



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN**



Nosotras: **TORRES FLORES ANDREA ESTEFANÍA** con C.I. 172006480-5 y **VALLEJO JARAMILLO SELENE MARÍA** con C.I. 172210441-9, autoras del trabajo de graduación intitulado: “ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS, LAS ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL”. Estudio en mujeres de 60 a 70 años, de la Asociación del adulto mayor del Comité del Pueblo, en el período abril-julio 2016, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, diciembre 2016

**TORRES FLORES ANDREA ESTEFANÍA**

**C.I. 172006480-5**

**VALLEJO JARAMILLO SELENE MARÍA**

**C.I. 172210441-9**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO CLÍNICO**

**ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS, LAS  
ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO Y LA HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL. ESTUDIO EN MUJERES DE 60 A 70 AÑOS, DE LA  
ASOCIACIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL COMITÉ DEL  
PUEBLO, EN EL PERÍODO ABRIL - JULIO 2016**

**ANDREA ESTEFANÍA TORRES FLORES**

**SELENE MARÍA VALLEJO JARAMILLO**

**DIRECTORA: MGTR. DORYS ORTIZ**

**QUITO, 2016**

## DEDICATORIA

Dedicamos este estudio a nuestros padres, quienes han sido un apoyo incondicional a lo largo de la carrera.

## **AGRADECIMIENTOS**

Ha sido un camino largo, lleno de lecciones aprendidas y por aprender.

Agradecemos principalmente a nuestra directora Dorys Ortiz por su apoyo incondicional y el tiempo dedicado a nuestra investigación y a nuestros padres que hicieron posible este momento.

## íNDICE

INDICE .....	1
INDICE DE ILUSTRACIONES .....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: PSICOLOGÍA POSITIVA Y AUTOCUIDADO...7	
1.1. Psicología Positiva .....	7
1.1.1. Postulados .....	8
1.2. Autocuidado .....	11
1.2.1. Definición .....	11
1.2.2. Estrategias de Autocuidado.....	13
1.2.3. Cuestionario de Autocuidado .....	17
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: ESTRÉS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL .....	19
2.1 Estrés.....	19
2.1.1 Definición .....	19
2.1.2 Causas.....	20
2.1.3 Consecuencias.....	24
2.1.4 Estilos de afrontamiento.....	25
2.2 Hipertensión arterial .....	33
2.2.1 Definición .....	33
2.2.2 Causas.....	35
2.2.3 Diagnóstico .....	36
2.2.4 Hipertensión Arterial y Estrés .....	37
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	39
3.1 Metodología .....	39
3.2. Muestra.....	39
3.3 Aplicación de las herramientas de recopilación de información.....	41
3.3.1 Perfil de Estrés Nowack .....	41
3.3.2 Cuestionario de autocuidado .....	42
3.4 Discusión .....	46
CONCLUSIONES.....	53

RECOMENDACIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	60

## INDICE DE ILUSTRACIONES

GRÁFICO 1 ELEMENTOS DE LA <i>VIDA PLACENTERA</i>	9
GRÁFICO 2 CATEGORÍAS DE AUTOCUIDADO	14
GRÁFICO 3 CAPACIDADES DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	15
GRÁFICO 4 DIMENSIONES QUE INTEGRAN EL AUTOCUIDADO	16
GRÁFICO 5 CAPACIDADES PARA LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO	17
GRÁFICO 6 ¿CÓMO IDENTIFICAR EL ESTRÉS?	23
GRÁFICO 7 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	26
GRÁFICO 8 ÁREAS EVALUADAS EN EL PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK	28
GRÁFICO 9 RELACIÓN ENTRE VARIABLES Y TEORÍA	29
GRÁFICO 10 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	32
GRÁFICO 11 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	36
GRÁFICO 12 RANGOS EDAD	40
GRÁFICO 13 RESULTADOS CUESTIONARIO AUTOCUIDADO	43
GRÁFICO 14 RESULTADOS PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK	47
GRÁFICO 15 RANGOS	48
GRÁFICO 16 PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS	49
GRÁFICO 17 RESUMEN DEL ANÁLISIS DE DATOS	52

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre el estrés, la hipertensión arterial y las estrategias de autocuidado, en un grupo de mujeres de sesenta a setenta años de edad.

A partir del análisis de los estilos de afrontamiento ante el estrés fue posible establecer rangos que permitieron la evaluación de la respuesta de las participantes frente a situaciones de estrés, para así dar cuenta de las habilidades cognitivas empleadas en la gestión de los mismos. Por otro lado, una estrategia de autocuidado eficaz se compone de estilos de afrontamiento adecuados, creados en base a diferentes habilidades cognitivas que facilitan la ejecución de conductas dirigidas al mantenimiento de la salud. Las habilidades cognitivas evaluadas en las participantes no permiten el uso de estilos de afrontamiento adecuados, por lo cual las estrategias de autocuidado se han visto afectadas. A partir de esto, es posible concluir que al no responder adecuadamente ante situaciones de estrés, este se ha convertido en un factor predisponente al deterioro de la enfermedad.

