso o grave que es más del cien por ciento de sobrepeso, asociado con la obesidad el colesterol en niveles elevados se encuentra como uno de las mayores factores de riesgo de diferentes problemas de salud relacionados con la Hipertensión arterial. El colesterol y los triglicéridos, en conjunción con proteínas se desplazan por la sangre con el objetivo de formar complejos lipoproteicos, cabe mencionar que cada lipoproteína es distinta, las de baja densidad comprendidas de los tejidos periféricos al hígado, lugar en donde se metabolizan y desechan, por lo anteriormente mencionado se presenta una mayor relación significativa positiva entre los niveles de baja densidad y los problemas cardiovasculares y su contraparte muestra una relación negativa en cuanto a niveles altos de densidad y los problemas de salud referidos (Moreno, Monereo & Álvarez, 2000).

El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a acerca de 70% de la población (mujeres 71.9%, hombres 66.7%) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Sin embargo entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres. La prevalencia de la obesidad en los adultos y menores de edad se ha ido incrementando con el tiempo (Aranda y cols, 2001).

La obesidad asociada a la Hipertensión Arterial es el resultado de la interacción de varios factores como: el consumo de una cantidad mayor de calorías que las que el cuerpo utiliza; hábitos alimenticios deficientes (ingesta de alimentos altos en grasa y limitados en nutrientes); el síndrome de alimentación nocturna, actividad física sedentaria, factores genéticos que de acuerdo con diferentes datos de investigación, influye con el 33% en peso corporal, variando la misma en términos individuales, factores socioeconómicos que tienen

un papel preponderante en la calidad de alimentos a los que se pueden tener acceso las mujeres de nivel socioeconómico bajo más que las de nivel más alto, por el mayor tiempo y recursos que las mujeres de nivel socioeconómico alto destinan a conductas protectoras de su salud y factores psicológicos que se relacionan con los notables prejuicios en relación a las personas obesas, interactúan y determinan la obesidad presentada en un número considerable de estas personas.

En el mismo sentido, Aranda y cols. (2001), mencionan que la obesidad por sí sola aumenta el riesgo cardiovascular sobre todo en mujeres jóvenes, más aún la obesidad central, con su expresión más común en el aumento del cociente cintura-cadera, que aumenta en la mujer tras la menopausia, se ha observado que tras 12 años de seguimiento, se presenta como un factor de riesgo independiente de infarto de miocardio, angina, ictus y mortalidad global en mujeres.

Sedentarismo

Otra conducta de riesgo para la salud es el sedentarismo característico de estilos de vida asociados con problemas cardiovasculares, este se comprende como una de las conductas de mayor susceptibilidad de ser modificada por el médico conductual.

Se considera sedentario a quien no realiza una actividad física o ejercicio regular, idealmente aeróbica e isotónica (caminar, nadar o hacer bicicleta) mínimo tres veces por semana de 30-40 minutos de duración. Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial (Chobanian, 2003).

En este contexto, Reynoso y Seligson (2001), mencionan que la persona sedentaria tiene un corazón que trabaja más veces, tiene más latidos cardíacos que una persona que hace ejercicio como caminar o trotar; cuando el corazón late menos veces por minuto, su fuerza mejora, ahorra energía y dispone de más tiempo para oxigenarse.

Tabaquismo

En el mismo panorama de factores de riesgo el hábito de fumar está asociado con la Hipertensión Arterial, en la medida en que se relacionan con la edad actual, la edad a la que comenzó a fumar la persona, el sexo y la cantidad promedio de consumo de cigarros actual determina el grado de malignidad del padecimiento.

En México la cantidad de hombres que fuman es tres veces mayor a la de las mujeres fumadoras, independientemente de la edad que tengan. Puede observarse un incremento en las mujeres que fuman al comparar la población por grupos de edad entre la ENSA (2002) y la ENSANUT (2006). Así por ejemplo, en las mujeres del grupo de 20 a 29 años, la proporción aumento del 8.4% al 10.7%; en el de 50 a 59 años, de 9.4% a 10.1%, y en el de 70 a 79 años, de 5 a 6.3% (ENSA, 2006).

En el mismo sentido, Aranda y cols. (2001), mencionan que la prevalencia del tabaquismo es mayor en mujeres menores de 40 años que en mayores de esa edad, por lo que puede considerarse al tabaquismo como el principal riesgo cardiovascular en mujeres menores de 40 años.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2003), cada diez minutos fallece una persona a causa de la aspiración del humo de tabaco, lo que arroja 144 muertes por día, en el mismo sentido la Secretaria de Salud (2006), menciona que en México el consumo de tabaco es mayor entre los estratos de 35 a 65 años de edad, o sea, casi el 72% del total de los fumadores. El 2.5% es de menores de 18 años de edad, alrededor de 25 mil jóvenes, incrementándose sustancialmente en los diferentes estratos poblacionales del sexo femenino, el consumo de tabaco.

En este contexto, es indispensable analizar factores que influyen en la conducta de fumar, como son los acontecimientos y escenarios estresantes asociados a la conducta de fumar. Epstein y Jennings (citado en Roa, 1992) han subrayado tres hipótesis compatibles en las que el consumo del tabaco y eventos estresores podrían interrelacionar para incrementar el riesgo de trastornos cardiovasculares en un fumador; se resume en que la exposición a los estresores puede influir directamente en el incremento de la conducta de fumar; fumar puede incrementar la exposición a situaciones de estrés psicológico ya que fumar reduce la ansiedad subjetiva y la sensibilidad a un estímulo aversivo; y por último el efecto del tabaco y el estrés en los trastornos coronarios puede ser aditivo o sinérgico, de tal manera que los fumadores estresados pueden tener más alto riesgo que los fumadores no estresados.

Estrés

En términos generales se ha observado que las personas con Hipertensión Arterial muestran una mayor reactividad ante estímulos o eventos estresantes y una lenta y

prolongada recuperación cardiovascular postestrés, situación que ha llevado a suponer que estos individuos son más vulnerables a desarrollar enfermedades cardiovasculares ya que el estrés favorece un mayor trabajo cardíaco e incrementa la tensión arterial donde sus efectos negativos parecen estar determinados por la frecuencia, intensidad y amplitud de la respuesta física al estrés.

En este contexto, Pickering (1995) menciona que los factores psicológicos desempeñan factores de riesgo en el desarrollo de la hipertensión arterial, entre los cuales se encuentran los efectos del estrés medio ambiental, diferencias de rasgos de personalidad entre individuos hipertensos y normotensos y diferencias individuales de susceptibilidad (reactividad) ante el estrés.

Es a partir de Lazarus y Folkman (1986), que se concibió al estrés con inherencia cognitiva en relación a la valoración que realiza el individuo de sucesos considerados como estresantes, así como de los recursos y estrategias disponibles para afrontarlos eficaz o desadaptativamente, en este sentido podemos encontrar que las repercusiones del estrés, se encuentran relacionadas con respuestas fisiológicas localizadas en el sistema inmunológico, sistema hormonal y el sistema autónomo contraproducentes para el individuo. En este mismo contexto encontramos dos estilos generales de afrontamiento, el enfocado a problemas, cuyo proceder es el realizar acciones directas para resolver el problema y el afrontamiento enfocado en emociones que realiza estrategias para disminuir las reacciones emocionales negativas relacionadas con el estrés.

El estudio del estrés en relación con la Hipertensión Arterial, se ha desarrollado en torno a dos variables la Reactividad Cardiovascular y la Recuperación Cardiovascular, la primera referente a la actividad fisiológica asociada con la magnitud, patrones, y/o mecanismos de las respuestas cardiovasculares relacionadas con la exposición a estresores psicosociales y la segunda expresada como la capacidad de recuperación del organismo para sobreponerse a la sobreactivación fisiológica causada por un estresor psicosocial, esta fase posterior a la exposición al estresor psicosocial (fase de descanso) es considerada incluso como un factor de riesgo más trascendente que la Reactividad Cardiovascular en el sentido de que si los efectos del Estrés permanecen un tiempo prolongado estos pueden propiciar problemas a la salud de mayor trascendencia, en este contexto la presencia y combinación de ambas representan un índice confiable de predicción de Hipertensión Arterial en el individuo.

En relación a lo anteriormente mencionado, Kaplan y Sallis (1993) mencionan que la mayor parte de las intervenciones en relación a la hipertensión arterial, abarcan el control y monitoreo de la presión arterial, control dietético, adherencia al medicamento prescrito, reducción del consumo de alcohol, actividad física y manejo adecuado del estrés.

Factores de Riesgo No Modificables

Los factores de riesgo no modificables, se ubican como aquellos cuya procedencia, son de naturaleza constitucional o genética, los cuales por medio de modificaciones en estilos de vida saludables no pueden ser eliminados, en tanto si pueden ser controlados en su desarrollo y predisposición.

Factores genéticos

Los factores genéticos, relacionados con antecedentes familiares de trastornos cardiovasculares se consideran como un mecanismo precipitador para la presencia de hipertensión arterial y otros trastornos asociados, el cual es modulado en mayor parte por estilos de vida poco saludables.

En lo que se refiere al desarrollo de numerosas patologías, el desarrollo fetal tiene influencia en la etapa postnatal y en la etapa adulta, y a esto no escapa la hipertensión arterial. En especial el peso en el momento del nacimiento puede precipitar el desarrollo de trastornos vasculares. El bajo peso al nacer y el sufrimiento fetal han sido fuertemente relacionados con alteraciones sistemáticas como diabetes, hiperlipemias e hipertensión arterial. El agravamiento de una hipertensión arterial preexistente durante el embarazo por lo habitual se asocia con nacimientos de fetos con bajo peso, por ello, en estos casos es difícil distinguir cuánto hay de influencia genética y cuánto de factores epigenéticos de la gestación en la aparición de hipertensión arterial en los niños (Lépori, 2005).

Si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión alta, se tiene el 60% de probabilidades de desarrollarla (VanderSande, Walraven, Milligan, Banya, Nyan & McAdam, 2001).

Edad

La edad es un factor de riesgo en ambos sexos para el desarrollo de hipertensión arterial, debido a cambios funcionales y estructurales sobre el sistema cardiovascular, en las

mujeres suele desarrollarse aproximadamente 10 años más tarde la hipertensión arterial, siendo este el padecimiento modificable más importante tras la menopausia.

En este sentido, Aranda y cols. (2001), mencionan que los valores medios de tensión arterial en las mujeres suelen ser mayores en mujeres que en varones a partir de la quinta década de edad. Aunque en estas diferencias influyen factores medioambientales, sobre todo el sobre peso, cada día parece más evidente el papel desempeñado por el hipoestrogenismo posmenopáusico. La evidencia fisiopatológica indica que, a través de los efectos de la reducción de estrógenos, conjugados con factores medioambientales (sobrepeso, obesidad y baja ingesta de calcio), la menopausia induciría modificaciones funcionales y estructurales vasculares y renales que facilitarían el desarrollo de la Hipertensión Arterial.

Varios estudios han señalado la gran diferencia existente en la incidencia de cardiopatía isquémica en los varones y en las mujeres antes de los 50 años, considerándose que por debajo de esta edad las mujeres tiene un riesgo diez veces menos que los varones de desarrollar cardiopatía isquémica, esta diferencia va disminuyendo a medida que avanza la edad, siendo la menopausia un punto de inflexión claro en el aumento de dicha incidencia, no obstante no todos los autores están de acuerdo en esto, de cualquier modo la menopausia produce numerosas alteraciones metabólicas que podrían poseer cierto riesgo aterogénico (Alegria & et al., 1991).

Sexo

Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir Hipertensión arterial que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos (Chobanian, 2003).

Estudios con mujeres han encontrado que éstas tienen tasas más bajas de morbimortalidad secundarias a cualquier nivel de hipertensión, es decir que toleran mejor la hipertensión que los hombres (Vokonas, Panel & Cupples, 1998).

En este contexto, Suarez (2001), menciona que en las mujeres, es en la menopausia donde la prevalencia de la hipertensión es mayor, recordando que es el estado hormonal y no el sexo el principal factor protector de riesgo cardiovascular.

En este sentido Davison & Neale, (2002), mencionan que el género es otro factor predisponente para desarrollar enfermedades, se sitúan diferencias entre los niveles de

morbidez y mortalidad, en este aspecto, las mujeres presentan menor mortalidad relacionada con los problemas cardiovasculares, en contraposición con porcentajes más altos de morbilidad (mala salud generalizada o varias enfermedades específicas), sin embargo las tendencias actuales muestran que ya no aventajan tanto a los hombres en lo que respecta a la mortalidad relacionada con enfermedades cardiovasculares. En los pasados 30 años, la tasa de muerte por enfermedad cardiovascular se redujo en los varones en tanto que permaneció casi igual en ellas.

En relación a la Hipertensión Arterial, el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial (JNC-7, 2006), mencionan que los anticonceptivos orales pueden incrementar la hipertensión arterial y el riesgo de hipertensión arterial incrementa con la duración de su uso, en contraposición el uso de la terapia hormonal sustitutiva no aumenta la hipertensión arterial, en este contexto las mujeres que quedan embarazadas deberían ser seguidas de forma exhaustiva debido al incremento de riesgo para la madre y el feto.

CAPÍTULO IV

ESTRÉS COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA SALUD

En este capítulo se analiza el estrés como factor de riesgo para la salud asociado con la presencia de diversas enfermedades y padecimientos, el estrés se ha destacado en las últimas décadas como proceso de atención por parte de los profesionales de la salud, dentro del continuo Salud-Enfermedad. Desde que Hans Selye empleó en 1936 el término Síndrome de Adaptación General (SAG) como modelo descriptivo de la reacción biológica al estrés constante e inevitable, en este sentido, el estrés se relaciona con repercusiones en el sistema inmunológico, sistema hormonal y el sistema autónomo, expresadas como un conjunto de respuestas fisiológicas contraproducentes para nuestro organismo, asociados con estilos de afrontamiento desadaptativos.

De acuerdo al modelo de Síndrome de Adaptación General (SAG), se presentan tres fases; la primera se relaciona con la activación de la reacción de alarma, en esta fase el sistema nervioso autónomo es activado para tolerar el estrés, durante la segunda fase se produce por parte del organismo una resistencia al estrés, si ésta no es suficiente se produce la tercera fase en la cual se presenta un estadio de agotamiento, la cual puede producir daño irreversible en el organismo o la muerte del mismo.

Lo que sabemos del estrés psicológico ha cambiado y seguirá fortaleciéndose con seguridad con la divulgación de estrés y salud; hace 10 años considerábamos que el campo de la salud era importante porque revelaba un mecanismo de un solo sentido con un solo desenlace, hoy sabemos que es una vía, que puede tener muchos y variados desenlaces. En otras palabras, el estrés elevado constante inmanejable puede llevarnos a un infarto, a la habituación, a la insatisfacción con la vida y a la adicción al trabajo (Domínguez, 2004).

4.1. Modelos conceptuales del estrés

Los modelos explicativos y de aproximación al estrés, han sido diversos, en este sentido encontramos enraizados al mismo, definiciones asociadas a agentes externos e internos como precipitadores del estrés, los cuales constituyen paradigmas inicialmente establecidos unilateralmente, que han contribuido paulatinamente a una concepción general y más incluyente, que unifiquen criterios, con el afán de estudiar e intervenir de manera más eficaz en el mismo.

Concepto de múltiples definiciones pero que de forma breve puede entenderse como un nivel de activación del organismo, más o menos constante, que genera una serie de cambios fisiológicos que, a largo plazo, pueden provocar alteraciones que influyen en la aparición de trastornos cardiovasculares (Ramos & Figueroa, 2004). Y otros padecimientos de etiología multifactorial y repercusión física.

El estrés como constructo en psicología, tiene características que lo hacen altamente heterogéneo en la forma como es estudiado, entre los modelos más difundidos encontramos el modelo de estímulo y modelo de proceso.

4.2 Modelo de estímulo

El modelo del estrés como estímulo, se centra en los sucesos medioambientales, como posibles estímulos propiciadores de estrés, en este sentido el individuo se ubica como receptor de eventos o sucesos, que impactarían en él de forma negativa, dependiendo del tipo de suceso referido.

El modelo del estrés como estímulo, fue inicialmente desarrollado por los trabajos de Harold G. Wolf en la Universidad de Cornell y por Adolf Meyer cuyos trabajos se contextualizaban en la relación de tres disciplinas afines como la biología, la psicología y la sociología.

Posteriormente Thomas H. Holmes y Rahe, influenciados por los trabajos antecedentes, se ubicaron como los principales precursores del estudio de las razones contextuales de la enfermedad, lo cual llevó a desarrollar un enfoque de investigación centrado en las relaciones de los fenómenos psicosociales y la enfermedad, inicialmente estudiando los acontecimientos vitales que habían precedido a la enfermedad en 5000 pacientes hospitalizados.

En sus investigaciones encontraron evidencias significativas de que los cambios ocurridos en la vida de esas personas incrementaron la posibilidad de contraer la enfermedad, al cabo de uno de dos años. Así por ejemplo, situaciones como enviudar, ser despedido del trabajo o problemas con el jefe podían activar las hormonas y la fisiología del estrés, disminuir la eficacia defensiva del sistema inmunológico a incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad. Lo sorprendente fue que algunos de los acontecimientos

que precedieron a ésta no fueron negativos, sino, por el contrario positivos, como casarse, tener hijos o una promoción en el trabajo (Oblitas, 2004).

De acuerdo a González, (1987), estos autores señalaron: a) la magnitud del cambio vital esta alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad; b) cuanto mayor sea el cambio vital o crisis, mayor es la probabilidad de que este cambio se asocie con la aparición de enfermedad en población de riesgo y c) existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada.

En este sentido Lazarus, (1999), menciona que la idea de algún suceso ambiental que provoque las reacciones de estrés y la necesidad de manejarlas, es un modo natural y atractivo de pensar en el estrés psicológico. Nos gusta explicar nuestras reacciones emocionales disruptivas refiriéndolas a la pérdida del puesto de trabajo, el realizar un examen o el haber sido lastimado.

De acuerdo con Buena-Casal, Caballo y Sierra (1996), el modelo del estrés basado en el estímulo, se enfoca en que el aspecto central del estrés lo constituyen los factores ambientales, que pueden ser mas o menos manipulables. Ello implicaría variables que oscilan entre las aplicadas en condiciones estrictas de laboratorio, hasta las amplias condiciones psicosociales.

La posibilidad de hacer referencia a acontecimientos externos dolorosos, como una pérdida importante, justifica nuestro malestar emocional, la consiguiente enfermedad o disfunción, ignorando por un momento que, con algunas excepciones, la mayoría de tales sucesos no sólo pasan a la persona pasiva sino que la victima ha contribuido inadvertidamente de algún modo y puede estar manejándolos satisfactoria o insatisfactoriamente. Sin embargo, desde el sentido común, los cambios en la propia vida, especialmente las derrotas y las pérdidas, son estresores psicológicos para la mayoría de las personas e ilustran una definición de estímulo (Lazarus, 1999).