**Palabras clave:** Psicología positiva, Hipertensión arterial, Estrés, Estrategias de autocuidado.

## ABSTRACT

This treatise is about analyzing the existing relationship between the stress, arterial hypertension and the self-care strategies, concerning a sample of women between ages of 60 and 70 years old.

From the analysis of coping styles to stress, it was possible to establish ranges that allowed the evaluation of the response of the participants to stress situations, in order to account for the cognitive abilities used in their management. On the other hand, an effective self-care strategy consists of adequate coping styles, created based on different cognitive abilities that facilitate the execution of behaviors directed to the maintenance of health. The cognitive abilities evaluated in the participants do not allow the use of adequate coping styles, which is why self-care strategies have been affected. From this, it is possible to conclude that by not responding adequately to stress situations, this has become a factor predisposing to the deterioration of the disease.

**Key words:** Positive psychology, Hypertension, Stress, Self-care strategies.

## INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios, la psicología se ha caracterizado como una disciplina orientada al conocimiento del malestar presente en los seres humanos. Su enfoque patologista no ha cambiado mucho a lo largo del tiempo, sin embargo, hace menos de una década surgió una nueva corriente psicológica, que en lugar de tomar en cuenta el sufrimiento y sus causas, optó por investigar aquellos procesos cognitivos que contribuyen al bienestar y a un sentimiento de felicidad. Este cambio dramático en el enfoque de esta disciplina, dio lugar a una nueva escuela denominada Psicología Positiva, la cual ha orientado este estudio.

La presente investigación ha sido motivada principalmente por el interés de conocer la influencia de las emociones en el cuerpo y cómo pueden afectarlo, ya sea de forma positiva o negativa. Por otro lado, el enfocarse no únicamente en la enfermedad sino también en las capacidades y virtudes que conllevan al bienestar, permite alejarse del enfoque psicopatológico que posee la psicología y dotar de importancia a las emociones positivas y fortalezas del ser humano para así promover la salud mental en la población y su consecuente bienestar. Para la Psicología Positiva la importancia de la emoción radica en su capacidad de afectar el funcionamiento del organismo, provocando en ciertos casos enfermedades crónicas con un alto componente emocional como en el caso de las enfermedades coronarias.

En la actualidad, se ha descubierto que las enfermedades coronarias principalmente la hipertensión arterial, se encuentra estrechamente relacionada con el estrés ya que este ha sido un componente presente a lo largo del desarrollo de la enfermedad. Por esta razón es indispensable que las personas generen formas de autocuidado, si es que éstas ya no se encuentran presentes, para preservar un equilibrio y mantener una buena salud, tanto física como mental.

El autocuidado es un concepto fundamental dentro de la Psicología Positiva el cual toma en cuenta conductas dirigidas al mantenimiento o restauración de la salud, por esta razón una parte fundamental dentro de la investigación es el estudio de las estrategias de autocuidado de las personas hipertensas, desarrolladas para enfrentar situaciones estresantes.

La realización de esta investigación es posible gracias a la colaboración de un grupo de mujeres entre 60 y 70 años con diagnóstico de hipertensión arterial, padecimiento común en personas de la tercera edad, el cual al ser de carácter crónico requiere de un cuidado constante de forma integral.

De esta manera, el objetivo de la presente investigación es determinar la relación que existe entre las estrategias de autocuidado, la hipertensión arterial y el estrés. Para ello se busca cumplir objetivos específicos los cuales permiten dar cuenta de dicha relación.

Dentro del primer capítulo se persigue desarrollar los contenidos teóricos acerca de la psicología positiva y el autocuidado, tomando en cuenta principalmente el papel de la emoción en el cuerpo y el efecto que provocan estados emocionales constantes ante circunstancias adversas en el organismo.

Esto permite abordar el tema al estrés en el segundo capítulo visto como una consecuencia directa de dichos estados emocionales a la vez que da cuenta de estrategias de autocuidado ineficaces, por medio de los estilos de afrontamiento de las participantes, cumpliendo con el objetivo de establecer la relación descrita en el tema.

A partir de los contenidos teóricos previamente descritos, en el tercer capítulo se detalla la metodología utilizada, el procedimiento de aplicación de las técnicas utilizadas para la recolección de información y el análisis de resultados por rangos.

Finalmente, el análisis a partir de la correlación de los datos y la parte teórica de la investigación, da cuenta del aporte de las investigadoras corroborando la hipótesis planteada: Las estrategias de autocuidado de las personas que padecen hipertensión arterial no son eficaces, por lo tanto el estrés es un factor predisponente al deterioro de la enfermedad.

De esta manera se pone en evidencia la importancia del estudio de los aspectos positivos en el ser humano, ya que tanto conductas como procesos cognitivos positivos pueden resultar factores protectores para el individuo.

# **CAPITULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: PSICOLOGÍA POSITIVA Y AUTOCAUIDADO**

## **1.1. Psicología Positiva**

La Psicología Positiva es una corriente psicológica que nace hace no más de una década con Martin Seligman, en ese entonces presidente de la APA. Su objetivo principal es lograr que tanto psicólogos como investigadores dirijan su interés a los aspectos positivos de la psique humana lo cual, aparentemente, había sido olvidado por los teóricos del campo, hasta aquel momento.

Con esta propuesta, Seligman pretende ubicar en el centro de futuras investigaciones el estudio del bienestar, de las fortalezas humanas, de experiencias y rasgos positivos en lugar de enfocar su interés en el estudio de diversos trastornos psicológicos y del malestar en general. Sin embargo, esta corriente no deja de lado el sufrimiento y la enfermedad en las personas sino que intenta demostrar que ausencia de enfermedad no es igual a salud mental.

Para comprender la diferencia de enfoque entre un abordaje clásico en psicología y un abordaje propuesto por la psicología positiva se toma como ejemplo el proceso de evaluación y diagnóstico. El primer enfoque se centra en la evaluación de trastornos psicológicos, rasgos de la personalidad patológicos, áreas problema, conflictos y síntomas con la finalidad de “eliminar lo negativo” y esclarecer los conflictos. Por el contrario la psicología positiva se encarga de evaluar los aspectos adaptativos, el potencial de las personas, las fortalezas, el bienestar psicológico, recursos y creatividad con la finalidad de aumentar las capacidades resilientes del paciente, la frecuencia de emociones positivas, el significado de la vida y la realización de actividades intencionales para aumentar el bienestar (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010).

De esta manera se establece un enfoque psicológico dirigido a la promoción de la salud mental, a la vez que señala la falta de equilibrio existente en la formación del psicólogo y el estudio de aspectos relacionados a una personalidad sana y los procesos implicados en ella (Hervás, 2009).

### 1.1.1. Postulados

En la Psicología Positiva se encuentran diversos temas esenciales en lo concerniente a su objeto de investigación. Según Martin Seligman existen tres vías de acceso para una vida plena: la primera ruta persigue una vida placentera (*pleasant life*) a través de las emociones positivas, la cual consiste en incrementar la mayor parte del tiempo la cantidad de emociones positivas para ser feliz. Estos momentos felices se alcanzan por medio del *savoring* y del *mindfulness*, los cuales pretenden que la persona se centre en el momento presente.

El *savoring* consiste en experimentar una satisfacción plena a través de los sentidos, como disfrutar de una buena comida, de la música o del arte. Por otro lado, el *mindfulness* consiste en un estado de atención plena tanto a pensamientos como acciones o sensaciones del momento. Otro aspecto fundamental para alcanzar una vida placentera consiste en cultivar el perdón y la gratitud, y en cuanto al futuro cultivando la esperanza y el optimismo.

A continuación se amplían estos conceptos a partir de ejemplos que permiten dar cuenta de la transformación positiva de cualquier experiencia:

<b>Vida Placentera</b>	<b>Concepto</b>	<b>Ejemplo</b>
<u>Savoring (presente)</u>	Es un proceso activo para obtener placer y satisfacción mediante la capacidad para poder apreciar, atender y mejorar las experiencias positivas de la vida.	Hacer consciente la experiencia de satisfacción de una buena comida o una actividad recreativa para poder evocarla en el futuro.
<u>Mindfulness (presente)</u>	Romper los automatismos mediante la atención plena con la finalidad de que la persona evite patrones repetitivos dañinos.	Prestar atención a las emociones positivas y negativas para evitar trastornos del estado de ánimo o rumiaciones.
<u>Optimismo (futuro)</u>	A partir de estados mentales internos, la persona logra explicar las causas de los fracasos y los logros. Los optimistas tienen un estilo	Las personas que tienen éxito en los negocios son aquellas que tienen un estilo <i>atribucional inestable</i> (“fue solo esta vez que no cerré el

	<i>atribucional, inestable, específico y externo.</i>	negocio, la próxima vez me irá bien”) <i>específico</i> (“me fue mal solo en este negocio” y <i>externo</i> (“hay días buenos y malos”)
<u>Esperanza (futuro)</u>	Aquellas personas que tienen la habilidad para generar diferentes perspectivas frente a una dificultad. Promueven la automotivación.	Las personas que siempre tienen soluciones.
<u>Gratitud (pasado)</u>	La gratitud es una estrategia sumamente adaptativa y consiste en el reconocimiento de que se obtuvo un resultado positivo.	Escribir una carta de agradecimiento, agradecer en una plegaria, etc.
<u>Capacidad de perdonar (pasado)</u>	Implica un cambio psíquico interno que transforma afectos, pensamientos y acciones negativas en positivas.	Decisión consciente de perdonar a alguien que nos hizo daño.