Las teorías basadas en el estímulo, postulan que el estrés reside fuera del individuo como una fuerza externa o una propiedad adscrita a los estímulos o situaciones a los que son expuestos los individuos y que, al sobrepasar ciertos límites de tolerancia por parte de éstos, les generarían estrés (Cox, 1978).

De acuerdo a Ballester (1998), la noción del estrés basada, de forma restrictiva en las condiciones situacionales tiene un importante inconveniente a la hora de delimitar qué situaciones o estímulos, y cuáles de sus características, pueden ser considerados estresantes, teniendo en cuenta las diferencias individuales en la apreciación de lo que puede ser estresante para cada persona.

4.3 Modelo de proceso

De acuerdo a Richard Lazarus (1986) pionero en el estudio del estrés psicológico, el estrés no se puede definir objetivamente, en relación a esto sugiere que la forma en que se percibe o valora el ambiente, determina en qué momento se presenta el estrés. En este sentido, Lazarus menciona que el estrés se presenta cuando se anticipa que cierta situación supera los recursos adaptativos de la persona; esto se asocia con las diferencias individuales que manifiestan los individuos ante los mismos eventos estresantes.

Estrés: La percepción de que las demandas percibidas exceden a los recursos de afrontamiento disponibles (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

En relación a los efectos diferenciales del estrés en los individuos, situamos al afrontamiento como proceso mediador del efecto negativo en el individuo, integrado por diversos escenarios a través del tiempo.

Afrontamiento: Repertorio cognitivo-conductual del individuo, susceptible de ser aprendido y desaprendido, de gran flexibilidad, que le permite reducir o eliminar el estrés.

En el mismo sentido, Lazarus y Folkman (1984), identificaron dos dimensiones generales de afrontamiento. a) el estrés enfocado a problemas, cuyo proceder es el realizar acciones directas para solucionar la dificultad o buscar información que ayude a resolverla y b) el afrontamiento enfocado en emociones que conlleva estrategias para reducir las reacciones emocionales negativas relacionadas con el estrés, enfatizando que el afrontamiento adecuado varía según la situación.

Distintas estrategias de afrontamiento exitosas comparten recursos personales, como el que el individuo sea capaz de buscar información pertinente, compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando se necesita, volver a definir una situación de manera que se pueda facilitar su solución, considerar las alternativas y analizar las consecuencias, y emplear el sentido del humor para hacer menos tensa una situación.

En este contexto, Sarason y Sarason (1996) exponen que las capacidades de afrontamiento, concebidas como formas características para manejar las dificultades, tienen una influencia en la manera como identificamos y tratamos de resolver los problemas. Las personas que tienen un afrontamiento exitoso no sólo saben cómo hacer las cosas, sino que también saben cómo enfrentar las situaciones para las cuales no tienen una respuesta preparada.

En el mismo sentido, Noshpitz y Coddington (1990) exponen que las personas que experimentaron múltiples situaciones estresantes en el pasado reciente son en especial susceptibles a la depresión, la ansiedad y la reacción exagerada de los sistemas fisiológicos.

Otros factores estrechamente relacionados con el estrés en relación con el afrontamiento es la vulnerabilidad y el temperamento, en este continuo individual, situamos la predisposición al estrés asociadas con el temperamento, estilo de afrontamiento y apoyo social obtenido.

De esta manera, la vulnerabilidad individual, integrada por los elementos antes mencionados, incrementa la posibilidad de una respuesta desadaptativa ante el estrés. Referente al temperamento de acuerdo a Millon (2001), se entiende como uno de los dos componentes de la personalidad (carácter y temperamento), siendo este último el resultado de la disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Ejemplo de éste es el nivel de actividad, el estado de ánimo y la propensión a la distracción.

De acuerdo con Sarason y Sarason (1996), la cantidad y efectividad del apoyo social disponible para una persona desempeña un papel tanto en la vulnerabilidad como en el afrontamiento, traduciéndose esto a menor apoyo social mayor riesgo de padecer un colapso físico y psicológico, es decir el apoyo social funciona como un amortiguador contra los contratiempos de vivir en un mundo complejo.

En relación de los procesos de afrontamiento en mujeres hipertensas la negación relacionada con la presencia de la sintomatología es característica de esta población. Un estilo contrario a la negación sería el de aquellos pacientes que reconocen haber experimentado accidentes cardiovasculares pero que no experimentan sintomatología de ansiedad ni de depresión (Martín, 2003).

En este contexto, De Flores (1977) menciona la presencia de conductas relacionadas con procesos de indefinición y comportamientos inmaduros, como otra variante de afrontamiento en pacientes con trastornos cardiovasculares.

De mayor importancia práctica ha sido demostrar que algunas técnicas psicológicas pueden ayudar a los pacientes a moderar su estrés, con resultados muy valiosos para la salud (Pennebaker, 1995).

Dentro de las posibilidades consideradas como de modificación de estilo de afrontamiento más adaptativo, encontramos intervenciones relacionadas con la orientación hacia una sola actividad por parte del individuo, automonitoreo de las causas del estrés y de las reacciones consecuentes a éste; fomentar una visión realista acerca de expectativas que pretenda lograr; desarrollar una actitud constructiva acerca de las interacciones interpersonales y del desarrollo de las actividades cotidianas con el fin de no distorsionar la realidad, consolidar y extender las redes sociales de apoyo como herramienta de retroalimentación social; tener paciencia respecto a los objetivos a modificar, considerando un tiempo razonable para consolidar los cambios positivos y apreciando los posibles errores o recaídas como oportunidades de aprendizaje, cuyo resultado será el desarrollo de habilidades para afrontarlos eficazmente en futuras ocasiones, prolongar lo más posible la aparición de futuras recaídas y aminorar su intensidad, el manejo de sentimientos de preocupación y el reforzamiento de autoafirmaciones.

En el mismo sentido, Martín (1999) menciona que cada individuo en presencia de un determinado estímulo lleva a cabo una valoración sobre el estrés de acuerdo con sus características propias determinadas por la dotación genética, experiencias tempranas, aprendizajes y recursos que ponen en situación de alerta los sistemas de integración y de control del organismo en general, provocando así sobreactivación.

Como observo Beck (1984), los individuos proclives al estrés están preparados para efectuar juicios extremos, unilaterales, absolutistas, categóricos y globales. Tienden a personalizar los acontecimientos y caer en distorsiones cognitivas tales como la polarización, la magnificación y la generalización.

Dentro de las situaciones desencadenantes de estrés o consideradas como estresantes, no hay una homogeneidad relativa a un impacto diferencial, pero sí se pueden identificar condiciones relacionadas con su presencia. En este sentido la presencia de situaciones

inesperadas durante la vida de forma y las diversas transiciones experimentadas en la vida, son consideradas como usualmente asociadas con la presencia de estrés, diferenciándose cada una de ellas en relación con las siguientes características.

- a) Duración. Los eventos estresantes difieren en la duración.
- b) Severidad. Las situaciones estresantes que afronta el individuo varían en severidad.
- c) Posibilidad de pronóstico. En algunas circunstancias la posibilidad de pronosticar lo que sucederá aminorará el nivel estrés inducido ante un escenario visualizado previamente, en contraposición con escenarios no considerados previamente que pueden representar exigencias elevadas y por consiguiente precipitar elevados niveles de estrés.
- d) Grado de pérdida de control. El hecho de no poder influir en una situación desagradable, amenazadora o desafiante es un indicador confiable de generación de estrés.
- e) El nivel de confianza en sí mismo del individuo. Un endeble nivel de confianza en sí mismo, se asocia con la reducción en la efectividad personal, retroalimentando así el nivel de estrés asociado al evento referente.
- f) Aparición repentina. Que tan repentina es la aparición del evento estresante, influye en la preparación previa de estrategias adaptativas por parte del individuo para controlar y afrontar la situación de manera funcional.

Estos cambios vitales ya están documentados en términos del tipo de ajuste que demandan, su función como estresores y el tipo de habilidades que se requieren para funcionar adaptativamente con ellos, de modo que se reduzca su valor de riesgo (Hernández- Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995).

Estos factores mediadores de estrés relacionados con la enfermedad coronaria, han contribuido al desarrollo de investigación la cual identifica cada vez con mayor exactitud los mecanismos intrínsecos entre el estrés y la conservación, pérdida o recuperación de la salud.

En este contexto, De la Fuente (2004) menciona que la investigación del estrés en la enfermedad coronaria ha tomado tres caminos: En el primero, la historia natural de la

enfermedad se ha relacionado con eventos adversos. Un segundo camino es el estudio de la respuesta cardiovascular de los sujetos humanos bajo condiciones experimentales de estrés.

El tercer camino es usar modelos animales que se asemejen a la enfermedad humana del corazón y elucidar relaciones patogénicas potenciales entre estrés y enfermedad del corazón.

En este escenario, el papel del psicólogo se hace evidente y necesario como el profesional de la salud, cuyas características lo hacen proclive a coadyuvar a la valoración, diseño e intervención en problemáticas relacionados con la presencia del estrés.

En conclusión, el estrés como factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular es identificado como un claro modulador de salud y enfermedad, relacionado con estilos de afrontamiento, personalidad e influencia en el sistema nervioso central, el cual ha contribuido al desarrollo de investigaciones de factores psiconeuroinmunológicos en escenarios clínicos de padecimientos cardiovasculares.

4.4 Biología del estrés

El sistema biológico del estrés es una interacción compleja, desde el cerebro en cuya corteza ocurre el reconocimiento del estrés, se presentan procesos realizados a través de sustancias como los neurointermediarios y las sustancias opiáceas. En relación a las sustancias opiáceas, sus propiedades son similares a la morfina, asociadas con inhibición del dolor, liberación de hormonas y la activación de las vísceras. En relación a los neurointermediarios encontramos que estos tienen funciones de enlace, teniendo como los más representativos las catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, y dopamina), la serotonina y el sistema GABA/benzoazepina (Orlandini, 1999).

La respuesta endocrina al estrés la ubicamos mediante la función del hipotálamo, la hipófisis y las glándulas endocrinas periféricas. La hipófisis ante la presencia del estrés secreta corticotrofina (CFR), sustancias opiáceas antes mencionadas y el péptido somatostatina. En relación a la hipófisis esta segrega adrenocorticotropina (ACTH), betaendorfina asociada con efectos metabólicos y analgésicos, y la hormona del crecimiento (GH) que presenta un incremento durante el estrés agudo pero se inhibe en el crónico. Las glándulas endocrinas periféricas reaccionan al estrés, produciendo mediante la glándula suprarrenal un aumento en el nivel de cortisol, una disminución de la conversión

de tiroxina (T4) en triyodotironina (T3), en el páncreas se incrementa la secreción de glucagón hormona relacionada con el aumento de la glucemia y en varones se presenta mediante la disminución de la hormona sexual testosterona (Merck Sharp & Dohme, 2000).

La sobreactividad de las hormonas del estrés son una mayor amenaza para la salud de las personas marginadas. Estas hormonas las producen las glándulas adrenales en respuestas a señales que envía el cerebro. Cuando una persona se siente frustrada, espantada o enojada, las hormonas del estrés viajan por la sangre y preparan a diferentes partes del cuerpo para una situación de emergencia. Aceleran la frecuencia cardiaca, estrechan las arterias para que la sangre disponible llegue más rápido a los músculos; sube el nivel de azúcar para que la energía se concentre en los músculos y otros órganos, y otras funciones como la digestión y la atención son inhibidos.

En conclusión en términos generales, las repuestas fisiológicas al estrés se dividen en tres ejes:

Eje neural: Relacionado con actividad simpática e incremento en el sistema nervioso somático, caracterizado por una constante tensión muscular. Entre sus manifestaciones encontramos sudoración excesiva, incremento de la tasa cardiaca, dilatación pupilar e incremento del metabolismo basal.

Eje neuroendocrino: Asociado con eventos estresantes de prolongación media, inicialmente para su activación se relaciona directamente con la activación de la medula y de las glándulas suprarrenales, siendo sus manifestaciones similares a las relacionadas con el eje neural, aunque caracterizadas con una mayor intensidad y duración. Estas se manifiestan en incremento de la presión arterial, activación de los músculos estriados y proliferación de ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en la sangre. En sentido opuesto se presenta el decremento de aportación sanguínea al sistema gastrointestinal, la piel y los riñones.

Eje endocrino: Caracterizado por su elevada actividad hormonal y por la necesidad de escenarios estresantes más prolongados e intensos para su activación, se asocia con las redes adrenales-hipofisarias mediante la segregación de glucocorticoides (cortisol y corticoesterona) y la presencia de mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona). El incremento sostenido a nivel elevados de las mismas facilita la incidencia de problemas como la hipertensión arterial y la necrosis de miocardio. En el mismo sentido se encuentra

estrechamente relacionado con la secreción de las hormonas del crecimiento y tiroideas. Preponderante es mencionar el hecho de que este eje, parece activarse en asociación con estilos de afrontamiento desadaptativos de las personas, traducidas en conductas de sometimiento y resistencia del estrés, como trastornos del estado de ánimo, indefinición, inmunosupresión y pérdida de percepción de control.

4.5 Concepto de Salud

Dentro del continuo salud-enfermedad de vital importancia es comprender el concepto de salud como aspecto deseado, actualmente el mismo es definido por la Organización Mundial de la Salud (2000), como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

De acuerdo a Oblitas (2004), la salud es entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano, no siendo la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

En el mismo sentido Reynoso y Seligson (2002), consideran que la salud no debe definirse como la ausencia de enfermedad, ya que en el proceso lógico de mencionar las características de salud estaríamos mostrando los atributos de una cosa mediante el señalamiento de lo que no es, concibiendo que la salud y enfermedad son conceptos entrelazados que deben formar parte de una unidad indisoluble y que se encuentran vinculados entre si, a través de una serie de procesos constantes de adaptación a los cambios del ambiente, los cuales tiene características multicausales, considerando al ser humano como un ente pensante que evalúa y actúa, para afrontar las demandas que perciba, ya sean internas o externas.

Blaxter (1995), menciona que la salud puede ser definida desde diferentes puntos de vista, no enfermedad, ausencia de enfermedad, reserva, comportamientos o estilos de vida, bienestar físico, energía o vitalidad, relación social, función y bienestar psicosocial. El mismo autor refiere también que la salud es concebida de diferentes formas a lo largo de la vida y que existen importantes diferencias entre sexos, que no se deben únicamente a los aspectos anatómicos.

En este contexto de factores asociados a la salud, vale la pena mencionar esfuerzos sustanciales hacia la promoción de la salud, específicamente la realizada a través de la carta de Ottawa, fruto de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1986) realizada en Canadá, la cual tuvo como objetivo reactivar el compromiso de los miembros de la OMS, hacia la conservación de la salud, teniendo entre sus principales propósitos el fomentar y proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

En el mismo sentido, Restrepo (2001) mencionó que la carta de Ottawa abarca un nuevo concepto de salud que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la abogacía o cabildeo, la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas.

La carta de Ottawa a la par de sus consecuentes declaraciones y reuniones a favor de la promoción de la salud como las realizadas en Adelaida, Australia en 1988, Sundsvall, Suecia en 1991, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992, Trinidad y Tobago en 1993 y la de México 2000, tienen como objetivo principal las siguientes cinco aspectos en relación a la promoción de la Salud:

1. Construir políticas públicas saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

En el mismo contexto, Bennett y Murphy (1999), destacan la relación entre el estrés y la salud, señalando la importancia de las interacciones entre los procesos ambientales, psicológicos y fisiológicos del mismo, así como el impacto diferencial entre individuos de las diversas fuentes de estrés y los diferentes estilos de afrontamiento que presentan.

La salud ha sido objeto de estudio a favor de definiciones diversas y en contextos diferentes, por lo que se concibe generalmente como sinónimo de bienestar en estratos diferentes como la salud física, psicológica y social, y en correlación con la ausencia de condiciones asociadas con entidades clínicas y desadaptativas.

4.5.1 Conductas de Salud

Si bien se presentan diferentes definiciones referentes a las conductas de salud, todas ellas se refieren a aquellos comportamientos que promueven y mantienen un estado general de salud, mediante el mantenimiento y promoción de la salud en ausencia de síntomas relacionados con procesos de enfermedad. Mechanic (1986), presentó un término análogo al de salud, el de inmunógenos conductuales, para denominar aquellas actividades o prácticas de vida que sirven para reducir el riesgo de morbilidad y muerte prematura.

Algunos autores en este sentido hacen una diferenciación entre conductas de salud y conductas reductoras de riesgo.

Las conductas de salud representan los diversos comportamientos cuyo objetivo es promover, prevenir y potenciar un estado de salud general, en este sentido las conductas de salud son relevantes, independientemente de su preponderancia en el continuo salud-enfermedad, dado que son susceptibles de aprenderse y establecerse como hábitos de salud, estos últimos son preponderantemente comportamientos relacionados con la salud, que están arraigados en el repertorio comportamental del sujeto y que se despliegan en forma automática en diversos escenarios y situaciones en los cuales se desenvuelva el individuo. Los hábitos inicialmente se desarrollan en la medida en que son reforzados por determinados efectos positivos, pero con el tiempo aparecen con independencia de sus estímulos reforzadores, supeditándose a los factores ambientales con los que interaccionan.

Dentro de las características de las conductas de salud, se encuentran características de inestabilidad y autonomía, la primera referente a la independencia presentada entre cada una de las conductas, esto se relaciona con la escasa relación entre diferentes tipos de conductas de salud en un mismo individuo, dando como resultado que la presencia de una determinada conducta de salud no anticipa la presencia de otras, presentándose en un mismo individuo conductas contradictorias simultáneamente, realizar ejercicio regularmente (conducta de salud) y fumar un número elevado de cigarrillos (conducta de riesgo)

En lo referente a la inestabilidad de las conductas de salud Oblitas (2006), menciona que se presentan cuatro características generales:

- a) La diferencia de las conductas se relacionan con los diferentes factores que las controlan en las misma persona y con una alta especificidad situacional.
- b) Una conducta de salud específica, usualmente está bajo el control de diversos factores en personas diferentes, por lo que presentan una fuerte relación con las diferencias individuales.
- c) Los factores determinantes de una conducta de salud, pueden modificarse a lo largo del desarrollo de la propia conducta de salud.
- d) d) Los factores que controlan una conducta de salud determinada pueden cambiar o modificarse a lo largo de la vida del individuo.

Taylor (1986) señala diferencias entre los distintos tipos de conductas de salud en función de su grado de dependencia del sistema de salud:

- a) Algunas conductas de salud dependen enteramente del acceso del individuo al sistema de salud, como en el caso de las vacunaciones o los exámenes periódicos de salud. Tales conductas no pueden ser llevadas a cabo de forma individual y privada, por propia iniciativa, sino que requieren de la intervención directa de profesionales de la salud.
- b) Otro tipo de conductas de salud son frecuentemente recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no suelen requerir en general la ayuda de estos para llevarlas a cabo. Entre tales conductas se encuentran, por ejemplo, el seguir una dieta controlada, el dejar de fumar, o la práctica de actividad física adecuada.
- c) Los individuos practican comportamientos de salud de una forma totalmente independiente del sistema de salud, como es el caso de la prevención de riesgos en el hogar, la utilización del cinturón de seguridad, o diversas medidas de seguridad e higiene laboral.