Gráfico 1 Elementos de la *Vida Placentera*

La segunda ruta para una vida placentera (*pleasant life*) tiene que ver con el *compromiso (engagement life)* en el cual se obtiene placer por medio del compromiso con la tarea efectiva y con la capacidad de experimentar *flow*. El *flow* es un estado que permite disfrutar de una actividad que supone un reto para alcanzar la sensación placentera de ensimismamiento, la gratificación que se obtiene a partir de este estado proviene del esfuerzo y trabajo que exige la actividad que la persona realiza, no de la meta, por lo que se genera un compromiso (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010).

A diferencia de las dos anteriores, la tercera vía no se enfoca en cuestiones individuales sino en el entorno. Esta consiste en la aplicación de las fortalezas personales para el desarrollo de algo más importante y amplio que uno mismo poniendo las propias capacidades al servicio de los demás para obtener el sentido de la vida. Las rutas descritas

previamente permiten a la persona alcanzar mayor satisfacción en su vida, por lo cual la psicología positiva da lugar a la importancia del estudio de las emociones positivas (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010).

El estudio de las emociones positivas es un aspecto muy importante dentro de esta corriente debido al efecto que este tipo de emociones genera en la calidad de vida de las personas. Las emociones positivas permiten mantener una buena salud física, mejores relaciones interpersonales y mayor disposición a las tareas cotidianas.

Por otro lado las emociones negativas dentro de esta corriente psicológica no se consideran perjudiciales, sino que permiten a la persona un razonamiento más crítico, son más aptas para tomar decisiones difíciles y tienen una mejor percepción de la realidad. (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010)

Tanto emociones negativas como positivas cumplen un papel importante en el crecimiento de la persona. Las emociones positivas son indicadores de bienestar psicológico dando como resultado mejores recursos psíquicos en el futuro, mientras que las emociones negativas permiten el desarrollo de estrategias de supervivencia y de superación de problemas destinados a la adaptación (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010).

La respuesta que una emoción evoca frente a una situación estresante se encuentra relacionada con una respuesta conductual y del sistema nervioso autónomo, así por ejemplo cuando una persona siente miedo experimenta taquicardia, se eleva la adrenalina, las pupilas se dilatan y los músculos se contraen lo que tiene como objetivo facilitar el escape. Por ende, en estados constantes de estrés la permanencia de emociones negativas puede provocar cambios en el funcionamiento del organismo hasta el punto de provocar una enfermedad crónica (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010).

La teoría de la adaptación es clave para entender la felicidad de acuerdo a la psicología positiva. Esta teoría sugiere que ante el impacto de eventos altamente estresantes las personas se adaptan y vuelven a un nivel de bienestar previo (*set point*), sin embargo es improbable que la persona regrese al nivel de bienestar original ya que este depende de las diferencias individuales relacionadas al temperamento y personalidad. Por ello el *set point* no es enteramente estable sino que es regulable en función de la evaluación de los componentes de afecto positivo y negativo que realiza la persona de los eventos vitales (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010).

Los elaboración realizada previamente acerca del bienestar permite dar cuenta de diversas capacidades implicadas en el autocuidado, las cuales toman en cuenta diferentes

habilidades cognitivas adquiridas a lo largo de la vida para hacer frente a situaciones adversas.

## **1.2. Autocuidado**

### **1.2.1. Definición**

En este apartado un concepto fundamental es el de cuidado. La noción de cuidar implica la búsqueda del bienestar físico y mental ya sea personal o para los demás. Dentro de este proceso subjetivo participan dos personas, el cuidador y la persona que es cuidada. De esta manera surge una interacción facilitada por el reconocimiento del otro como ser humano, quien puede beneficiarse de las habilidades que su cuidador posee y de esta manera conseguir un bienestar. (Tobón, 2003)

El autocuidado implica los mismos principios aplicados a uno mismo. Este es un concepto que nace a partir del análisis de aquellas conductas presentes en las personas, destinadas a proporcionarles una mejor calidad de vida y mantener la salud física y mental. Se encuentra constituido por diferentes habilidades aprendidas a lo largo de la vida, las cuales han logrado restablecer o fortalecer la salud y prevenir enfermedades. Estas son empleadas de manera voluntaria y responden a las necesidades de supervivencia, además de que poseen características de la cultura en que se encuentra inmersa la persona (Tobón, 2003).

La importancia de las estrategias de autocuidado radica en que tienen la capacidad de influir de forma positiva sobre la calidad de vida de la persona, permitiéndoles experimentar su salud de manera responsable y consciente sin atribuir dicha responsabilidad a terceros.

La calidad de vida incluye factores subjetivos como la sensación de bienestar psicológico y social, la posibilidad de expresarse emocionalmente, de sentirse seguros, de poder establecer relaciones íntimas, etc. También se encuentran factores objetivos como la satisfacción de las necesidades materiales, la participación en la sociedad y una buena salud. Esta se ve influenciada por los estilos de afrontamiento ante el estrés, los cuales cumplen un papel fundamental en el bienestar psicológico de la persona ya que le permite afrontar situaciones adversas sin mayores repercusiones en su calidad de vida. (Ardila, 2003)

En situaciones de estrés existen diversas conductas que emplean las personas, familia o grupo para responder a las demandas del entorno. Existen conductas que al contrario de ser beneficiosas, pueden perjudicar a la persona y a los que les rodean, a estos factores se los denomina factores de riesgo. (Tobón, 2003).

*Los factores de riesgo* son aquellos que poseen la capacidad de producir un daño ya sea a nivel orgánico o psicológico, como el consumo de alcohol o una alimentación inadecuada. Normalmente las personas desarrollan ciertas actividades para contrarrestar la posibilidad de verse afectados por los factores de riesgo, tales como la práctica de un arte, el deporte, practicas dirigidas a la salud como el Yoga o una alimentación saludable, también recurren a recursos médicos como las vacunas, chequeos periódicos y el empleo de una higiene adecuada para evitar enfermarse (Tobón, 2003). Estas habilidades de cuidado comprenden las estrategias de autocuidado desarrolladas en la Psicología Positiva, las cuales están destinadas al mantenimiento o restauración de la salud.

De acuerdo a Ofelia Tobón (2013) existen diversos conceptos importantes que deben estar presentes en la persona para que sea posible el autocuidado, tales como: el *autoconcepto*, el cual está conformado por diversas creencias acerca de uno mismo que se ven reflejadas en el comportamiento de la persona. Esta idea, a su vez, contiene dos conceptos importantes que son la *autoimagen*, entendida como el esquema mental que se posee acerca de la imagen corporal y la *autoeficacia* que está conformada por las creencias de las capacidades que se tienen para conseguir lo que se desea.

Otro concepto importante es el de *la autoestima*, el cual se deriva del autoconcepto y se define como la valoración que la persona hace de sí misma tomando en cuenta también las opiniones de los demás. La autoestima da paso a la *autoaceptación* la cual implica la integración de los conceptos previamente mencionados con el fin de lograr una aceptación de sí mismo, considerando tanto cualidades como defectos. *El autocontrol* es otro aspecto importante del autocuidado ya que el dominio que posee una persona en torno a sus decisiones va a determinar la manera en se hace responsable de su calidad de vida (Tobón, 2003).

Por último, la resiliencia es otro concepto importante dentro de lo que es el autocuidado ya que permite que las personas reaccionen de una forma más sana y positiva ante una enfermedad, percibiéndola como una oportunidad para crecer en lugar de verse condenados por ella. El momento en que la persona consiga independencia y autonomía en cuanto a sí misma se espera que el autocuidado haya sido finalmente introyectado (Cyrulnik, 2009).

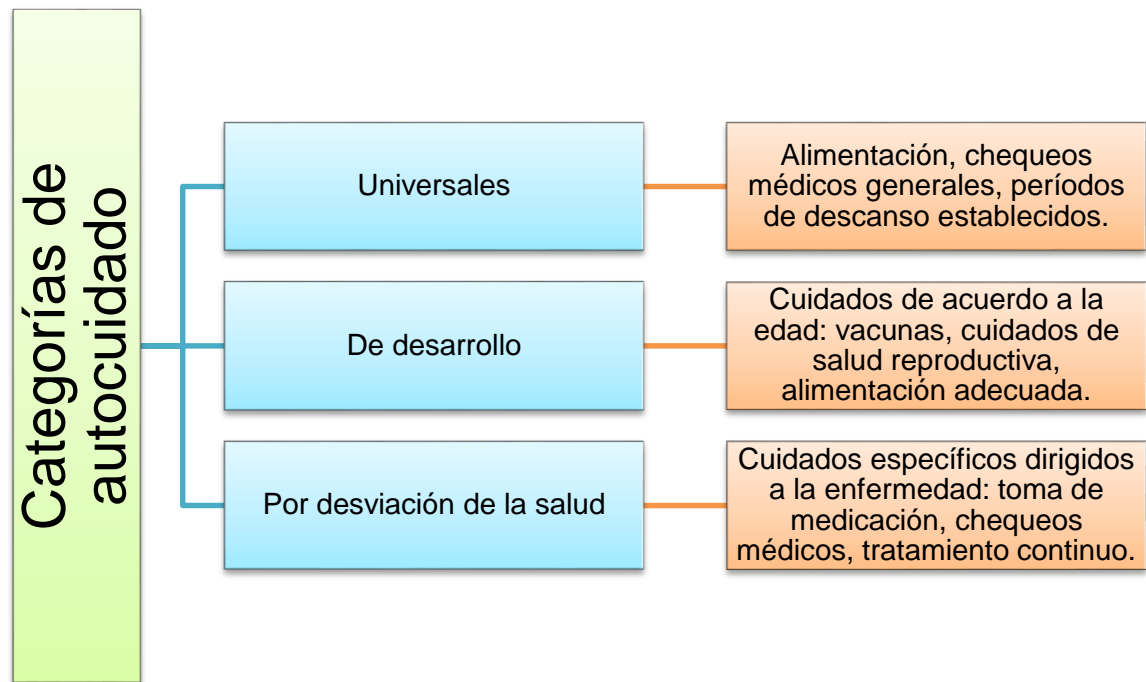
Los conceptos mencionados anteriormente sirven de pilares al momento de construir estrategias de autocuidado eficaces, por lo que le permiten a la persona tener una visión integral acerca de lo que debe hacer para afrontar situaciones adversas sin descuidar aspectos importantes para su salud mental y física.