Las conductas denominadas como protectores de salud o inmunógenos conductuales, se deben considerar como aquellas que contribuyen a reducir minimamente el riesgo convergente con determinadas enfermedades o trastornos, dada su función de promoción de salud y prevención de la enfermedad la incluiremos en los términos descritos de conductas de salud.

En relación a los determinantes de las conductas de salud, considerados como aquellos factores que inciden en la práctica de dichas conductas, podemos considerar los factores determinantes socialmente e individualmente, los cuales se relacionan entre sí.

Los factores sociales usualmente se determinan por 4 características:

- a) Algunos comportamientos de salud son determinados, por experiencias de socialización tempranas, contextualizadas en el entorno familiar.
- b) Factores sociales determinantes en el desarrollo y despliegue de hábitos de salud, son los referentes a los asociados con una cultura o un estrato socioeconómico específico, entendiéndose como normas o valores generalizables en escenarios particulares.
- c) Otros factores sociales son los referentes a escenarios más reducidos, en este caso los grupales, los cuales tienden a ser más focalizados y menos homogéneos.
- d) Conductas relacionadas directamente con la posibilidad de poder ser llevadas a cabo en conjunción con el modelo y la disposición de servicios de salud, de los cuales el individuo pueda ser beneficiado.

En este contexto McAlister (1981), menciona por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

Entre las conductas más comunes y efectivas relacionadas con la conservación de la salud o inmunogenos conductuales, encontramos el realizar ejercicio físico regularmente y de acuerdo a las condiciones del individuo; una nutrición adecuada, en base a la ingesta suficiente de nutrientes para el buen funcionamiento del metabolismo y el control adecuado de ingesta de lípidos y exceso de alimento; evitar el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea legales (alcohol) o ilegales (cocaína), asociadas en diferentes escenarios clínicos con afecciones del aparato respiratorio y enfermedades cerebrovasculares entre otras; la adopción de conductas de seguridad (usar cinturón de seguridad, de supervisión constante de escenarios laborales riesgosos y difusión de normas generales de prevención de accidentes), y la práctica de relaciones sexuales apareadas con conductas que minimicen riesgos, como el usar preservativos, mantener relaciones monogámicas, evitar el contacto

bucal genital de manera directa y el uso de anticonceptivos, con el objetivo de evitar la proliferación de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, y por último pero no menos importante el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos y eficaces para la modulación de mediadores cognitivo conductuales del estrés, asociado con el desarrollo de diferentes enfermedades.

En este contexto, Oblitas (2004), menciona que la psicología, o ciencia del comportamiento, dispone de un bagaje conceptual y tecnológico apropiado para hacer frente a todas las demandas de salud de nuestra sociedad, pues cuenta con la capacidad apropiada para analizar, explicar y comprender los comportamientos asociados con la salud e intervenir sobre ellos.

En cuanto a los factores personales que influyen en los hábitos de salud se encuentran la autopercepción de síntomas, los factores emocionales, creencias y actitudes que analizaremos con más detalle más adelante.

4.5.2. Conductas de Enfermedad

El término conducta de enfermedad, fue inicialmente utilizado por Mechanic (1962), quien la describe como las peculiaridades individuales de las respuestas ante la situación de enfermedad que mediadas por diferencias en su percepción y evaluación, estarían condicionadas tanto por factores sociales como por las características personales del enfermo.

El modelado de la experiencia de enfermedad y los factores que intervienen en este proceso dan como resultado que los síntomas sean percibidos y evaluados de manera diferente. Esto quiere decir que a un mismo síntoma objetivo los individuos pueden atribuirle significados completamente diferente lo cual, como es lógico, condicionará su conducta de enfermedad (Ballester, 1998).

Generalmente las conductas de enfermedad no se presentan como una forma estable de respuesta en las personas, pues tienden a variar de acuerdo con la personalidad del individuo, el sexo, la edad, las experiencias previas del individuo respecto de la enfermedad y las variables situacionales. Otro aspecto relacionado con las conductas de enfermedad se refieren al afrontamiento de las mismas, respecto con la enfermedad crónica y la enfermedad aguda.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), el estilo de afrontamiento se considera el repertorio cognitivo-conductual del individuo susceptible de ser aprendido y desaprendido, de gran flexibilidad que le permiten reducir o eliminar el estrés.

Respecto al estilo de afrontamiento a las enfermedades, los individuos deberán afrontar condiciones básicas de las enfermedades, los individuos se enfrentarán a las fases iniciales de la enfermedad como también a la estabilización de la misma, a periodos de crisis caracterizados por desajustes físicos, sociales y psicológicos para los cuales no exista probablemente un repertorio de afrontamientos eficaces, para esto se requiere el mantenimiento de un equilibrio emocional, una autoimagen satisfactoria, preservar las redes sociales, familiares y de amistad para afrontar de manera más eficiente los diferentes escenarios que se presentan.

Desde esta perspectiva, los modelos cognitivos consideran que los individuos no permanecen pasivos frente a la enfermedad, sino que seleccionan la información (interna y externa) que reciben y elaboran significados personales en virtud de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, que contribuyen en definitiva a la construcción de la experiencia subjetiva de enfermar (Ballester, 1998).

La conducta de enfermedad, de este modo, implica la forma en la que los individuos controlan sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, ponen remedio y utilizan fuentes de ayuda, así como los más formales sistemas de cuidado de la salud. También se refiere a como las personas controlan y responden a esos síntomas y al cambio sintomático en el curso de la enfermedad (Mechanic, 1986).

En este contexto, McHugh y Vallis (1986), mencionan que la atención a la conducta de enfermedad, necesariamente deberá atenderse de manera multidisciplinar, siendo conveniente que otros profesionales de la salud y del cuidado colaboren en el manejo de los aspectos no biológicos de las enfermedades, conduciendo a la formación de un sistema viable donde los profesionales no médicos (psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería) se desempeñen en una relación interprofesional de tipo horizontal.

En este sentido, los modelos cognitivo-conductuales se presentan como mediadores del establecimiento de conductas de salud, cuyo fin es establecer estrategias de afrontamiento que permitan reforzar conductas adecuadas, y manejar las contingencias medioambientales que las mantienen.

Las terapias cognitivas se concentran principalmente en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas del individuo, inicialmente entrenando a los pacientes en la reconceptualización del problema y a entender cómo es que él mismo mantiene las conductas disfuncionales para la salud, mediante diversas creencias, posteriormente se inicia el establecimiento de habilidades de autocontrol para afrontar los diversos escenarios que interactúan con el individuo, y finalmente la práctica de estas estrategias a nivel cognitivo, conductual y emocional, para desarrollar y fortalecer las conductas saludables.

4.6 El Estrés en la Salud y en la Enfermedad

La mayoría de los abordajes del estrés coinciden en señalar que el estrés, el comportamiento y otros factores, intervienen de diferente manera y se relacionan con problemas biológicos y psicopatológicos. El estrés puede producir efectos directos en la salud incrementando la vulnerabilidad del organismo. Se le ha asociado con comportamientos no saludables como beber, fumar y abusar de sustancias psicoactivas, trastornos de alimentación, insomnio y también como factor agravante de una enfermedad (Godoy, 1999; Matarazzo, 1980).

En el escenario de eventos estresantes y su inherente repercusión en la salud y enfermedad encontramos, un proceso de reconceptualización de ambos conceptos. En este contexto, Oblitas (2004), menciona que el modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos.

En el mismo sentido, Martínez (2001), expone cuatro propuestas:

- 1) El estrés constituye un riesgo para la salud, ya que los efectos del mismo contribuyen a un aumento inespecífico de la vulnerabilidad de los organismos ante cualquier agente patógeno con el que entren en contacto.
- 2) El estrés afecta los hábitos de salud, ya que propicia la realización de hábitos no saludables como fumar, comer en exceso o no comer, sedentarismo, no dormir y a la par, la reducción de conductas saludables.
- 3) El estrés puede distorsionar la conducta del individuo, ya que la apreciación de la propia enfermedad o de algún tipo de trastorno son fuentes de estrés,

ante las cuales las personas no solo reaccionan orgánicamente, sino también con una reestructuración de sus hábitos cotidianos.

El estrés en la salud y en la enfermedad, de acuerdo a lo anteriormente mencionado se contempla como un factor modulador que precipita a escenarios de enfermedad, en individuos carente de estilos de afrontamiento positivos y como un factor funcional en individuos cuyos estilos de afrontamiento desembocan en escenarios poco disfuncionales.

En este sentido, Palacios (1998), menciona que la crisis de la enfermedad física y/o mental puede ser entendida, como la interacción conjunta de los factores y antecedentes personales del individuo con los factores propios de la enfermedad que pueden ser hereditarios, infecciosos o derivados de los estilos de vida aunados a los factores sociales y físicos, modulados por las características individuales de la relatividad psicofisiológica.

Ahora bien, para estudiar desde una perspectiva científica la relación entre los aspectos psicológicos y fisiológicos del individuo es preciso clarificar los tres aspectos que se hallan implicados en la misma, a saber: qué se entiende por aspectos psicológicos, qué se entiende por salud y enfermedad, y profundizar en los mecanismos que intervienen en esta interacción (Contratada, 1990).

Valdés (2000), menciona que numerosos estudios han demostrado que más de la mitad de los casos de coronariopatía crónica de nueva aparición no presenta ninguno de los factores de riesgo tradicionales (hipercolesterolemia, obesidad y tabaquismo) y numerosas investigaciones y observaciones indican que los conflictos psicosociales, las emociones y las formas de conducta desempeñan un papel importante en la patogenia de algunos tipos de enfermedades cardiovasculares como son la hipertensión arterial, insuficiencia coronaria, infarto de miocardio, cardiomiopatía y muerte súbita.

En este sentido Pérez (2001), clasifica las afecciones que produce el estrés en seis categorías diferentes: a) efectos subjetivos: ansiedad, angustia, agresión, irritabilidad, apatía, b) efectos conductuales: propensión a los accidentes, drogodependencia, excitabilidad, c) efectos cognitivos: bloqueo mental, dificultad en la toma de decisiones, fallas de concentración, d) efectos fisiológicos: niveles altos de glucosa y presión sanguínea, e) efectos sobre la salud: asma, insomnio, desordenes psicósomáticos, trastornos cardiovasculares y f) consecuencias en el ámbito organizacional: ausentismo, pobreza de las relaciones interpersonales y baja productividad.

La interacción de los factores psicológicos y el sistema fisiológico, repercute en el sistema inmune, modulando la predisposición a desarrollar diversas enfermedades y padecimientos con factores etiológicos psicológicos.

En este contexto vale la pena mencionar el proceso de inhibición emocional como coadyuvante del desarrollo de enfermedades, cuya característica principal es la negación general de emociones, ubicándose como un proceso inmerso en la personalidad asociado a la pérdida de la salud y el desarrollo de la enfermedad. Este tipo de personas se caracterizan por una necesidad de verse a si mismas como bien adaptadas, negando muchas de sus emociones internas y presentando poca conciencia de sus necesidades, deseos y sentimientos (Shedler, Mayman & Manis, 1993).

En este continuo de salud-enfermedad, encontramos mediadores cognitivos y creencias de salud-enfermedad propios de las personas, que inciden en afrontamiento del estrés y su curso hacia diversos escenarios adaptativos o disfuncionales. Esta dinámica bidireccional se comprende desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología, área que estudia la interacción entre el cerebro, conducta y sistema inmune, la cual ha influido en la reconceptualización de las relaciones entre psicología y salud.

De acuerdo a Pennebaker (1995), la evidencia encontrada en personas que escriben aproximadamente 20 minutos durante varios días consecutivos sobre temas emocionales, como sus sentimientos y pensamientos acerca de vivencias desagradables cotidianas o inusuales, se refleja en mayores niveles de salud, en comparación de aquellas personas que escriben sobre temas no inherentes a temas emocionales. La variabilidad fisiológica es un componente de los procesos fisiológicos y emocionales sanos. Cuando se presenta esta variabilidad, se cuenta con elementos para pensar que se trata de personas sanas, y cuando no hay, puede sospecharse lo contrario, quizá incluso un proceso patológico (físico o emocional) que clínicamente implica un desfase entre los cambios fisiológicos y el reporte verbal emocional del evaluado.

En el mismo sentido Oblitas (2004), expone que los estudios incluidos dentro de esta disciplina sostienen la hipótesis de que el sistema nervioso central puede influir en la función inmune y que por tanto, los factores psicológicos están implicados en muchos de los factores que afectan la susceptibilidad a la enfermedad.

De acuerdo a Domínguez (2004), la evidencia científica, ha demostrado que el estrés debilita el sistema inmunológico, sobrecarga el trabajo al corazón, daña las células cerebrales de la memoria y contribuye a que las grasas se depositen más en la cintura así como representar un factor de riesgo para la enfermedades cardiacas y cáncer. Asociados con la presencia de problemas como el dolor crónico, la depresión, las cardiopatías, la diabetes, la artritis; las cuales tienen una gran presencia en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo.

En este sentido, Palacios (1998), mencionó que el estrés es uno de los principales problemas de salud en el mundo, calculándose actualmente que el 25% de la población mundial padece de estrés o de algún trastorno de salud relacionado. En este panorama, de trastornos de la salud relacionados con el estrés se calcula que aproximadamente 10% de la población mundial padece de dolores de cabeza (Adams, Feurstein & Fowler, 1971) y que de ese porcentaje sólo un 10% (Waters & O Connor, 1976), de los casos pueden comprobar sus causas orgánicas.

Estos mecanismos cognitivo-conductuales con injerencia psicológica actualmente investigados, se representan en un amplio número de padecimientos, en algún momento apartados del interés del modelo biomédico, el cual ha encontrado paulatinamente en el elemento psicológico anteriormente desestimado un aliado necesario, en la intervención en el horizonte clínico de diferentes problemas de salud, desde la promoción de la salud hasta el coadyuvar al buen morir.

Finalmente podemos mencionar que la visión del sistema inmunitario como un sistema cerrado, vulnerable únicamente a factores patógenos externos, ha quedado obsoleta, siendo desplazada por los procesos bidireccionales de regulación entre el sistema nervioso e inmunitario, constituyéndose un hecho demostrado la influencia de aspectos psicológicos en las correlatos de salud y enfermedad.

4.7 Estrés Riesgo Cardiovascular de Hipertensión Arterial

Para comprender el estrés como factor de riesgo cardiovascular, se ubica el papel de los procesos psicológicos como posibles precipitadores de procesos patógenos, repercutiendo en la sobreactivación del sistema simpático adrenal, derivando en la segregación de adrenalina y noradrenalina que incide en el aumento de frecuencia cardiaca, presión arterial, gasto cardiaco, consumo de oxígeno en el miocardio, frecuencia y flujo sanguíneo.

De acuerdo al patrón estresante presentado se pueden determinar las características propias que precipiten los riesgos de salud, en este sentido, Fuster (2005), menciona a este factor como predictor de procesos disfuncionales en el corazón, relacionado con la adrenalina liberada durante el proceso estresante facilitadora de hipertensión arterial, coágulos de sangre, oclusión de arterias e infartos.

En este sentido, Martín (1999) menciona que el estrés se ha relacionado con la aparición de numerosas enfermedades cardiovasculares como isquemia, infarto de miocardio, fallo cardíaco, arritmias, muerte súbita e hipertensión.

Características mencionadas anteriormente como la ira, hostilidad y agresividad, conllevan mecanismos desplegados ante la imposibilidad de conseguir o satisfacer un objetivo o necesidad. En ese sentido la hostilidad se manifiesta de manera constante y prolongada como producto de experiencias previas de ira, las cuales predisponen la aparición constante de expresiones hostiles; en complemento a este síndrome encontramos a la agresividad como un estilo de afrontamiento desadaptativo, propiciando los estados prolongados de hipervigilancia con consecuencias negativas a nivel cardiovascular y neuroendocrino, lo que gradualmente incrementa el riesgo de desarrollar una cardiopatía isquémica.

En este contexto, Valdés (2000) expone que la relación entre estrés y problemas cardiovasculares, son inequívocas a juzgar por las relaciones directas entre acontecimientos estresantes e incremento de la prevalencia de accidentes coronarios.

Dinámicas en el mismo sentido que lo anteriormente mencionado, sugieren que procesos como la inhibición emocional covaria en dirección al desarrollo de cuadros patógenos, a partir de la supresión extensa de necesidades, deseos e inconformidades emocionales, cuyo fin es el tratar de expresar una imagen de adaptación ante los demás, enfrentando así un mayor riesgo de enfermarse.

Enmarcadas en el mismo proceso Adler y Matthews (1994), exponen que existe evidencia de que los individuos con una actitud positiva hacia sus emociones, que poseen la habilidad de percibir las y expresarlas (lenguaje emocional) adecuadamente, y que además usan estilos de afrontamiento enfocados en el problema, muestran también una menor frecuencia de la enfermedad cardíaca coronaria, en contraste con los individuos que no están a gusto con sus emociones.

En todos los modelos de investigación relacionados con la presencia de enfermedad cardiovascular, dinámicas directamente relacionadas con el comportamiento humano, inherentes al estrés. De una u otra forma, el estrés está asociado a estilos de vida perniciosos, sea con el enfoque del estrés como estímulo agresor (eventos vitales, estrés psicosocial), sea con la concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido esclarecer vínculos entre acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendócrinas e inmunológicas, con los llamados modelos transaccionales del estrés que conciben al estrés como un tipo particular de interacción entre individuo y entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos y a las emociones, como estados psíquicos en que se fija el estrés (Grau, 1998).

Consejos prácticos expuestos por Reynoso y Seligson (2001), destacan: el corazón late más aprisa. el corazón se le dio una vuelta, el corazón le late más fuerte, hasta puede escuchar sus latidos, sus manos y pies están fríos aunque el día no este frío, le sudan las manos, suda las manos, suda todo su cuerpo, le tiemblan las manos o las piernas, tiene dolores en algunas partes de su cuerpo, como la espalda o el cuello y no tiene buena digestión, o tiene agruras o diarrea, ayudan fácilmente a las personas a identificar síntomas que usualmente se asocian con la presencia del estrés.

De acuerdo a Riveros (2002), el manejo del estrés en el paciente con hipertensión arterial suele incluir técnicas que reducen, por ejemplo, el despertar des estrés excesivo, modificando las respuestas emocionales y cognitivas ante los sucesos que le preocupan, esto puede incluir reestructuración cognitiva, estrategias de autocontrol emocional e imaginación guiada ante situaciones sociales que provocan estrés.

La Hipertensión arterial como enfermedad ampliamente prevalente en población adulta a nivel mundial, se ubica como el resultado de diversos factores de riesgo inherentes a la conducta y a la enfermedad antes mencionados, y como predictor de otros padecimientos cardiovasculares y metabólicos, que intervienen en el bienestar físico y psicológico orientados al deterioro de la calidad de vida de los individuos que la padecen, lo que analizaremos en el siguiente capítulo.