### **1.2.2. Estrategias de Autocuidado**

Tomando en consideración la teoría general del autocuidado de Dorothea Orem en Achury, Sepúlveda y Rodríguez (2009) se considera que es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que requiere que las personas sean capaces de usar tanto la razón para comprender su estado de salud como sus habilidades en la toma de decisiones, a fin de elegir un curso apropiado; lo cual se encuentra determinado por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo. Esta capacidad de autocuidado se desarrolla a lo largo de la vida y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene el grupo social de pertenencia, de esta manera las actividades que la persona realice para mantener o restablecer su salud serán ajustadas a la cultura, grupo social y etapa de la vida en la que se encuentre (Achury, Sepúlveda, & Rodríguez, 2009).

Las actividades de autocuidado tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, previniendo la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas condiciones.

Estas actividades se presentan como requisitos de autocuidado que se agrupan en tres categorías: universales (representan los comportamientos generales y básicos para el desarrollo de cada ciclo vital), del desarrollo (condiciones que garantizan el crecimiento y desarrollo en situaciones específicas de cada ciclo vital) y aquellos requisitos derivados de la desviación de la salud (Ver Gráfico 2). (agrupa los comportamientos necesarios para personas enfermas, lesionadas, o discapacitadas) (Achury, Sepúlveda, & Rodríguez, 2009).



**Gráfico 2 Categorías de Autocuidado**

En los pacientes hipertensos, el autocuidado se relaciona, especialmente, con lo que Dorothea Orem categoriza como aquellos comportamientos que se ponen en práctica cuando ocurre una desviación de la salud. Estos contemplan la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica (Achury, Sepúlveda, & Rodríguez, 2009).

De este modo, los requisitos de autocuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben realizarse para el agente y por éste, con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano.

Para poder desarrollar estas acciones en forma sistemática, Orem (2009) establece que la habilidad para ocuparse del autocuidado se conceptualiza en forma y contenido como una habilidad humana llamada *capacidad de agencia de autocuidado*, siendo esta fundamental en las personas hipertensas, ya que permite prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad. Para desarrollar estas habilidades los individuos deben contar con tres elementos:

- Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado: considerados las habilidades básicas del individuo.

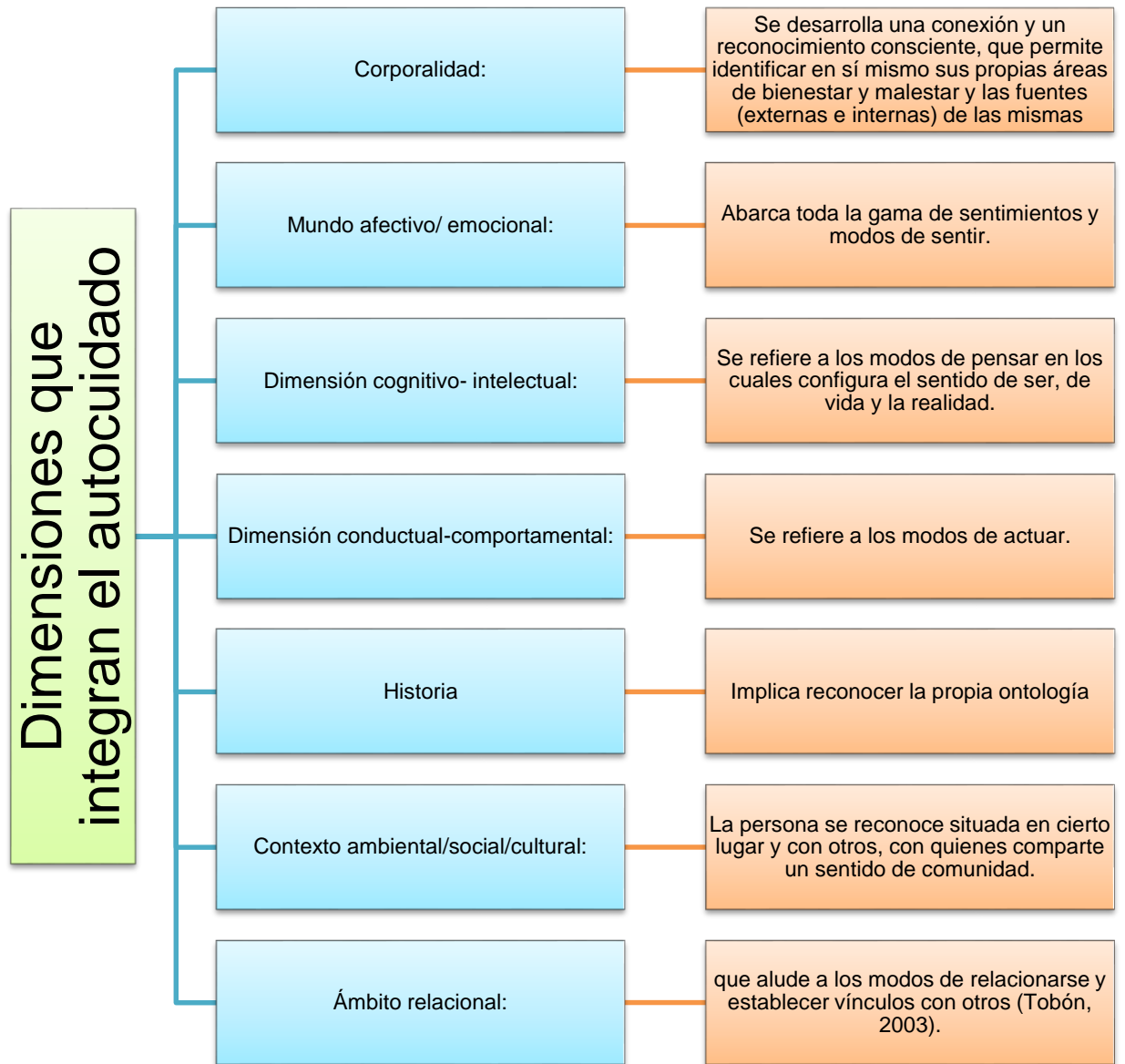
- Componente de poder: está constituido por habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse.
- Capacidad de operacionalizar el autocuidado: corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente que son significativos para su autocuidado (Achury, Sepúlveda, & Rodríguez, 2009).



**Gráfico 3 Capacidades de Agencia de Autocuidado**

A partir del conocimiento de las capacidades previamente descritas destinadas a la agencia de autocuidado, se determina la presencia de las mismas en personas con hipertensión arterial lo que permite ajustar o mantener las capacidades existentes con el fin de obtener un desarrollo adecuado.

Las estrategias de autocuidado vendrían a ser todas aquellas actividades que integran las capacidades de agencia del autocuidado desarrolladas dentro de siete dimensiones presentes en las personas:



**Gráfico 4 Dimensiones que integran el Autocuidado**

Desde este reconocimiento de las siete dimensiones es posible fundar una noción y práctica de autocuidado con sentido, lo cual hace posible prevenir e incluso revertir procesos de enfermedad, y retardar los procesos naturales de envejecimiento. En la presente investigación resulta fundamental el estudio de las estrategias de autocuidado ya que dan cuenta de las habilidades de las personas para enfrentar el estrés, lo que permite profundizar en los estilos de afrontamiento establecidos y determinar su eficacia. En el siguiente apartado se desarrolla el tema del estrés.

### 1.2.3. Cuestionario de Autocuidado

El Cuestionario de Autocuidado, elaborado por las investigadoras a partir de los fundamentos teóricos acerca de las *estrategias de autocuidado*, determina la presencia de conductas dirigidas al autocuidado gestionadas por las participantes. Estas conductas difieren de las estrategias de autocuidado ya que la conducta debe ser interiorizada y creada en base a una *valoración subjetiva* eficaz para conformar una estrategia.

El cuestionario contiene 19 preguntas, con respuestas si/no las cuales responden a varias situaciones que brindan información acerca de las estrategias de autocuidado.

Como se menciona en el capítulo 1, existe un aspecto importante dentro del autocuidado que es la *capacidad de agencia del autocuidado*. Para desarrollar esta habilidad existen tres capacidades que deben estar presentes en las personas (Gráfico 5):

<b>Capacidades necesarias en la Habilidad de agencia de autocuidado</b>		
Capacidades cognitivas fundamentales (percepción, memoria y orientación)	Motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria	La toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad (Achury, Sepúlveda, & Rodríguez, 2009).