4.8 Medición del estrés

El estrés es un proceso multivariado que involucra entradas, salidas y procesos mediadores en la valoración y el afrontamiento, existiendo una constante retroalimentación

con los acontecimientos, basados en los cambios de las relaciones persona-ambiente, tanto en la forma del afrontamiento como en la valoración. Esta perspectiva ubica una gran dificultad en la medición del estrés, ya que abandona el simple análisis de entrada-salida y se convierte en un sistema fluido de análisis que alberga variables que se influyen constantemente unas a otras en el tiempo, a través de contextos cambiantes de adaptación (Andeane & Cols, 2005).

Inicialmente uno de los instrumentos para medir el estrés fue la denominada Escala de estimación de Reajuste Social (Colmes y Rahe, 1967), la cual a partir de la valoración que un grupo de personas reportaban sobre el grado de adaptación de determinados eventos demandaban, se asignaron valores a tales eventos mediante los cuales dio como resultado la elaboración de las mismas.

Esta herramienta estaba conformada por una lista de 43 sucesos, organizados de mayor a menor, que según la magnitud del cambio introducido en el último año recibían una determinada puntuación. Los investigadores encontraron que quienes registraron menos de 150 unidades, tenían 30% de posibilidades de enfermar en el futuro, en tanto que aquellos que obtenían entre 150 y 299 unidades tenían 50% de posibilidades, mientras que con 300 o más unidades, las probabilidades de enfermar al cabo de un año ascendían hasta 80%.

Sarason, Johnson y Siegel (1978), elaboraron un cuestionario que tenía como finalidad evaluar el impacto de los cambios vitales (sucesos vitales), valorando este por el propio sujeto y considerando la dimensión positivo-negativo (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996). Exponiendo que si bien los cambios vitales, ejercen procesos estresantes, los eventos indeseables, como la muerte de un familiar, conllevarían efectos diferentes de los eventos vitales deseables, como un ascenso laboral, ejerciendo una acción más perturbadora sobre la salud los primeros.

La escala de evaluación del estrés reciente, elaborado por Linn, (1985), en lugar de basarse en la presencia de sucesos diarios o menores, evalúa el estrés semanal de una manera global, es decir, según 7 áreas concretas. Estas áreas son: 1) trabajo/colegio, 2) relaciones interpersonales (familia y personas significativas), 3) cambios en relaciones personales (nacimientos, divorcio, matrimonio, etc), 4) enfermedad o lesiones, 5) asuntos de finanzas, 6) sucesos inusuales (crimen, accidentes, etc.) y 7) cambios en la rutina diaria (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996).

Autores como Kohn y McDonald (1992), realizaron mediciones de estrés en estudiantes a partir del instrumento de aplicación semanal diseñado por ellos, titulado Escala de experiencias vitales recientes, cuya característica principal es el empleo de una escala Likert, con un rango de 1 a 4, con lo cual no piden a los individuos que estimen el grado de severidad de sus experiencias, y de esta manera obtener datos menos contaminados. El instrumento señalado esta constituido por 51 items, que constan de 6 factores. Los factores considerados son 1) dificultades sociales y culturales, 2) trabajo, 3) presión temporal, 4) finanzas, 5) aceptabilidad social y 6) victimización social.

CAPÍTULO V

CALIDAD DE VIDA

En este capítulo se ubica la Calidad de Vida como, uno de los principales objetivos de la Medicina Conductual al coadyuvar con el paciente en el establecimiento de una mejor Calidad de Vida, para lo cual se consideran una serie de intervenciones que asistan en el desarrollo de una mejor Calidad de Vida a lo largo de los diferentes momentos del continuo Salud-Enfermedad, por lo cual se considera contar con parámetros que reflejen el efecto de las intervenciones implementadas por los profesionales de la salud.

La Calidad de Vida tiene sus raíces en la investigación clínica, cuando la medicina logra aumentar la esperanza de vida gracias al avance científico y tecnológico, donde se aumenta la cantidad de vida en términos del número de años de vida, sin embargo la calidad de sobrevivida puede llegar a cuestionarse, debido a las condiciones de vida de quienes padecen una enfermedad, sobre todo una enfermedad crónica o invalidante, por las limitaciones y deterioros que la enfermedad impone sobre la persona, o como consecuencia de las intervenciones terapéuticas por los efectos colaterales de los tratamientos (González-Celis, 2004). En el mismo contexto el resultado positivo de sofisticadas intervenciones médicas en relación a diferentes padecimientos de salud, puede verse desestimada por los posibles efectos colaterales de un tratamiento específico, cuyas repercusiones afectan la calidad de vida del individuo.

5.1 Calidad de Vida como Constructo

El problema de la definición de la Calidad de Vida es una tarea que comprende a distintos modelos. En este capítulo se desarrolla el ejercicio de la conceptualización de la calidad de vida como una actividad encaminada a clarificar los orígenes y el desarrollo de este concepto psicológico de importancia para la existencia humana.

Antes de iniciar el tratamiento del constructo, debe tenerse en cuenta que, la precisión con el manejo del concepto permite la habilidad en el diagnóstico, y naturalmente, el tratamiento de los problemas emocionales en un marco conceptual unificado definido a partir de los criterios de la comunidad científica (APA, 2002).

En relación a lo anterior, se concibe el constructo de calidad de vida, como un campo de estudio, analizado desde diferentes disciplinas que han intentado ofrecer diferentes definiciones las cuales se asocian comúnmente con aspectos como nivel de vida, bienestar, salud y felicidad entre otros, para su mejor comprensión se ha evidenciando la exigencia de investigar más sobre el constructo de calidad de vida en relación a epidemiología, riesgo de enfermar de las personas y diferentes componentes abordados por las múltiples definiciones.

En este contexto, Moreno & Ximénez (1996) llegaron a la conclusión de que a lo largo de su desarrollo, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación y por consiguiente a considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, y continuando finalmente con la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

De acuerdo a las diversas definiciones se consideran dos dimensiones principales en la Calidad de vida: en primer lugar se le asocia con variables subjetivas relacionadas con el grado de bienestar personal, de satisfacción y de felicidad personal, en segundo lugar en complemento con variables objetivas, externas al sujeto asociadas con aspectos económicos, psicológicos, biológicos y sociales, dando como conclusión la conceptualización del constructo de Calidad de Vida como eminentemente complejo y multidimensional.

Hay que recordar que cada persona tiene un concepto diferente de su propia calidad de vida, por lo que sólo ella misma puede evaluar y definir cual debe ser su óptimo estado de funcionamiento (Heinze, 1992).

Respecto a la variable subjetiva, se ha desarrollado en base a dos variables: a) el estudio de la satisfacción global y con los aspectos específicos de la vida y b) la investigación sobre la felicidad, su estructura y evaluación, en este sentido se distinguen las connotaciones cognitivas del componente satisfacción y la orientación afectiva del componente felicidad.

Entre las definiciones más consensuadas encontramos la de Katsching (2000), que relaciona Calidad de Vida con variables de bienestar psicológico, social, de salud y funcional en el que emplea indicadores objetivos, subjetivos y normativos.

La calidad de vida se relaciona con diferentes escenarios de la actividad humana de inherencia psicológica, como las relaciones interpersonales (relaciones familiares, laborales, académicas, de pareja) y la salud mental a nivel individual o grupal, por lo cual se implementan estrategias que desarrollen una buena calidad de vida para impulsar procesos saludables de afrontamiento y funcionamiento personal. Como producto de los diversos esfuerzos por aproximarse objetivamente al constructo de Calidad de Vida, encontramos el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual incluye factores subjetivos y objetivos anteriormente mencionados. De acuerdo a Harper y Power (1998), la calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.

Desde el punto de vista psicológico la calidad de vida es un constructo eminentemente individual y social, inmerso en los escenarios de la vida diaria, apreciando elementos de percepción de bienestar ya sea en base a elementos subjetivos u objetivos.

La calidad de vida se refiere entonces a todas las esferas por las que transita el ser humano durante su vida, incluyendo las subjetivas, e incorporando necesariamente criterios de comparación, ya sea del propio paciente o de otros referentes sociales (Rodríguez Marín, 1995).

En este contexto, Fernández-Rios & García-Fernández (1999), mencionan que la definición de calidad de vida debe incluir uno o más de los siguientes aspectos:

- Capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional.
- Sentimientos subjetivos de bienestar y satisfacción vital.
- Condiciones sociomateriales de existencia y percepción subjetiva de las mismas.
- Satisfacción por las condiciones materiales reales y psicológicas.
- Percepción subjetiva del estado de salud personal.
- Percepción de la utilidad del significado de vivir.

Finalmente la importancia de una óptima definición del constructo calidad de vida, se deriva de distintas áreas, por lo cual su abordaje se considera multidisciplinar con estructura multicomponencial, facilitando así la comunicación entre los profesionales de la salud y

permitiendo el diseño de intervenciones orientadas a las variables previamente identificadas.

5.2 Salud y Calidad de Vida

El interés por la Calidad de Vida emanada de las ciencias de la Salud, se ve acrecentada a partir de los logros alcanzados en relación a la sobrevivencia y prolongación de la vida de pacientes con padecimientos que antes eran incurables y de enfermedades emergentes en las últimas cuatro décadas relacionadas con el estilo de vida (crónico degenerativa) así como algunas intervenciones médicas, que producen un deterioro en el desarrollo y actividad personal significativa, por lo que resultó imprescindible el desarrollo de investigación, métodos de medición y evaluación de Calidad de Vida, en estilos de vida modificados e intervenciones previamente realizadas, las cuales conllevan en diversas ocasiones, incapacidad y daños colaterales inherentes a padecimientos y a algunas intervenciones médicas, que producen un deterioro en el desarrollo y actividad personal significativa.

Es aquí donde surge el interés por la Calidad de Vida de estas personas en términos cualitativos, por lo que resultó imprescindible el desarrollo de conocimiento en torno a la Calidad de Vida, como un proceso de medición de los resultados de estilos de vida.

El estudio del tema y el desarrollo de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida se han efectuado desde dos perspectivas: a) la investigación sobre el bienestar psicológico, su estructura y su evaluación, y b) el estudio de la satisfacción en la vida junto con los factores específicos que la conforman (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Los estudios e investigaciones referentes a calidad de vida tiene precedentes relativamente recientes, desarrollándose paulatinamente a partir de la década de los 70, siendo la revista *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-life Measurement*; uno de los principales medios de difusión de investigación en Calidad de Vida.

De acuerdo a Sánchez-Sosa y González-Celis (2004) la dificultad de las mediciones de Calidad de Vida es la selección de los indicadores, ya que diferentes indicadores pueden mostrar distintos resultados definidos en términos de éxito de un tratamiento: prolongar la vida, disminuir los efectos colaterales, reducción de medicamentos, disminuir el número de

recaídas, acortar el tiempo de convalecencia, mayor movilidad, mayor independencia, disminuir el dolor, acelerar la incorporación a las actividades diarias, realizar actividades recreativas y satisfactorias, entre otros.

En relación a la medición de la Calidad de Vida encontramos que el constructo se compone de elementos multidimensionales, espaciales y temporales, por lo que supondría un error el hablar de una sola medida de Calidad de Vida, para diferentes poblaciones y momentos por su inherente determinación cultural e histórica.

González-Celis y Sánchez-Sosa (2004), menciona que dentro del desarrollo de mediciones de la Calidad de Vida, encontramos tres orientaciones de medición: a) Calidad de Vida en General, asociada con el grado de satisfacción de la persona en relación con sus expectativas y condiciones, como la educación, trabajo, economía, alimentación, esparcimiento y vivienda; b) Calidad de Vida relacionada con Salud, la cual contempla elementos como el grado de desempeño y bienestar físicos a través de indicadores como la mortalidad, incapacidad, incomodidad, morbilidad e insatisfacción y c) la calidad de vida específica para la enfermedad, esta relación de enfermedad y Calidad de Vida se asocia con representaciones, creencias y efectos emocionales derivados del proceso de enfermedad. Destacando aspectos como la adherencia terapéutica, efectos secundarios de intervenciones, relaciones interpersonales con la red social primaria y con otras redes sociales necesarias para la interacción social y en el caso del paciente con algún problema de salud con el equipo de salud directamente relacionado.

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de Calidad de Vida relacionada con la Salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas e instrumentales de la vida diaria, y en su caso de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente la insatisfacción se mide por el grado de satisfacción con el funcionamiento social, el bienestar general y la vida. (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Por lo tanto, el proceso complejo de conceptualización, medición y evaluación de Calidad de Vida, en sus diferentes perspectivas dentro del área de la salud con orientación psicológica conlleva una interacción continua de procesos cognitivos, afectivos y

conductuales enraizados individualmente e implicados en un constante escenario multidimensional, cultural e histórico.

En este sentido Ware, Brook, Davies y Lohr (1981), exponen que desde la perspectiva de la psicología, la medida de Calidad de Vida tiene como objetivo principal evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud entendida de forma global y positiva, evaluar la calidad de tal cuidado, estimar las necesidades de la población, mejorar las decisiones clínicas y estudiar las causas y consecuencias del estatus de la salud.

En relación a los instrumentos empleados en evaluación de Calidad de Vida encontramos inicialmente el Self-Anchoring ladder de Cantril (1965), la escala Life as a Whole Index de Andrews y Withey (1976) y el Index Well-Being de Campbell, Converse y Rogers (1976). Más recientemente encontramos el Afectometer 2 de Kamman y Felt y la escala de Satisfacción with life scale diseñada por Diener, Emmons y Larsen (1985).

Como resultado del desarrollo de investigación y del diseño de múltiples instrumentos para la evaluación de la Calidad de Vida, encontramos datos interesantes que reflejan una endeble relación entre el grado de bienestar y variables como la edad, sexo, raza, educación, estado civil y nivel socioeconómico (Abbey & Andrews, 1985; Leelakulthanit & Day, 1992), y en sentido opuesto una consistente relación entre aspectos psicológicos y sociales, como la presencia de depresión y ansiedad como factores predictores de deterioro de Calidad de Vida (Kamman & et al., 1984), apoyo social, estrés, percepciones de control interno y externo, desempeño laboral y personal asociados con ansiedad y depresión, como precursores del deterioro del nivel de Calidad de Vida (Abbey & Andrews, 1985), y en relación a factores saludables, se encontraron variables como el trabajo, red social y matrimonio como asociados a una situación general de bienestar (Headey & et al., 1984).

La interacción Salud y Calidad de Vida, encuentra en la orientación multidisciplinar y preventiva la capacidad de enfatizar más sobre las dimensiones de salud y no sólo como la ausencia de enfermedad, en este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatiza que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la inexistencia de enfermedad, siendo esta consolidada por la Carta para la promoción de la Salud de Ottawa, que destaca las dimensiones positivas de la Salud. En este sentido la estructura multidimensional nos permite orientarnos a un escenario multidisciplinar, dejando atrás abstracciones puramente médicas, enraizadas en un biológico individual, las

cuales evidencian una no redituación suficiente de sus intervenciones realizadas, en nuestra salud.

En este escenario las aportaciones realizadas por la Psicología, se consideran de vital importancia en relación al estudio de los factores conductuales como estilos de vida, calidad de vida, manejo del estrés, mediadores psicosociales y representaciones cognitivas relacionados con la salud y los efectos de estos en el funcionamiento del sistema inmunológico asociados con la aparición de la enfermedad. En el mismo contexto, Moreno y Ximénez (1996) distinguen que una importante aportación de la psicología al desarrollo y mantenimiento de la salud, son el diseño de intervenciones de modificación de conducta y el desarrollo de programas comportamentales favorecedores de la mejora de salud.

En el mismo sentido, Duran (1998) menciona que diversos estudios, han demostrado lo que el individuo, familia y comunidad pueden hacer para mantener su salud, en este contexto es fundamental dentro de la cadena de acciones posibles dentro de la respuesta social organizada para atender la salud, involucrar a profesionales cuya formación les permite abordar con metodologías y técnicas apropiadas este proceso.

Salud y Calida de Vida como continuo se concibe como el objetivo básico de cualquier intervención orientada a la salud, cuyas dimensiones deben ser estrictamente multidisciplinarias en relación a los componentes integradores, que confieran un desarrollo humano óptimo como objetivo principal.

5.3 Calidad de Vida y Enfermedad

En el sentido de la repercusión de la Enfermedad en la Calidad de Vida, encontramos que como resultado de intervenciones médicas relativamente modernas se ha logrado aumentar la cantidad de vida en términos cuantitativos, sin embargo la calidad de sobrevivencia en muchos casos esta lejos de llegar a ser óptima, principalmente en quienes padecen una enfermedad crónica degenerativa o invalidante, por las limitaciones y deterioros que la enfermedad impone sobre la persona, o como resultado de efectos colaterales derivados de intervenciones terapéuticas, los cuales pueden facilitar procesos desadaptativos relacionados con estados depresivos o ansiógenos, variando en estados personales que van desde la desesperación y abandono hasta la integración y aceptación positiva del hecho.

En el mismo escenario el interés por evaluar el nivel de funcionamiento personal en un escenario clínico, se dirige hacia la evaluación de habilidades funcionales en la enfermedad, y en este sentido encontramos dos aspectos importantes para abordar el tema: a) capacidad y habilidades de la persona para comunicarse objetivamente y b) habilidades de funcionamiento inherentes al escenario clínico. Inicialmente la capacidad y habilidad del individuo de comunicar eficazmente sus condiciones nos sitúa dos posibles escenarios, el desarrollo de habituación al padecimiento puede minimizar los hechos y malestares, o bien un estado de reactividad intensa, puede amplificarlos. En el escenario de habilidades y funcionamiento en el escenario clínico encontramos por una parte las actividades y habilidades de autocuidado (comer, bañarse, vestirse, seguir los procedimientos o indicaciones terapéuticas), y las capacidades de movimiento y desplazamiento (desplazamiento en diversos escenarios fuera y dentro del hogar).

En esta situación, Wilkin (1987) menciona que la disfunción no es sólo un hecho físico o fisiológico, sino que tiene una estructura multidimensional que no debe ser olvidada tras la apariencia de lo inmediatamente observable, de forma que los aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales tienen un peso importante en la disfunción.

Es en este escenario en donde la medicina conductual y la psicología de la salud inherentemente pueden mediar para el desarrollo de una mejor calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, desarrollando estilos de afrontamiento más adaptativos.

Palacios (1998), mencionó que la aproximación de la medicina conductual, ha enfatizado el interés en el paradigma educativo en donde los individuos son entrenados en el uso de estrategias específicas para la solución activa de sus conflictos con el entorno, lo que les puede permitir adaptarse a la enfermedad física y contribuir a controlar algunas de sus consecuencias, con la reducción sistemática a la exposición a los factores de riesgo, a la enfermedad física y mental; y con la promoción de los estilos de vida saludables estas estrategias ayudan a reducir la incidencia de la recaída e incluso los estadios iniciales de la enfermedad.

La importancia de la Calidad de Vida en enfermos radica en el hecho de considerar al individuo como un ente biopsicosocial, con características no sólo dirigidas al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud y control de efectos colaterales de la

enfermedad e intervenciones médicas, sino como un ente capaz de disfrutar los aspectos agradables de su existencia. En este contexto Grau y Gonzáles, (1998), mencionan que en el proceso de enfermedad, el enfermo crónico sufre cambios importantes en su identidad y autoestima, aunadas con dudas e incertidumbre sobre un futuro que luce incapacitante, y transforma sus relaciones interpersonales, con una pérdida de sentido de control personal de su vida, de su autonomía y de su capacidad para la toma de decisiones, todo ello acompañado de molestias y dolores propios de la enfermedad y, en muchos casos, de reacciones secundarias a tratamientos igualmente agresivos, incapacitantes y dolorosos.

Cuando se concibe a la Calidad de Vida en escenarios clínicos vinculados a pacientes con Enfermedades Crónico Degenerativas, la tarea del psicólogo es de vital importancia, en el desarrollo a la par del paciente con habilidades en relación a la prevención y control de conductas y hábitos que generen procesos de salud y enfermedad, con el objetivo de desplegar herramientas que promuevan una vida de calidad.

En el mismo sentido, Moreno y Ximénez (1996) exponen que la Calidad de Vida significa también la capacidad de las personas para no ser puros espectadores en el proceso de enfermar e incluso morir. Desde esta perspectiva, la Calidad de Vida significa el esfuerzo para que la enfermedad inevitable, la disminución real, signifique la menor alteración posible en la autonomía real del sujeto y entrañe las mínimas variaciones en su vida habitual.

La Calidad de Vida como objeto de estudio es inherentemente multidisciplinar, con orientación en las ciencias de la Salud está asociada con perfiles epidemiológicos e intervenciones promotoras de Salud en cualquier nivel de atención, las cuales se encuentran inmersas en un continuo de procesos psicológicos que facilitan o impiden el establecimiento de una Vida de Calidad, es aquí donde el Psicólogo orientado a la Salud coadyuva para afrontar más adaptativamente el proceso de enfermedad, desarrollar habilidades para recuperar la Salud o aminorar los efectos negativos de la enfermedad, aplazar la muerte o coadyuvar en últimas instancias con el buen morir.

5.4 Calidad de Vida e Hipertensión Arterial

En el caso de la Hipertensión, la evaluación de la calidad de vida incluye aspectos como síntomas físicos, bienestar general, sueño, estado emocional, autocontrol, funcionamiento

sexual, desempeño y satisfacción laboral, funcionamiento cognitivo, social, involucramiento de la familia y vitalidad (Osterhaus, Townsend, Gandek & Ware, 1994).

La literatura indica que los pacientes crónicos en su mayoría presentan más síntomas depresivos, menor autoeficacia y dominio, mayores sentimientos de soledad y redes sociales más pequeñas (Kramer, 2002). Los hipertensos tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad, en comparación con otras condiciones crónicas. (Sherbourne, Wells & Judd, 1996).

Las personas con enfermedades crónicas se pueden sentir relativamente bien algunas veces y enfermas otras, pero nunca están completamente sanas. Los pacientes necesitan aprender a tratar tanto con los síntomas de la enfermedad como a controlar el estrés provocado por los tratamientos. Estar enfermo suele generar sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de control sobre el futuro, situaciones ambas especialmente desgastantes (Stewart, Berry, McGlyn & Ware, 1989).

Una porción importante del impacto de una enfermedad crónica se observa en la forma en que cambian las creencias y convicciones de sí mismos, estos es, el diagnóstico de la enfermedad cambia la autopercepción del paciente (Brannon & Feist, 2000).

Westheim y Aide (1991), mencionan que el solo hecho de etiquetar a un paciente como hipertenso, puede provocar efectos negativos como mayor ausentismo laboral y angustia psicológica, capaz de inducir la suficiente actividad simpática como para modificar los parámetros hemodinámicos.

En este sentido, Bardaje y Isacson (2001), encontraron en un estudio sobre calidad de vida importantes diferencias en calidad de vida en pacientes hipertensos al compararlos con sujetos normotensos. Entre otros, el aspectos sociodemográfico fue muy importante, pacientes con nivel socioeconómico alto y mayor nivel educativo reflejaron niveles de salud significativamente más altas, un mejor funcionamiento físico y menor atención al dolor. La condición de soltero se relacionó con menor calidad de funcionamiento social, emocional y percepción de salud. Las personas viudas y divorciadas calificaron significativamente peor en todas las escalas, excepto dolor físico en comparación con las que vivían en pareja.

En la calidad de vida de los pacientes hipertensos en relación al tratamiento farmacológico suele decrementarse debido a que los efectos colaterales de la toma de medicamentos genera síntomas desagradables en los pacientes, como dolor de cabeza, mareo, baja de energía o efectos sedantes, estreñimiento y alteraciones del funcionamiento sexual, en algunos casos la dosis del hipotensor suele ser mayor a la necesaria experimentándose mareo, desvanecimiento, dolor de cabeza y letargo (Cohen, 2001).

En el mismo contexto, Safren (1999), menciona que la falta de adherencia se calcula en un 20% para los tratamientos cortos, 50% para los tratamientos prolongados en condiciones crónicas y 70% para los tratamientos prolongados de padecimientos crónicos, relativamente asintomáticos, como la hipertensión arterial.

La calidad de vida en el paciente hipertenso, como cualquier otro usuario, portador de una enfermedad crónica, se enfrenta a procesos adaptativos que en su mayor parte tienen connotaciones psicológicas adversas, que interaccionan no solo con el deterioro gradual de sus capacidades anteriormente desempeñadas, sino de su salud mental.

5.5 Medición de la Calidad de Vida

En Psicología existe un creciente interés por evaluar el efecto real de las intervenciones clínicas, no solo en términos de diferencias estadísticas o comparaciones normativas. Para ello se requieren mediciones empíricamente válidas que determinen el grado en que un tratamiento ha sido exitoso. De ahí emerge el constructo calidad de vida como variable dependiente empleada para determinar el cambio en intervenciones clínicas (Kendall, 1999).

En este sentido, Ballester (1998), menciona que la medida de la calidad de vida no resulta fácil, en parte por ambigüedad del término, y también debido a su complejidad y a su carácter subjetivo. Además, el concepto de calidad de vida guarda una íntima relación con otros conceptos (como estilos o niveles de vida, indicadores sociales y deseabilidad social).

La evaluación de la Calidad de Vida recoge la problemática esbozada en su aproximación conceptual. Su naturaleza múltiple y compleja, y su bipolaridad objetiva-subjetiva impone a sus medidas múltiples criterios en función de la opción efectuada. Dos han sido los enfoques prevalentes, el primero de ellos más centrado en las variables

objetivas, externas al sujeto, y el segundo preferentemente dedicado a analizar los aspectos subjetivos de la calidad de vida (Moreno y Ximénez, 1996).

El estudio del tema y el desarrollo de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida se ha efectuado desde dos perspectivas: a) la investigación sobre el bienestar psicológico, su estructura y su evaluación, y b) el estudio de la satisfacción en la vida junto con los factores específicos que la conforman (Sánchez-Sosa & González, 2002).

La enorme vigencia del concepto que ha obtenido en los últimos años proviene de dos hechos principales. El primero se refiere a la conciencia colectiva adquirida de la responsabilidad común ante los hechos ambientales y ecológicos, aspecto que le confiere al concepto su valor social, comunitario y colectivo. La segunda surge de la preocupación por los aspectos cualitativos y cotidianos de la vida que el desarrollo económico sin más no puede garantizar y que otorga al concepto su lado más humano (Moreno y Ximénez, 1996).

En escenarios clínicos, relacionados con enfermedades crónicas degenerativas se abstraen lineamientos acerca del impacto en la calidad de vida de los pacientes, en términos de mediciones generales y específicas. El uso del constructo calidad de vida resultado viable como variable dependiente que ayuda a determinar el cambio atribuible a intervenciones clínicas (Kendall, 1999).

La medición de la calidad de vida en escenarios clínicos, se divide en primera instancia en dos rubros principales, el primero asociado a condiciones generales de diferentes padecimientos y el segundo contextualizado en padecimientos determinados en interacción con condiciones individuales.

Mediciones generales: En términos generales este tipo de mediciones son utilizadas para evaluar el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad, teniendo como objetivo una evaluación multidimensional de la calidad de vida del individuo, comparar la repercusión de diferentes enfermedades en la calidad de vida e investigar el impacto económico del tratamiento de enfermedades específicas en la persona.

Mediciones específicas: Este tipo de mediciones posibilitan la evaluación de diferencias individuales y condiciones específicas de una enfermedad en particular, en interacción con las características propias del individuo.

En este contexto González, (2002), identifica tres aspectos principales en la medición de la calidad de vida:

- a) En forma global
- b) La relacionada con la salud
- c) La contextualizada en una enfermedad en particular.

Las ciencias del comportamiento se han encargado de evaluar la significancia de las intervenciones clínicas, no sólo con criterios estadísticos o de comparaciones normativas sino en términos de su validez social, es decir de satisfacción del usuario de los servicios de salud. Esto quiere considerar la confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio como criterio previo a la instrumentación de intervenciones en el sentido de reflejar los efectos que producen dichas intervenciones (Kazdin, 2000).

La evaluación de la calidad de vida en relación con la salud incluye el examen de los efectos de los padecimientos crónicos y de su tratamiento. Se buscan cambios en el estado emocional del paciente, los efectos secundarios de medicamentos, las habilidades de afrontamiento, funcionalidad del paciente y la reducción de las incapacidades que producen algunos trastornos. Diversos estudios señalan como principales áreas de desadaptación a la enfermedad problemas derivados del tratamiento (efectos molestos de medicamentos), baja adherencia terapéutica, bajo rendimiento académico y laboral, relaciones interpersonales conflictivas, comunicación deficiente con los demás, dinámica familiar difícil, baja autoestima y autoimagen deteriorada; todo ello añadido a los problemas económicos derivados de altos costos del tratamiento (Friedman & Di Matteo, 1989).

De acuerdo a Dalhof (1991), la investigación de la calidad de vida en el área de la salud, ha sido utilizada sobre todo para describir y evaluar las condiciones de sobrevivencia de enfermos a los que se les prolonga la vida, como resultado de la intervención médica y de la tecnología para la salud.

El proceso de medición de Calidad de Vida evidentemente es un proceso multidisciplinario, el cual construye su realidad a partir de contribuciones diversas que precisan condiciones favorables en diferentes estratos de bienestar, los cuales se basan en elementos obtenidos de disciplinas diversas. El valorar la calidad de vida del ser humano ubicado en escenarios clínicos como elemento de intervención-investigación de la

psicología, es indispensable como elemento central del bienestar humano en enfermedades crónico degenerativas, en este sentido la importancia de determinar el bienestar atribuible no solamente a intervenciones médicas, sino al bienestar psicológico mediador de condiciones de vida de calidad.

Los instrumentos que existen para medir calidad de vida en general tiene sus raíces en la investigación clásica sociológica, con indicadores tales como trabajo, vida familiar y bienestar. Estas medidas se han aplicado tanto a individuos sanos como enfermos y su enfoque es sobre aspiraciones, metas y las comparaciones de éstas con respecto a logros. Dichos instrumentos contienen ítems enfocados predominantemente hacia las percepciones subjetivas y experiencias de los sujetos, que pueden incluir dominios que están o no directamente relacionados con la salud, como el ingreso la vivienda y el apoyo social. En contraste la mediciones de calidad de vida relacionadas con la salud tienen el propósito fundamental de evaluar la enfermedad y los efectos de alguna intervención (Sanchez-Sosa & González-Celis, 2002).

En este sentido Bowling (1991), menciona que uno de los problemas más relevantes en la indagación de estado de salud a través de autoinformes es la importancia que tiene el autoconcepto y la autoestima, junto con el estado de ánimo del sujeto, en la evaluación que hace éste de su propio estado de salud. Tanto una autoestima baja como los estados y procesos depresivos tienden a ir asociados con una evaluación negativa de la salud (Bowling, 1992).

Como señala Sartorius (1995), los principales retos en la medición de la calidad de vida se resumen en primer lugar en el plano político-sanitario donde es necesario introducir el criterio de calidad de vida a la hora de marcar los logros en el tratamiento, para cualquier enfermedad, y en segundo lugar, en el plano metodológico, donde es preciso desarrollar instrumentos de medidas aplicables, repetibles y con versiones idiomáticas equivalentes y actualizadas. Existen además distintos grupos que requieren una mayor atención, como niños, ancianos y enfermos de países en vías de desarrollo.

La calidad de vida y su inherente estudio multidisciplinario hace de esta un constructo susceptible de ser medida desde diferentes perspectivas, o que hace necesario, la delimitación conceptual previa desde la psicología, para iniciar procesos de medición y evaluación, que reflejen aspectos físicos asociados con bienestar psicológico.

CAPÍTULO VI

INVESTIGACIÓN DIRECTAMENTE RELACIONADA

En este capítulo se presentan algunas líneas de investigación enfocadas principalmente al estudio de la hipertensión arterial, estrés y calidad de vida.

Olvera, Y., Domínguez, B., Cruz, A., Pennebaker, W. J. y Cortes, S. J. (2002), realizaron una evaluación de la escritura emocional autorreflexiva en estudiantes de nivel universitario. El propósito fue identificar y determinar que procedimientos de escritura emocional era más benéfico para este grupo. Se compararon tres modalidades de escritura: escribir sobre un hecho traumático, escribir sobre un hecho traumático planteando una solución y escribir sobre administración del tiempo. Durante cada una de las sesiones se registro la temperatura periférica de la piel de la mano dominante antes y después de su escrito. Los resultados del mismo mostraron que la longitud del mismo, el numero de palabras emocionales positivas y negativas y de frases autorreflexivas estuvo relacionada con los cambios de temperatura periférica, pero que escribir de un hecho traumático con o sin solución ayuda a lograr un aumento de temperatura. El escribir con soluciones resulto ser más benéfico ya que psicofisiologicamente hubo un mayor aumento de temperatura, lo que indica una mayor relajación.

Según los planteamientos de este estudio, procesos de escritura identificados como autorreflexivos y de expresiones positivas desempeñan un papel de medidores hacia procesos benéficos asociados a estadios de relajación en relación a hechos traumáticos.

Domínguez. B. (2004), analizó las razones del demasiado estrés en mujeres en condiciones psicosociales desventajosas, este estudio analizó la injerencia del estrés crónico en asociación con situaciones de marginación, en el mantenimiento o pérdida de la salud, en un sujeto que presentan asma, diabetes tipo dos, presión arterial elevada y artritis reumatoide, originados por el estilo de vida y situaciones de estrés caracterizados por una gran cantidad de obligaciones, poca solvencia económica y bajo nivel escolar, en asociación con estados estresantes precipitan la aparición de enfermedades que antes sólo se constituían en personas ancianas. Aspectos cotidianos como el aceptar ser tratado injustamente en interacción con discriminación económica y de género constantes, se ha correlacionado con la presencia de presión sanguínea más elevada, que quienes desafían

esta situación. En este contexto el estrés constante experimentado repercute negativamente en el sistema inmunológico, lo cual puede estar precipitando procesos patogénicos a edades tempranas.

En este estudio se propuso que las relaciones observadas de condiciones económicas adversas, la cantidad excesiva de obligaciones y el bajo nivel escolar como precursores importantes de estados de estrés crónico, precursores de la pérdida de la salud y la aparición de enfermedades anteriormente consideradas como características de personas de edad avanzada. También encontraron correlaciones importantes entre individuos que aceptan ser tratados injustamente en relación a su género y condición económica, y niveles de presión sanguínea más elevada, que quienes desafían esta situación.

En mismo sentido Yusuf, S. y Lancet. (2004), mediante un estudio de casos control protectivo, que abarca a todas las áreas del mundo, se pudo por primera vez medir el impacto que los factores psicosociales tienen, como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos cardiovasculares, el cual encontró que como tales los factores psicosociales representan un riesgo atribuible de 32.5%, solo abajo del tabaquismo y la dislipidemia.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado se encontró, un conjunto de factores que intervienen en la pérdida, conservación y recuperación de la salud, incidiendo en la calidad de vida de los individuos.

Caceres, D., Arrivillaga, M. y Correa, D (2004), encontraron mediante un estudio experimental con dos grupos aleatorizados, con un diseño intra e intergrupo, pre y post intervención, investigaron la efectividad de programas de intervención psicosocial en la disminución de niveles de hipertensión en pacientes con diagnóstico superior a un año. Con una muestra de 64 pacientes mayores de 40 años, sin alguna otro trastorno crónica o psicológico, encontraron diferencias significativas ($p < 5.05$ y n.c. 95%) entre los niveles de presión arterial, estrés y adherencia al tratamiento.

La relación entre cuadros psicológicos y el diagnósticos de Hipertensión Arterial fue abordado por, Jurado, S., Figueroa, L., & Rojas, M. (2004), teniendo como objetivo el determinar la relación entre la reactividad cardiovascular de la presión arterial y la tasa cardiaca con los factores de riesgo de la hipertensión arterial. Con una muestra 110 estudiantes normotensos divididos en dos grupos, el primer grupo con antecedentes familiares de hipertensión y el segundo sin antecedentes de hipertensión arterial. Se les

aplicaron el Cuestionario de Conducta Tipo A, Inventario de Factores de riesgo de Hipertensión Arterial y un perfil psicofisiológico para establecer la reactividad cardiovascular ante dos pruebas de estrés (aritmética y emocional). Se determinaron diferencias en la ambición, la competitividad y en el inventario de conducta tipo A. Respecto a la reactividad cardiovascular el grupo de casos fue más reactivo que el de controles. Así mismo se encontró que la reactividad se asocio con el estrés (personalidad, ocupación y ambiente estresante), con el sedentarismo, el antecedente familiar de diabetes mellitus, valores iniciales de la presión arterial y tasa cardiaca, pero no con el antecédete familiar de hipertensión.

Este estudio señala que con dos grupos de individuos normotensos, el primero con antecedentes de hipertensión arterial familiar y el segundo sin el mismo, se encontraron diferencias en la ambición, la competitividad y en el inventario de conducta tipo A. Asimismo como la relación de la reactividad y el estrés, con el sedentarismo, el antecedente familiar de diabetes mellitus, pero no con el antecédete familiar de hipertensión.

Por su parte Caballo. V y Anguiano, S. (2002), investigaron la relación entre contratiempos cotidianos, estilos de personalidad asociados con el estrés. A una población de 38 sujetos, se les aplicó el Inventario de estrés cotidiano (Bartley & Et al., 1987) y el Cuestionario Exploratorio de Personalidad-CEPER (Caballo, 1997), encontraron que estilos de personalidad denominados depresivos, dependiente e histriónico, son los que predicen mejor y durante más días el estrés cotidiano, los mismo es probable que generen comportamiento que produzcan un mayor estrés en el sujeto. En este contexto sujeto histriónicos/impulsivos, que precisan de la atención de los demás y que tienen comportamientos impulsivos podrían estar sometidos también a cierto estrés en las situaciones sociales e incluso provocar, a veces en los demás conductas negativas por su impulsividad.

Una de las hipótesis fue que determinados estilos de personalidad presentan predisposición a presentar comportamientos que precipiten mejor y durante más días determinados tipos de estrés cotidiano.

En un estudio del *Lipid Research Clinics*, realizado por Bush y cols. (1987) se ha observado que en las mujeres a partir de los 50 años de edad, un aumento de siete veces en

la mortalidad cardiovascular por cada incremento de 10 años de edad a partir de la cuarta década.

En todos estos estudios, las perspectivas se enfocan en relación a los factores mediadores de estrés, trastornos cardiovasculares y pérdida de la salud, en diferentes condiciones clínicas, comorbidas con diferentes enfermedades y edades mas tempranas de incidencia de las mismas. Además, de determinadas estrategias encaminadas a desarrollo de estados de relajación dirigidas a la atención de diversos sucesos estresantes presentados por las personas.

Finalmente definidos los tópicos estudiados por la investigación directamente relacionada, se procederá a la siguiente fase de esta investigación.

CAPÍTULO VII

MÉTODO

Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar la relación entre Hipertensión Arterial, Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, en mujeres usuarias del servicio de prevención psicológica provenientes de zonas urbano marginadas ubicadas al oriente del valle de México, para esto la presente investigación se basará en los siguiente objetivos.

- 1.- Describir el comportamiento de cada uno de los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, que presentan las Mujeres hipertensas de la muestra realizada.
2. Identificar si existen diferencias entre las Mujeres hipertensas que trabajan y las que no laboran, de cada uno de los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos.
- 3.- Encontrar el tipo de relación entre los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, que presentan las Mujeres hipertensas de la muestra realizada.

Preguntas de Investigación

¿Cómo se comporta la variable Calidad de Vida en las Mujeres hipertensas de la muestra realizada?

¿Cómo se comporta la variable Eventos Estresantes Crónicos, en las Mujeres hipertensas de la muestra realizada?

¿Existen diferencias entre las Mujeres hipertensas que trabajan y las que no laboran, de cada uno de los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos?

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

8.1 Análisis descriptivo

8.1.1 Calidad de Vida

En la muestra la variable Calidad de Vida se midió a través de 14 componentes, en los 13 primeros la calificación máxima es de 24 aciertos, el último componente es de 6 puntos, en puntajes crudos, por lo que de manera global se distribuyó de la siguiente forma.

Componentes:

1) SALUD: es baja, el 50% de las respuestas están por debajo de 9 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 8.93 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 7 y 12 aciertos (Rango de 5 unidades) (ver tabla 2).

2) PREOCUPACIONES: es media-alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 15 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 14.96 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 13 y 17 aciertos (Rango de 4 unidades) (ver tabla 3).

3) DESEMPEÑO FÍSICO: es baja, el 50% de las respuestas están por debajo de 10 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 10.64 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 7 y 14 aciertos (Rango de 7 unidades) (ver tabla 4).

4) AISLAMIENTO: es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 13 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 13.04 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 7 y 17 aciertos (Rango de 4 unidades) (ver tabla 5).

5) PERCEPCIÓN CORPORAL: es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 14 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 13.94 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 10 y 17 aciertos (Rango de 4 unidades) (ver tabla 6).

6) FUNCIONES COGNITIVAS: es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 14 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 13.79 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 12 y 17 aciertos (Rango de 5 unidades) (ver tabla 7).

7) ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO: es baja, el 50% de las respuestas están por debajo de 10 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 10.10 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 5 y 15 aciertos (Rango de 10 unidades) (ver tabla 8).

8) TIEMPO LIBRE: es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 11 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 11.04 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 8 y 14 aciertos (Rango de 6 unidades) (ver tabla 9).

9) VIDA COTIDIANA: es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 17 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 16.34 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 10 y 21 aciertos (Rango de 11 unidades) (ver tabla 10).

10) FAMILIA: es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 18 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 17.63 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 13 y 22 aciertos (Rango de 9 unidades) (ver tabla 11).

11) REDES SOCIALES: es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 14 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 14.39 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 11 y 18 aciertos (Rango de 7 unidades) (ver tabla 12).

12) DEPENDENCIA MÉDICA: es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 13 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 13.01 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 8 y 16 aciertos (Rango de 8 unidades) (ver tabla 13).

13) RELACIONES CON EL MÉDICO: es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 16 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 16.20 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 13 y 20 aciertos (Rango de 7 unidades) (ver tabla 14).

14) BIENESTAR Y SALUD: es baja, el 50% de las respuestas están por debajo de 2 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 2.27 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 1 y 4 aciertos (Rango de 3 unidades) (ver tabla 15).

Tabla 2. Componentes de la variable Calidad de Vida

	Media	Mediana	Mínima	Máximo	Rango
Salud	8.93	9.00	7	12	5
Preocupaciones	14.96	15.00	13	17	4
Desempeño Físico	10.64	10.00	7	14	7
Aislamiento	13.04	13.00	7	17	10
Percepción Corporal	13.94	14.00	10	17	7
Funciones Cognitivas	13.79	14.00	12	17	5
Actitud ante el Tratamiento	10.10	10.00	5	15	10
Tiempo Libre	11.04	11.00	8	14	6
Vida Cotidiana	13.34	17.00	10	21	11
Familia	17.63	18.00	13	22	9
Redes Sociales	14.39	14.00	11	18	7
Dependencia Médica	13.01	13.00	8	16	8
Relación con el Médico	16.20	16.00	13	20	7
Bienestar y Salud	2.27	2.00	1	4	3

8.1.2 Eventos Estresantes Crónicos

En la muestra la variable Eventos Estresantes Crónicos, se midió a través de 10 componentes, los cuales varían su calificación máxima, por lo que se indica en cada componente su máximo puntaje crudo, por lo que de manera global se distribuyó de la siguiente forma.

Componentes:

1) EXPECTATIVAS DE SÍ MISMO (6 puntos): es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 3 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 3.44 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 3 y 6 aciertos (Rango de 3 unidades) (ver tabla 16).

2) FINANZAS (10 puntos): es media, el 50% de las respuestas están por arriba de 5 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 5.61 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 5 y 8 aciertos (Rango de 3 unidades) (ver tabla 17).

3) TRABAJO (24 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 17 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 17.11 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 13 y 22 aciertos (Rango de 9 unidades) (ver tabla 18).

4) AMORES Y RELACIONES (26 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 22.5 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 22.64 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 20 y 33 aciertos (Rango de 13 unidades) (ver tabla 19).

5) FAMILIA E HIJOS (16 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 11 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 11.01 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 8 y 13 aciertos (Rango de 5 unidades) (ver tabla 20).

6) VIDA SOCIAL Y RECREACIÓN (8 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 6.5 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 6.44 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 4 y 8 aciertos (Rango de 4 unidades) (ver tabla 21).

7) RESIDENCIA (10 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 8 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 7.81 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 5 y 10 aciertos (Rango de 5 unidades) (ver tabla 22).

8) SALUD (10 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por arriba de 8 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 8 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 6 y 10 aciertos (Rango de 4 unidades) (ver tabla 23).

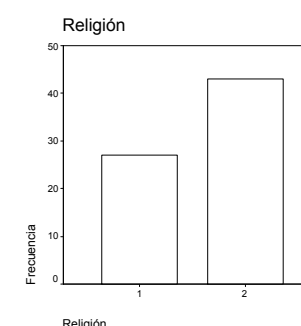
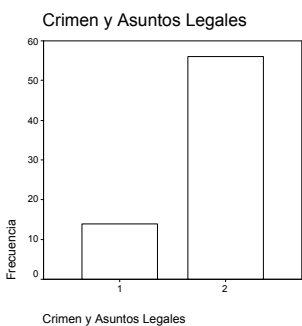
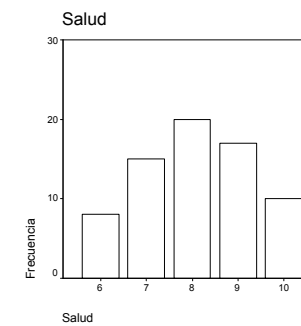
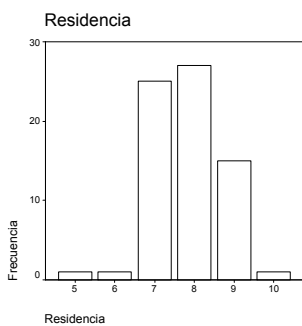
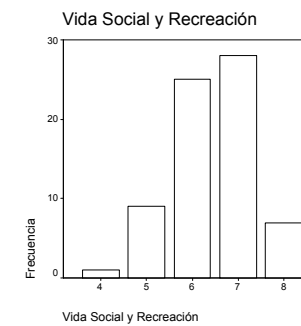
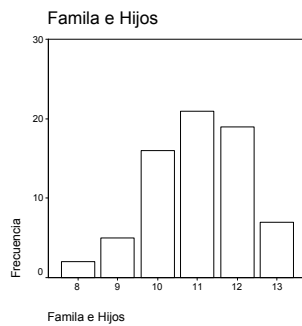
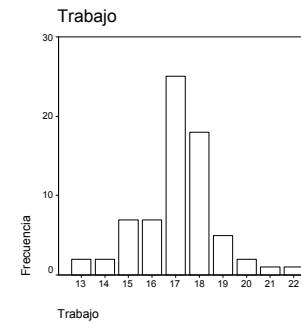
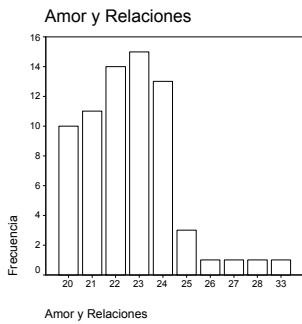
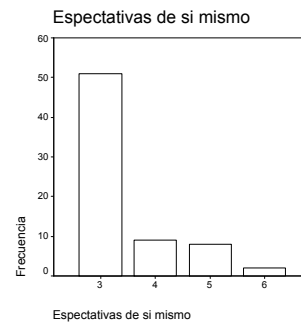
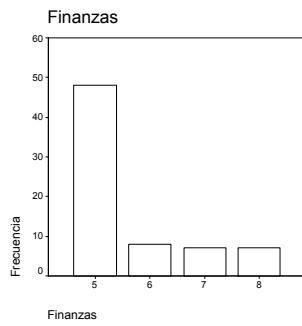
9) RELIGIÓN (2 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por abajo de 2 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 1.61 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 1 y 2 aciertos (Rango de 1 unidades) (ver tabla 24).

10) CRIMEN Y ASUNTOS LEGALES (2 puntos): es alta, el 50% de las respuestas están por abajo de 2 aciertos y en promedio los sujetos se ubican en 1.80 aciertos. El Rango de respuestas correctas fluctúa entre 1 y 2 aciertos (Rango de 1 unidades) (ver tabla 25).

Tabla 3. Componentes de la variable Eventos Estresantes Crónicos

	Media	Mediana	Mínima	Máximo	Rango
Expectativas de sí mismo	3,44	3,00	3	6	3
Finanzas	5,61	5,00	5	8	3
Trabajo	17,11	17,00	13	22	9
Amor y Relaciones	22,64	22,50	20	33	13
Familia e Hijos	11,01	11,00	8	13	5
Vida Social y Recreación	6,44	6,50	4	8	4
Residencia	7,81	8,00	5	10	5
Salud	8,09	8,00	6	10	4
Religión	1,61	2,00	1	2	1
Crimen y Asuntos Legales	1,80	2,00	1	2	1

Gráficas de Frecuencias de los Componentes de la variable Eventos Estresantes Crónicos



8.2. Diferencias entre el grupo formado por mujeres hipertensas que si trabajan y las que no trabajan

8.2.1 Calidad de Vida: diferencias entre el grupo formado por mujeres hipertensas que si trabajan y las que no trabajan

Como el *valor-p* asociado al análisis de varianza de Kruskal-Wallis, es mayor que alfa, no se rechaza la hipótesis nula, al nivel de significancia de .05. Dado que las diferencias observadas en las medias de rango de los componentes de la variable Calidad de Vida no son estadísticamente significativas, se puede aceptar que no existe diferencias entre la Calidad de vida de las mujeres que trabajan, con respecto a las que no tienen actividad laboral (Ver tablas 26 y 27).

Tabla 26. Rangos de la variable Calidad de Vida

Trabajo		N	Media de los rangos	Sumatoria de los rangos
Salud	Si	39	37.87	1477.00
	No	31	32.52	1008.00
	Total	70		
Preocupaciones	Si	39	32.45	1265.50
	No	31	39.34	1219.50
	Total	70		
Desempeño Físico	Si	39	33.77	1317.00
	No	31	37.68	1168.00
	Total	70		
Aislamiento	Si	39	35.50	1384.50
	No	31	35.50	1100.50
	Total	70		
Percepción Corporal	Si	39	35.99	1403.50
	No	31	34.89	1081.50
	Total	70		
Funciones Cognitivas	Si	39	37.67	1469.00
	No	31	32.77	1016.00
	Total	70		
Actitud ante el Tratamiento	Si	39	38.44	1499.00
	No	31	31.81	986.00
	Total	70		
Tiempo Libre	Si	39	34.21	1334.00
	No	31	37.13	1151.00
	Total	70		
Vida Cotidiana	Si	39	36.50	1423.50
	No	31	34.24	1061.50
	Total	70		
Familia	Si	39	37.62	1467.00
	No	31	32.84	1018.00
	Total	70		
Redes Sociales	Si	39	37.76	1472.50
	No	31	32.66	1012.50
	Total	70		
Dependencia Médica	Si	39	32.28	1259.00
	No	31	39.55	1226.00
	Total	70		
Relación con el Médico	Si	39	39.37	1535.50
	No	31	30.63	949.50
	Total	70		
Bienestar y Salud	Si	39	34.29	1337.50
	No	31	37.02	1147.50
	Total	70		

Tabla 27. Test de Mann-Whitney de la variable Calidad de Vida

	Salud	Preocupaciones	Desempeño Físico	Aislamiento	Percepción Corporal	Funciones Cognitivas	Actitud ante el Tratamiento	Tiempo Libre	Vida Cotidiana	Familia	Redes Sociales	Dependencia Médica	Relación con el Médico	Bienestar y Salud
U de Mann-Whitney	512.000	485.500	537.000	604.500	585.500	520.000	490.000	554.000	565.500	522.000	516.500	479.000	453.500	557.500
Asymp. Sig. (2-tailed)	.245	.116	.399	1.000	.819	.303	.167	.537	.635	.320	.289	.125	.070	.513

a Agrupado por la Variable: Trabajo

8.2.2 Eventos Estresantes Crónicos: diferencias entre el grupo formado por mujeres hipertensas que si trabajan y las que no trabajan

Como el *valor-p* asociado al análisis de varianza de Kruskal-Wallis, es mayor que alfa, no se rechaza la hipótesis nula, al nivel de significancia de .05. Dado que las diferencias observadas en las medias de rango de los componentes no son estadísticamente significativas, se puede aceptar que no existe diferencias entre los Eventos Estresantes Crónicos de las mujeres que trabajan, con respecto a las que no tienen actividad laboral (Ver tablas 28 y 29).

Tabla 28. Rangos de la variable Eventos Estresantes Crónicos

Expectativas de sí mismo	Si	39	33.03	1288.00
	No	31	38.61	1197.00
	Total	70		
Finanzas	Si	39	32.67	1274.00
	No	31	39.06	1211.00
	Total	70		
Trabajo	Si	39	37.26	1453.00
	No	31	33.29	1032.00
	Total	70		
Amor y Relaciones	Si	39	33.88	1321.50
	No	31	37.53	1163.50
	Total	70		
Familia e Hijos	Si	39	33.62	1311.00
	No	31	37.87	1174.00
	Total	70		
Vida Social y Recreación	Si	39	35.63	1389.50
	No	31	35.34	1095.50
	Total	70		
Residencia	Si	39	33.41	1303.00
	No	31	38.13	1182.00
	Total	70		
Salud	Si	39	35.59	1388.00
	No	31	35.39	1097.00
	Total	70		
Religión	Si	39	34.64	1351.00
	No	31	36.58	1134.00
	Total	70		
Crimen y Asuntos Legales	Si	39	32.63	1272.50
	No	31	39.11	1212.50
	Total	70		

Tabla 29. Test de Mann-Whitney de la variable Eventos Estresantes Crónicos

	Expectativas de sí mismo	Finanzas	Trabajo	Amor y Relaciones	Familia e Hijos	Vida Social y Recreación	Residencia	Salud	Religión	Crimen y Asuntos Legales
U de Mann-Whitney	508.000	494.000	536.00	541.500	531.000	599.500	523.000	601.000	571.000	492.500
Asymp. Sig. (2-tailed)	.144	.112	.402	.449	.370	.950	.306	.966	.639	.056

a Agrupado por la Variable: Trabajo

8.3 Correlaciones entre la variable Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos

La matriz de correlaciones generada por las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, es simétrica, por lo que sólo basta con analizar los elementos situados por encima o por debajo de ella. Dado que el tamaño muestral es el mismo ($N=70$), por lo que los valores de r son comparables y teniendo un p -valor menor asociado al estadístico de contraste ($\text{sig}=0.05$), sin dejar de tomar en cuenta el valor del signo de las correlaciones estadísticamente significativas, podemos concluir que (ver tabla 30):

Existe una relación positiva entre el componente *salud y amores y relaciones* ($r=.259$, $p=.030$).

Existe una relación positiva entre el componente *preocupaciones y percepción corporal* ($r=.264$, $p=.027$) y *tiempo libre* ($r=.268$, $p=.025$).

Existe una relación negativa entre el componente aislamiento y vida social y recreación ($r=-.276$, $p=.021$).

Existe una relación positiva entre el componente percepción corporal y preocupación ($r=.264$, $p=.027$) y funciones cognitivas ($r=.291$, $p=.014$) y amor y relaciones ($r=.278$, $p=.020$).

Existe una relación positiva entre el componente funciones cognitivas y percepción corporal ($r=.291$, $p=.014$) y vida cotidiana ($r=.316$, $p=.008$).

Existe una relación positiva entre el componente actitud ante el tratamiento y dependencia médica ($r=.258$, $p=.031$).

Existe una relación positiva entre el componente tiempo libre y preocupaciones ($r=.268$, $p=.025$) y una relación negativa con el componente redes sociales ($r=-.281$, $p=.018$).

Existe una relación positiva entre el componente vida cotidiana y funciones cognitivas ($r=.316$, $p=.008$).

Existe una relación negativa entre el componente familia y vida social y recreación ($r = -.259$, $p = .030$) y crimen y asuntos legales ($r = -.325$, $p = .006$).

Existe una relación negativa entre el componente redes sociales y tiempo libre ($r = -.281$, $p = .018$) y dependencia médica ($r = -.308$, $p = .010$) y crimen y asuntos legales ($r = -.265$, $p = .026$).

Existe una relación positiva entre el componente dependencia médica y actitud ante el tratamiento ($r = -.258$, $p = .031$) y una relación negativa entre los componente redes sociales ($r = -.308$, $p = .010$) y religión ($r = -.300$, $p = .012$).

Existe una relación negativa entre el componente finanzas y vida social y recreación ($r = -.276$, $p = .021$).

Existe una relación positiva entre el componente amor y relaciones y salud ($r = .259$, $p = .030$) y percepción corporal ($r = .278$, $p = .020$).

Existe una relación negativa entre el componente vida social y recreación y aislamiento ($r = -.276$, $p = .021$) y familia ($r = -.259$, $p = .030$) y finanzas ($r = -.276$, $p = .021$).

Existe una relación negativa entre el componente religión y dependencia médica ($r = -.300$, $p = .012$).

Existe una relación negativa entre el componente crimen y asuntos legales y redes sociales ($r = -.265$, $p = .026$).

Finalmente se procederá a discutir y concluir con base en los hallazgos de los resultados estadísticos y la investigación empírica encontrada en la presente investigación..

Tabla 30. Variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos
Correlaciones de Spearman's rho. N= 70 (fragmento).

		Salud	Preocupaciones	Aislamiento	Percepción Corporal	Funciones Cognitivas	Actitud ante el Tratamiento	Tiempo Libre	Vida Cotidiana	Familia	Redes Sociales	Dependencia Médica	Finanzas	Amor y Relaciones	Vida Social y Recreación	Religión	Crímen y Asuntos Legales
Salud	Coeficiente Sig. (2-tailed)													.259 .030			
Preocupaciones	Coeficiente Sig. (2-tailed)				.264 .027			.268 .025									
Aislamiento	Coeficiente Sig. (2-tailed)															-.276 .021	
Percepción Corporal	Coeficiente Sig. (2-tailed)	.264 .027				.291 .014								.278 .020			
Funciones Cognitivas	Coeficiente Sig. (2-tailed)							.316 .008									
Actitud ante el Tratamiento	Coeficiente Sig. (2-tailed)											.258 .031					
Tiempo Libre	Coeficiente Sig. (2-tailed)	.268 .025										-.281 .018					
Vida Cotidiana	Coeficiente Sig. (2-tailed)					.316 .008											
Familia	Coeficiente Sig. (2-tailed)															-.259 .030	-.325 .006
Redes Sociales	Coeficiente Sig. (2-tailed)							-.281 .018				-.308 .010					-.265 .026
Dependencia Médica	Coeficiente Sig. (2-tailed)						.258 .031				-.308 .010						-.300 .012
Finanzas	Coeficiente Sig. (2-tailed)																-.276 .021
Amor y Relaciones	Coeficiente Sig. (2-tailed)	.259 .030			.278 .020												
Vida Social y Recreación	Coeficiente Sig. (2-tailed)									-.259 .030				-.276 .021			
Religión	Coeficiente Sig. (2-tailed)											-.300 .012					
Crímen y Asuntos Legales	Coeficiente Sig. (2-tailed)										-.265 .026						

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis estadístico se puede decir que no se encontraron las condiciones necesarias (correlaciones significativas mayores $r=0.04$) para realizar el análisis de *predictores* a través de un regresión logística, sin embargo, la forma de análisis que se realizó, fue a través de los promedios con base en los puntajes crudos de los componentes de cada variable, lo que permitió ver la tendencia de estos factores.

Pregunta de investigación 1

9.1 Calidad de Vida en las Mujeres hipertensas

En el caso de la hipertensión, la evaluación de la calidad de vida incluye aspectos como síntomas físicos, bienestar general, sueño, estado emocional, autocontrol, desempeño y satisfacción laboral, funcionamiento cognitivo, social, involucramiento de la familia y vitalidad (Osterhaus, Townsend, Gandek & Ware, 1994).

Con el fin de indagar ¿Como se comporta la variables Calidad de Vida en la población estudiada?, se sometió a un análisis, tomando como datos principales a los promedios

La variable Calidad de Vida se compone de 14 componentes los cuales se distribuyeron de la siguiente forma.

Factores protectores:

Con base en los resultados obtenidos, las mujeres hipertensas tienen una percepción general de su bienestar, salud y desempeño físico, bajo. También se puede observar que sólo la actitud hacia el tratamiento se mantiene en niveles bajos por lo que se considera un factor protector. En lo que respecta a las redes sociales se evaluaron regularmente, en tanto que en relación a la familia la evaluación es alta.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, en cuanto a que las relaciones con el medico tratante son altas, difieren a los encontrados por Safren (1999), quien menciona que la adherencia se calcula en un 20% para los tratamientos cortos, 50% para los tratamientos prolongados en condiciones crónicas y 70% para tratamientos prolongados de padecimientos crónicos, relativamente asintomático, como la hipertensión arterial.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo se consideran como aquellos aspectos multifactoriales que propician la aparición y desarrollo de alguna enfermedad física o trastorno psicológico cualesquiera que esta sea. Eventos, condiciones o conductas que incrementan la probabilidad de aparición de alguna enfermedad física (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

El criterio tomado para asignar los valores a las variables, es que en promedio, a medida que aumenta el valor, se relaciona con factores de riesgo; mientras que, a medida que el valor se acerca a uno esta situación se interpreta como un factor de protector.

En este contexto el aislamiento social, percepción corporal, las funciones cognitivas irracionales, la administración del tiempo libre, la dependencia médica, las preocupaciones y la vida cotidiana, presentan un índice de medio a alto, siendo estos factores de riesgo.

En este contexto el estrés como estímulo, se centra en los sucesos medioambientales, como posibles estímulos propiciadores de estrés, en este sentido el individuo se ubica como receptor de eventos o sucesos, que impactarían en él de forma negativa, dependiendo del tipo de suceso referido.

Pregunta de investigación 2

9.2 Eventos Estresantes Crónicos, en las Mujeres hipertensas

Con los resultados obtenidos, es posible responder a la segunda pregunta ¿Cómo se comporta la variable Eventos estresantes crónicos, en las mujeres hipertensas de la muestra realizada?.

Con este propósito la variable Eventos estresantes crónicos, se midió a través de 10 componentes, los cuales fluctuaron en su puntuación máxima.

El criterio tomado para asignar los valores a las variables, es que en promedio, a medida que aumenta el valor, esto se relaciona con factores de riesgo; mientras que, a medida que el valor se acerca a uno esta situación se interpreta como un factor de protector.

Los componentes obtenidos en la siguiente investigación muestran que tanto las expectativas de sí mismo y las finanzas, presentan un nivel medio.

Lo factores protectores obtenidos en la presente investigación resaltan la importancia de componentes como trabajo, amores y relaciones, familia e hijos, vida social y recreación, residencia, salud, religión, crimen y asuntos legales se mantuvieron puntajes altos.

Concretamente, las evidencias demuestran que los aspectos familiares, aspectos emocionales, relaciones interpersonales y hogar, se asociaron con aspectos de la vida de las mujeres hipertensas que representan aspectos positivos de central importancia en el desarrollo de las mismas.

De acuerdo con Adler y Mathews (1994), los individuos con una actitud positiva hacia sus emociones, que poseen la habilidad de percibir las y expresarlas adecuadamente, muestran una menor frecuencia de la enfermedad cardíaca, en contraste con los individuos que no están a gusto con sus emocionales.

Se observa de acuerdo a las evidencias, que los eventos estresantes crónicos afrontados por las mujeres hipertensas se mantienen a lo largo de la vida. De acuerdo con Domínguez (2004), la evidencia científica, ha demostrado que el estrés debilita el sistema inmunológico y sobrecarga el trabajo del corazón entre otras repercusiones.

Pregunta de investigación 3

9.3 Diferencias entre las mujeres hipertensas que trabajan y las que no laboran

En lo que respecta a si ¿Existen diferencias entre las mujeres hipertensas que tienen trabajo remunerado y las que no lo tienen? los datos obtenidos de la muestra, no presentan diferencias significativas, entre estos dos grupos por lo que se presupone que tanto las mujeres trabajadoras como las que no lo son, perciben tanto los elementos de calidad de vida como los eventos estresantes crónicos iguales, no importando las actividades que realicen o los escenarios en que se encuentren.

En términos generales, los resultados arrojados en esta investigación, sugieren una percepción igualitaria con respecto a las dos variables antes mencionadas. Lo que sugiere que tanto las mujeres hipertensas que trabajan y no trabajan se enfrentan a eventos estresantes crónicos y de calidad de vida similares. Este evento pudiera tener relación con el hecho que la mayor parte de las mujeres que laboraban, lo hacían en el entorno próximo a su hogar, por lo que posiblemente las circunstancias a las que se veían expuestas no comprendía una diferencia significativa.

9.4 Relación entre los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos, en las Mujeres hipertensas

De acuerdo a los resultados obtenidos es posible determinar la relación entre los componentes de las variables Calidad de Vida y Eventos Estresantes Crónicos en la muestra de 70 mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial.

De acuerdo a la población, se observó que a mejores *relaciones amorosas*, mayor *salud*, esto se corrobora por lo reportado por la mayoría de las mujeres hipertensas, en el sentido de que sus aspectos afectivos representaban bienestar, reflejándose en diversas condiciones físicas. Esta condición es semejante a lo encontrado por Sarason y Sarason (1996), en relación que la cantidad y efectividad del apoyo social disponible para una persona desempeña un papel tanto en la vulnerabilidad como en el afrontamiento, traduciéndose esto a menor apoyo social mayor riesgo de padecer un colapso físico y psicológico, es decir al apoyo social funciona como un amortiguador contra los contratiempos de vivir en un mundo complejo.

En este sentido estilos de crianza asociados con estilos afectivos positivos repercuten en el desarrollo de las habilidades necesarias que permiten un adecuado funcionamiento en el contexto familiar, escolar y social; repercutiendo en un estado de salud general adecuado.

A mayor disgusto con la *percepción corporal*, mala administración del *tiempo libre*, mayor son mis *preocupaciones*.

A mayor *preocupación*, mayor *disfunción cognitiva*, mayor *relaciones amorosas*, mayor *preocupación corporal*.

A mayor disgusto con la *percepción corporal*, y mayores problemas con la *vida cotidiana*, mayor *disfunción cognitiva*. La relación bidireccional entre condiciones psicosociales y salud es evidente, los procesos desadaptativos que siguen a esta, se comportan como constantes que incrementan la incidencia de diferentes padecimientos tanto psicológicos como físicos, que repercuten en una deficiente calidad de vida.

Es importante resaltar el papel que desempeña la relación que muestra que a mayor *dependencia médica*, mayor mi negativa hacia la *actitud ante el tratamiento*.

A mayor *preocupación*, y menores *redes sociales*, mayor problema con el *tiempo libre*. En sentido González-Mendoza (2004), menciona lo difícil del papel de la mujer en la

sociedad y en la familia, es que su identidad esta definida por la forma de realizar su tarea. Así ella, debe saber cocinar, ser buena anfitriona en determinados eventos familiares y sociales, tener niños inteligentes, sanos y bien educados y además, estar disponible para su esposo.

A mayor disfunción en la *función cognitiva*, menor *vida cotidiana*.

En lo que se refiere a la vida social. Se observó que a menor *vida social y recreación*, mayores problemas *legales*, menor es el apoyo *familiar*.

A menor *tiempo libre*, menor *dependencia médica* y menores problemas legales, mayores *redes sociales* positivas.

A mayor *actitud ante el tratamiento* negativo, menos *redes sociales*, a menor problemas *religiosos*, mayor *dependencia médica*.

A menor *vida social y recreación*, mayores *finanzas*. Las mujeres hipertensas integrantes de la muestra argumentaban en el proceso de aplicación de inventarios. la escasa oportunidad de vida social fuera de sus actividades cotidianas, argumentando ser la principal razón los limitados recursos económicos destinados al esparcimiento.

A menor *vida social*, mayor *aislamiento*, esta relación se asocia con la anteriormente mencionada en el sentido, de las limitadas redes sociales y oportunidades de recreación atribuidas a la escasa cantidad de tiempo disponible y capacidad económica destinadas a redes sociales disponibles, de parte de las mujeres hipertensas integrantes de la muestra argumentando emplear la mayor parte de sus recursos en actividades domesticas y de generación de recursos económicos no asociados con escenarios de esparcimiento social.

A mala *salud*, mala *percepción corporal*, menos *amor y relaciones personales*. Estos factores son análogos a lo expuesto por Domínguez. B. (2004), en relación a la perdida de salud asociado a procesos de estrés crónicos en mujeres ubicadas en condiciones psicosociales desventajosas.

A menos aislamiento, menos problemas familiares, mejores finanzas, mejor vida social y recreación. En el mismo sentido, Berenzon y col. (2005), mencionan que datos encontrados asocian factores económicos y de responsabilidad familiar con una adecuada funcionalidad en sociedad.

A menor *dependencia médica*, mayor *religión*. Datos reportados a partir de estilos de vida relatados de las mujeres integrantes del grupo de hipertensas, muestran un apego a costumbres religiosas como coadyuvantes de un mejor bienestar autopercebido, en este sentido la adherencia médica no solo no era suficiente sino, sin la interacción con estilos religiosos esta era percibida como endeble.

A menor *redes sociales*, más *problemas legales*.

REFERENCIAS

- Adler, N. & Matthews (1994). Health Psychology: ¿ Why do some people get sick and some stay well ?, Annual Review of Psychology, 45.
- American Psychological Association. (2002). Manual de estilos de publicaciones. México: Manual Moderno.
- American Psychological Association. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Andeane, P., Doménech, S., Reidl, L. & Estrada, C. (2005). Estrés ambiental en instituciones de salud: Valoración psicoambiental. México: Facultad de Psicología
- Ballester, R. (1998). Introducción a la Psicología de la salud: Aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy. The Exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Barcelata, B. (coord). (2004). Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Bardaje, C. & Isacson, L. (2000). Hipertensión and Health related quality of life: on epidemiological study in Sweden. Journal of Clinical Epidemiology. 54 172-181.
- Beck, A. (1984). Cognitive approaches to stress. En: Woolfolk, R & Lehrer, P. (Eds), Principles and practice of stress management. Nueva York: Guilford Press.
- Becker, M. & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. USA: Medical care.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1997). Psychology and Health Promotion. Buckingham: Open University Press.
- Bensing, J., Schereurs, K. & Ridder, D. (1996). Adaptative task in presented at the 10th Conference of the European Health Psychology Association, Dublin, Irland.
- Berenzon, G., Tiburcio, M. & Medina-Mora, M. E. (2005). Variables demográficas asociadas a la depresión: Diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. Salud Mental, 28 (6): 33-40.

- Berlanga, C. (2006). Trastornos médicos con expresión psiquiátrica. En: Ramón de la Fuente (Coord.), La patología mental y su terapéutica Tomo II. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blumenthal, J., Sherwood, A., Gullette, E., Georgiades, A. & Tweedy, D. (2002). Biobehavioral Approaches to the Treatment of Essential Hypertension. *Consulting and Clinical Psychology Journal*, 70(3), 569-582.
- Bowling, A. (1992). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. USA: Open University Press.
- Brannon, L. & Feist, J. (2002). *Health psychology. An introduction to behavior and health* (4th. Ed). Stanford. Wadsworth-Thomson.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, J. (1996). *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI.
- Burt, L. (1995). Prevalence hypertension in the adult population: result from the Third National Health and Nutrition. *Hypertension*. 25 305-312.
- Chobanian, A., Bakris, G., Black, H. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure Hypertension. En: Figueroa, C. & Ramos, B. (2006). Factores de riesgo de la hipertension arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 22 (2) 169-174.
- Cohen, L. (2001). Adverse drugs effects compliance, and Initial doses of antihypertensive drugs recommended by the Joint National Committee vs Physicians Desk Reference. *Archives of International Medicine*, 161 (6) 880-886.
- Cohen, L., McChargue, D. & Collins, F. (2003). *The Health Psychology handbook: Practical Issues for the Behavioral Medicine Specialist*. USA: Sage Publications.
- Contrada, J., Leventhal, M. & O'Leary, A. (1990). *Personality and Health*. En: L. Pervin (Ed). *Handbook of Personality. Theory and Research*. Londres: Guilford Press.
- Cox, T. (1978). Stress. En: Caballo, V., Buela-Casal, G. & Carboles, J. (1992). *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos*. México: Siglo Veintiuno.

- Dalhof. (1991). Quality of life in cardiovascular disease. Emphasis on beta-blocker treatment. USA: Circulation
- Davison, G. & Neale, J. (2002). Psicología de la conducta anormal: Más allá del DSM-IV. México: Limusa.
- De Flores, T. (1997). Sistema Cardiovascular. En: Rojo, E. & Cirera, E. (Edit). Interconsulta Psiquiátrica. Barcelona: Masson.
- De la Fuente, R. (2004). Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Domínguez, B. & Montes, J. (2004). Psiconeuroinmunología. Factores de la enfermedad y del bienestar. En: Rodríguez, G. (dir.), Medicina conductual en México. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Domínguez, B. (2004). Razones del demasiado estrés. Revista mensual de la CNDH. 24: 4-5.
- Duran, L. (1998). La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: G. Rodríguez, & M, Rojas. (Coord). La psicología de la salud en América latina. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Encuesta Nacional de Salud ENSA, 2006. En: <http://e-salud.com.mx>
- Figuroa, C. & Ramos, B. (2006). Factores De riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. En: Anales de psicología, 22 (2) 169-174.
- Friedman, M. & Rosenman, R. (1974). Type A behavior and your heart. New York: Knopf.
- Fuster, V. (2005). En: El País, 15 de Febrero de 2005.
- García, M., Rojas, M. & Vargas, B. (Edit), (2001). Psicología clínica y Salud: Perspectivas Teóricas. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- García-Vera, M. & Sanz, J. (2000). Tratamiento cognitivo-conductual para la hipertensión esencial. En: L. Oblitas & Becoña, I, E, (Coord), Psicología de la Salud. México: Plaza y Valdés.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En: Simon (dir). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Goldman, L & Braunwold, E. (2000). *Cardiología en atención primaria*. EUA: Harcourt.
- González, B. (1987). Acontecimientos vitales y salud mental: Metodología, resultados y crítica. *Jano*, 30 (32), 401-410.
- González-Mendoza, P. M. (2005). *Estilos de vida observados en mujeres usuarias de servicios psicológicos en ciudad Nezahualcoyotl*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.
- Goode, W. & Hatt, P. (1967). *Método de investigación social*. México: Trillas.
- Grau, A. J. (1998). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En : G, Rodríguez & Rojas, M. (Coord). *Psicología de la salud en América Latina*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Harper, A & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Haynes, B., Taylor, W. & Sackett, L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press. En: L, Oblitas. (Coord.), (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.
- Heinze, G. (1992). La calidad de vida y la enfermedad. En: *Información clínica*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3 (2).
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1995). La psicología preventiva: Su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. En: *Psicología conductual*, 3(2).
- Hernández-Guzmán, L. (1996). *Un enfoque integral al bajo rendimiento escolar*. Programa de Seminario de Estudio Independiente. Maestría en Psicología Educativa. Facultad de Psicología: UNAM.
- Jiménez-Flores, J. (2005). *Autoestima en madres de familia: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la historia personal*. Tesis de Maestría. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Kaplan, R., Sallis, J. y Patterson, T. (1993). *Health and Human Behavior*. USA: McGraw-Hill.

- Katsching, H. (2000). Utilidad de concepto de calidad de vida en psiquiatría. En H. Katsching, H. Freeman & N. Sartorius (Dirs). *Calidad de Vida en los Trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Kazdin, E. A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kendall, P. (1999). A comparison of nutrient-base and exchange group methods of diet instruction for patients with noninsulin-dependent diabetes. *American Journal of Clinical Nutrition*, 16 (4), 369-637.
- Klein, V. (1985). *El carácter femenino: historia de una ideología*. Barcelona: Paidós.
- Kohn, P. & MacDonald, J. (1992). The survey of recent life experiences: a decontaminated hassles scale for adults. *Journal of Behavioral Medicine*. 15, 221-236.
- Labrador, F., Muñoz, M. & Cruzado, J. (1990). *Medicina Conductual*. En: F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.) *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, 641-651. Madrid: McGraw-Hill.
- Larkin, K. & Semenchuk, E. (1995). Cardiovascular Disorder. En: Feverstein, M & Goreczny, A. (Edit), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology*. New York: Plenum Press.
- Latorre, M. & Benelt; P. (Coord). (1980). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. España: Lumen.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y emoción: Manejo e implicación en nuestra salud*. Bilbao: Descleé De Broker,
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A & Herrero, I. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. Barcelona: VOC
- Livneh, H. (2001). *Psychological adaptation to chronic illness and disability: A Conceptual framework*. *Psychological and Behavioral Sciences Collection*.
- López-Ibor, J. J., Ortiz, T. & López-Ibor, A. (1999). *Lecciones en psicología médica*. Barcelona: Masson.

- Manual Merck de información médica para el hogar (2000). Océano: España.
- Martín, J. (1999). Estudio de la asertividad en el Patrón de Conducta Tipo A infartado. Tesis Doctoral. España. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.
- Martín, J. (2003). Intervención psicológica en un servicio de Cardiología. En: E, Remor., P. Arranz & S. Ulla (Eds),, El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Desclee de Brouwer.
- Martinez, M. (2001). Frequency and determinants for microalbuminuria in mild hypertertension. A primary care based study. *Journal of Hypertension*. 19 (2), 319-326.
- Matarazzo, J, D. (1984). Behavioral Health: (1990) Challenge for the Health Services Professions. En J. D. Matarazzo., S. M. Weis, J. Herd & N. E., Miller. (Edits). Behavioral Health. A Handbook of Health Enbancement and Disease Prevention. New York: John Wiley & Sons.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*. 35 (9). 807-817.
- McHugh, S. & Vallis, M. (1986). Illnes Behavior. A Multidisciplinary Model. New York: Plenum Press.
- McKeown, T. (1982). El papel de la medicina. Sueño, espejismo o némesis. España: Siglo veintiuno.
- McMahon, S., Peto, R. & Cutler, J. (1990). Blood pressure, stroke and coronary heart disease Part1, prolonged differnces in blood pressure propective observational studies corrected for the regression dilution blas. *Lancet*, 33 763-774. En: Kaplan, M. (1997). *Hypertension Clínica*. Barcelona: Springer.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior, *J Chron Dis*, 15: 189-194.
- Mechanic, D. (1986). *Medical Sociology*. USA: Free Press.
- Medina-Mora, M. E., Borges G, Lara C. Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003): Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *México: Salud Mental*, 26 (4): 1-16.

- Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence. A Practitioners Guidebook*. New York: Plenum Press. En: Oblitas, A, L. (Coord.), (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.
- Millon, T. & Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Moreno, E., Monereo, M. & Hernández, A. (2002). *La obesidad: La epidemia del siglo XXI*. Madrid: Díaz Santos.
- Morrow, G.R. & Belig, A. J. (1994). *Behavioral Sciences in Translational Research and Cancer Control*. En: *Cancer Supplement Aug*.
- O Connor, P. J. (1971). *Epidemiology of headache and migraine in women*. En: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry .USA: Wiley & Sons*.
- Oblitas, L. (Coord.), (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.
- Olvera, Y., Domínguez, B., Cruz, M. A., Pennebaker, W. J. & Cortes, J. (2002). *Evaluación de la escritura emocional autorreflexiva en estudiantes de ingeniería del Instituto Politécnico Nacional nivel universitario*. En: *Enseñanza e investigación en Psicología CNEIP*, 7 (1): 71-92.
- Omram, A. R. (1983). *The epidemiologic transition theory*. Citado en Vega, L. (2000). *La salud en el contexto de la nueva salud publica*. México: Manual Moderno UNAM Facultad de Medicina.
- Oparil, S & Weber, M. (2002). *Hipertensión: El riñón de Brenner y Rector*. Mexico: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Global report*. En: <http://who.int>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Mensajes para el Día Mundial de la Salud. Mensaje 1*. En: <http://who.int>
- Orlandini, A. (2005). *El estrés: Que es y como evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Palacios, J. (1998). *El estrés en la salud y en la enfermedad. Los perfiles de reactividad, contribuciones recientes en la investigación acerca de su naturaleza y para su*

- tratamiento. En Rodríguez, G. y Rojas, M. (Coord). La psicología de la salud en América latina. México: UNAM Facultad de psicología Miguel Ángel Porrúa.
- Pennebaker, S.W. (1995). Emotion, disclosure and health, Washington, D.C. APA. En: G, Rodríguez (dir.), Medicina conductual en México. México: Miguel Angel Porrúa.
- Pickering, H. (1995). Hypertension. En: Feverstein, M & Goreczny, A. (Edit), Handbook of Health and Rehabilitation Psychology. New York: Plenum Press.
- Pomerleau, O & Brady, J. (1979). Behavioral Medicine (XII). USA: Williams and Wilkins.
- Programa de Residencia en Medicina Conductual. (2001). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ramiro, M. & Saita-Kamino, O. (Edit), (1995). Temas de Medicina Interna: Hipertensión Arterial. México: McGraw.Hill Asociación de Medicina Interna de México, A.C.
- Reidl, L. (1981). Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. En: Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 1 (2), 241-272.
- Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease. (1981). A Critical Review. USA: Circulation 63. 1199-1215.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2001). Factores de riesgo de enfermedades del corazón. México: UNAM Facultad de Psicología, CONACYT
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2001). Manual de relajación. México: UNAM Facultad de Psicología, CONACYT
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2001). Manual para el manejo del estrés. México: UNAM Facultad de Psicología, CONACYT
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). La hipertensión arterial. México: UNAM Facultad de Psicología, CONACYT
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). Psicología de la Salud: Un enfoque conductual. México: Manual Moderno.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (Coord), (2002). Psicología y Salud. México. UNAM, CONACYT.

- Roa, A. (Comp), (1990). Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Rodríguez, G. (Coord), (2004). Medicina Conductual en México. México: Miguel Ángel Porrúa, Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (coord.). (1998). La psicología de la Salud en América Latina. México: Miguel Angel Porrúa.
- Salud: Gaceta de Comunicación Interna de Secretaria de Salud. Numero 47 Junio de 2006.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Gonzáles, J. A. (2002). El bienestar del paciente seropositivo. México: Facultad de Psicología, UNAM Sociedad Mexicana de Psicología CONACYT.
- Sánchez-Sosa, J. J. & González-Celis, A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En Reynoso, E. L. & Seligson, N. I. (Coord). Psicología de la Salud México: UNAM CONACYT, Cap, 8, pp. 191-218.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Riveros, R. A. (2004). Inventario de Calidad de VIDA Y Salud (InCaViSa). México: Facultad de Psicología.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud. En Rodríguez, G. y Rojas, M. (Coord). La psicología de la salud en América latina. México: UNAM Facultad de psicología Miguel Ángel Porrúa.
- Sarason, G. I. & Sarason, R. B. (1996). Psicología anormal. México: Prentice Hall
- Secretaria de Salud (2006). Salud mental. México. En: <http://e-salud.com.mx>
- Shedler, J., Mayman. M., & Manis. M. (1993). The illusion of mental health. American Psychologist. En: Rodríguez, G. (Coord), (2004). Medicina Conductual en México. México: Miguel Angel Porrúa Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
- Smith, W. T. (1995). Assessment and Modification of Coronary-Prone Behavior. En: Feverstein, M & Goreczny, A. (Edit), Handbook of Health and Rehabilitation Psychology. New York: Plenum Press.
- Torres, M. (2001). La violencia en casa. México: Cromas Paidós

Valdes, M. (2000). Psicobiología de los síntomas psicosomáticos. Barcelona: Masson.

Vega, L. (2000). La salud en el contexto de la nueva salud pública. México: Manual Moderno UNAM Facultad de Medicina.

Waters, W. E., (1970). Community studies of the prevalence of headache. En: Headache. USA: Wiley & Sons.

Anexo 1

Profesor (a) _____, le agradecemos su colaboración en la validación por expertos de las categorías del Inventario de Calidad de Vida y Salud.

Queremos pedirle que observe los letreros que están en la mesa, todos representan las áreas a las que podrían pertenecer los reactivos del inventario, por favor lea cuidadosamente las definiciones de cada área. (entregar hoja de definiciones).

Después por favor lea las oraciones que están en estas tarjetas (entregar las tarjetas) y colóquelas junto al letrero del nombre del área a la que pertenecerá esa oración.

Muchas gracias, ¿podría esperarnos un momento más para la validación de un carnet de autorregistro?, es para registrar en general y otras variables, será muy rápida. (y lo hacen esperar afuera del cuarto).

Ahora están en la mesa las oraciones a las que pueden pertenecer los siguientes dibujos y forma de registro semanal (entregar las tarjetas del carnet), por favor colóquela cada dibujo en la etiqueta de la oración a la que podría referirse.

Se lo agradecemos muchísimo.

Correlaciones de Spearman's rho. N= 70

		Salud	Preocupaciones	Desempeño Físico	Aislamiento	Percepción Corporal	Funciones Cognitivas	Actitud ante el Tratamiento	Tiempo Libre	Vida Cotidiana	Familia	Redes Sociales	Dependencia Médica	Relación con el Médico	Bienestar y Salud	Expectativas de si mismo	Finanzas	Trabajo	Amor y Relaciones	Familia e Hijos	Vida Social y Recreación	Residencia	Salud	Religión	Crimen y Asuntos Legales
Salud	Coefficiente	1,000	-.099	-.092	.053	.055	-.082	.027	-.117	-.032	.027	-.073	-.116	-.036	.105	-.124	.089	-.024	.259	.149	-.169	-.082	.188	-.004	-.141
	Sig. (2-tailed)		.415	.451	.661	.650	.500	.823	.337	.789	.827	.548	.341	.770	.386	.308	.464	.843	.030	.217	.187	.498	.118	.975	.244
Preocupaciones	Coefficiente	-.099	1,000	-.172	.107	.264	-.019	-.197	.268	-.033	.039	-.075	.004	-.148	.176	-.019	.228	.089	.230	-.078	.039	.006	-.035	-.083	.203
	Sig. (2-tailed)			.154	.377	.027	.874	.103	.025	.788	.749	.538	.976	.220	.146	.879	.057	.465	.055	.521	.751	.959	.771	.495	.092
Desempeño Físico	Coefficiente	-.092	-.172	1,000	.097	-.226	-.023	-.200	-.103	-.075	.117	.126	-.168	-.077	-.098	-.127	.105	.048	-.129	.103	-.167	.058	.022	.132	-.069
	Sig. (2-tailed)				.451	.154	.426	.059	.850	.097	.394	.538	.334	.299	.165	.528	.419	.295	.385	.696	.289	.396	.168	.634	.855
Aislamiento	Coefficiente	.053	.107	.097	1,000	.073	-.065	.027	.126	-.067	.028	-.120	.120	.040	-.103	-.143	.133	.018	.007	.085	-.276	-.177	.074	-.163	.068
	Sig. (2-tailed)					.661	.377	.426	.548	.591	.822	.298	.581	.819	.322	.324	.744	.397	.237	.274	.882	.953	.485	.021	.143
Percepción Corporal	Coefficiente	.055	.264	-.226	.073	1,000	.291	-.178	.110	.087	-.180	-.182	.124	-.210	-.124	-.111	.053	.225	.278	-.154	.006	-.103	.013	.022	.119
	Sig. (2-tailed)						.059	.548	.059	.548	.014	.140	.366	.476	.185	.131	.306	.081	.307	.360	.664	.061	.020	.203	.958
Funciones Cognitivas	Coefficiente	-.082	.019	-.023	-.065	.291	1,000	-.053	.099	.316	.062	.018	-.023	-.205	-.190	-.116	-.003	.073	.033	.033	-.022	.137	.013	.217	-.097
	Sig. (2-tailed)							.500	.874	.850	.591	.014	.660	.414	.008	.613	.881	.847	.089	.116	.338	.981	.549	.787	.859
Actitud ante el Tratamiento	Coefficiente	.027	-.197	-.200	.027	-.178	-.063	1,000	.087	-.076	-.078	-.127	.258	.043	-.025	-.175	.024	-.069	-.139	.029	.048	-.096	.088	-.007	.091
	Sig. (2-tailed)								.823	.103	.025	.788	.749	.538	.976	.220	.146	.879	.057	.465	.055	.521	.751	.959	.771
Tiempo Libre	Coefficiente	-.117	.268	-.103	.126	.110	.099	.087	1,000	.008	-.047	-.281	.028	-.060	.080	-.062	.101	.032	.035	.001	.080	-.069	.036	.050	.030
	Sig. (2-tailed)									.473	.531	.522	.293	.031	.724	.838	.146	.842	.573	.250	.812	.694	.431	.466	.956
Vida Cotidiana	Coefficiente	-.032	-.033	-.075	-.057	.087	.316	-.076	.008	1,000	-.036	.039	.049	-.129	-.161	.076	-.121	-.180	-.063	-.087	.030	-.064	.115	-.062	-.095
	Sig. (2-tailed)										.769	.748	.688	.288	.182	.533	.316	.136	.602	.473	.805	.440	.343	.449	.436
Familia	Coefficiente	.027	.039	.117	.028	-.160	-.062	-.078	-.047	-.036	1,000	.086	-.152	.209	.107	-.062	.106	-.130	.203	-.091	-.259	.121	-.104	.151	-.325
	Sig. (2-tailed)											.481	.209	.083	.378	.612	.381	.284	.092	.456	.030	.319	.390	.212	.006
Redes Sociales	Coefficiente	-.073	-.075	.126	-.120	-.182	.018	-.127	-.281	.039	.086	1,000	-.308	.017	-.090	.168	.218	-.043	-.025	.170	.052	.220	-.184	.032	-.265
	Sig. (2-tailed)												.481	.209	.083	.378	.612	.381	.284	.092	.456	.030	.319	.390	.212
Dependencia Médica	Coefficiente	-.116	.004	-.168	.120	.124	-.023	.258	.028	.049	-.152	.308	1,000	.081	-.136	-.204	.069	.087	-.125	-.155	.019	-.065	.135	-.300	.108
	Sig. (2-tailed)													.505	.260	.090	.571	.474	.301	.201	.873	.593	.265	.012	.374
Relación con el Médico	Coefficiente	-.036	-.148	-.077	.040	-.210	-.205	.043	-.060	-.129	.209	.017	.081	1,000	.023	-.053	.042	.060	.059	.061	-.226	.136	-.103	-.035	-.234
	Sig. (2-tailed)														.852	.664	.731	.619	.627	.615	.060	.260	.395	.776	.051
Bienestar y Salud	Coefficiente	.105	-.176	-.098	-.103	-.124	-.190	-.025	.080	-.161	.107	-.090	-.136	.023	1,000	.155	.046	-.187	.086	-.047	.028	.068	.079	-.020	-.120
	Sig. (2-tailed)															.199	.706	.120	.481	.701	.817	.578	.517	.872	.324
Expectativas de si mismo	Coefficiente	-.124	-.019	-.127	-.143	-.111	-.116	-.175	-.062	.076	-.062	.168	-.204	-.053	.155	1,000	.000	-.098	.184	.099	.185	.077	-.074	-.017	.078
	Sig. (2-tailed)																.997	.420	.127	.416	.126	.528	.543	.891	.520
Finanzas	Coefficiente	.089	.228	.105	.133	.053	-.003	.024	.101	-.121	.106	.218	.069	.042	.046	.000	1,000	.017	.042	.110	-.276	.045	.126	.189	-.126
	Sig. (2-tailed)																	.889	.729	.363	.021	.712	.297	.117	.299
Trabajo	Coefficiente	-.024	.057	.385	.274	.664	.981	.842	.404	.316	.381	.069	.571	.731	.706	.997	1,000	.000	.889	.729	.363	.021	.712	.297	.117
	Sig. (2-tailed)																	.017	.000	-.100	-.108	-.063	-.071	.010	.106
Amor y Relaciones	Coefficiente	.843	.465	.696	.882	.061	.549	.573	.796	.136	.284	.723	.474	.619	.120	.420	.889	1,000	.408	.374	.603	.559	.933	.383	.513
	Sig. (2-tailed)																		.889	.729	.363	.021	.712	.297	.117
Familia e Hijos	Coefficiente	.259	.230	.129	.007	.278	.033	-.139	.035	.063	.203	-.025	-.125	.059	.086	.184	.042	-.100	1,000	.226	.057	.058	.062	.046	-.108
	Sig. (2-tailed)																			.060	.641	.533	.608	.707	.375
Vida Social y Recreación	Coefficiente	.149	-.078	.103	.085	-.154	-.022	.029	.001	-.087	.091	.170	-.155	.061	-.047	.099	.110	-.108	.226	1,000	-.127	-.224	.043	-.057	.034
	Sig. (2-tailed)																				.060	.641	.533	.608	.707
Residencia	Coefficiente	-.159	.039	-.167	-.276	.006	.137	.048	.080	.030	-.259	.052	.019	-.226	.028	.185	-.276	.063	-.057	-.127	1,000	-.139	-.083	-.162	.120
	Sig. (2-tailed)																					.295	.063	.726	.840
Salud	Coefficiente	-.082	.006	.058	-.177	-.103	.013	-.096	-.098	-.094	.121	.220	-.065	.136	.068	.077	.045	-.071	-.058	-.224	-.139	1,000	-.162	-.038	-.201
	Sig. (2-tailed)																						.181	.756	.096
Religión	Coefficiente	-.004	-.083	.132	-.183	.022	-.097	-.007	-.050	-.092	.151	.032	-.300	-.035	-.020	-.017	.189	.106	.046	-.057	-.162	-.038	.356	1,000	.044
	Sig. (2-tailed)																								
Crimen y Asuntos Legales	Coefficiente	-.141	.203	-.069	.068	.119	-.023	-.091	.030	-.095	.325	.265	.108	-.234	-.120	.078	.126	.080	-.108	.034	.120	-.201	.211	.044	1,000
	Sig. (2-tailed)																								

* Correlación significativa a .05 (2-tailed).

** Correlación significativa a .01 (2-tailed).

Correlaciones de Spearman's rho. N= 70