**Gráfico 5 Capacidades para la Agencia de Autocuidado**

A partir del conocimiento de las capacidades previamente descritas destinadas a la construcción de la *agencia de autocuidado*, se construyen las preguntas en base a las

dimensiones que deben ser tomadas en cuenta al momento de desarrollar *estrategias de autocuidado*. Dichas dimensiones se ven reflejadas en las preguntas del cuestionario las cuales se detallan a continuación:

- a) Corporalidad: Preguntas dirigidas a la actividad física, alimentación, y cuidados médicos, las cuales corresponden a los literales 1, 2, 3 y 4 del cuestionario.
- b) Mundo afectivo/emocional: Preguntas dirigidas a los aspectos emocionales presentes en las participantes debido a la enfermedad. Corresponden a los literales 5 y 7 del cuestionario.
- c) Dimensión cognitivo/intelectual: Preguntas que indagan acerca de la forma en que las participantes hacen frente a la enfermedad a nivel cognitivo, las cuales corresponden a los literales 6 y 8 del cuestionario.
- d) Dimensión conductual/comportamental: Preguntas que indagan acerca de los hábitos conductuales de las participantes, las cuales corresponden a los literales 12, 13, 18 y 19 del cuestionario.
- e) Historia: Preguntas que indagan acerca del reconocimiento de la propia ontología, las cuales corresponden a los literales 16 y 17.
- f) Contexto (ambiental, cultural, social): Preguntas que indagan acerca de la información del ámbito contextual de las participantes, las cuales corresponden a los literales 14 y 15 del cuestionario.
- g) Ámbito relacional: Preguntas que indagan acerca de la vida relacional de las participantes, las cuales corresponden a los literales 9, 10 y 11 del cuestionario.

El cuestionario permite reconocer si dichas dimensiones se toman en cuenta en las conductas dirigidas al autocuidado de las participantes, considerando la frecuencia en que estas aparecen empleadas para posteriormente establecer la eficacia de las estrategias de autocuidado.

El cuestionario de autocuidado descrito previamente se encuentra validado por tres expertos de la PUCE de la Facultad de Psicología. La validación, que se encuentra como documento anexo (anexo A) a la investigación, consistió en la evaluación de cada pregunta bajo los criterios de: lenguaje apropiado, pertinencia al tema e indagación adecuada tomando en cuenta la población, con las respectivas observaciones de cada experto lo que permitió replantear el cuestionario para ajustarlo a la investigación.

## **CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS: ESTRÉS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

### **2.1 Estrés**

Tomando en cuenta que las estrategias de autocuidado se crean a partir del afrontamiento de situaciones estresantes, es importante desarrollar los aspectos correspondientes al estrés y sus efectos en el cuerpo y la mente.

#### **2.1.1 Definición**

Después de la Segunda Guerra Mundial, se reconoció la presencia del estrés como una causa psicológica que origina trastornos; a partir de ese momento los problemas emocionales presentes en el individuo fueron considerados resultado del estrés (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

El nombre de estrés fue ideado incluso antes de la lucha por adaptarse a la vida, su importancia había sido implícitamente reconocida no solo por los eruditos y profesionales, sino también por el público en general. Por esta razón existe gran cantidad de teoría e investigación sobre el estrés, lo cual explica la importancia que tiene en la salud social, fisiológica y psicológica (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

De esta manera los conceptos que reflejan distintos problemas de adaptación impuestos por condiciones vitales difíciles, fueron unificados bajo la rúbrica de estrés. A partir de ese momento se convirtió en el término dominante para identificar las causas y consecuencias emocionales de las luchas para el manejo de las presiones de la vida cotidiana (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

Comúnmente se entiende al estrés como un proceso del ser humano, que se caracteriza por un estado mental de cansancio, generado por las exigencias a la que está expuesto y que a la larga provoca distintos trastornos a nivel físico y mental (Lazarus & Folkman, 1986).

El estrés psicológico no es consecuencia exclusiva del ambiente ni de las características de la personalidad, sino que depende de un tipo particular de relación

persona-medio (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

En base a esto, la definición que fundamentará este trabajo es que el estrés es una experiencia humana generada por la forma en la que el sujeto evalúa los acontecimientos que ponen en riesgo su bienestar denominada *evaluación cognitiva*, concepto que toma en cuenta la constante interacción con el medio e incluye tanto el proceso cognitivo implicado en dicha evaluación como la respuesta fisiológica que se desarrolla a nivel del organismo y da cuenta de las repercusiones en el mismo.

### **2.1.2 Causas**

El estrés se produce en el puesto de trabajo, en el hogar y en la escuela, en efecto, en cualquier lugar donde las personas trabajen en equipo o tengan relaciones estrechas, particularmente, cuando el individuo debe enfrentarse a demandas que no pueden ser satisfechas fácilmente. Si la proporción de demandas es muy superior a la de los recursos, ya no se habla de estrés sino de trauma y esto puede ocasionar repercusiones en el organismo como enfermedades crónicas (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

Al estar en el medio, la persona desea algo, en efecto, quiere evitar ciertos resultados aversivos o lograr ciertos resultados que congenien con la gratificación de metas o expectativas importantes. Estos son significados relacionales sobre los que se basa el estrés psicológico por lo que según Lazarus (1999) se los puede dividir en tres tipos principalmente:

- El daño/pérdida que se vincula con el perjuicio o pérdida que ya se ha producido.
- La amenaza que se relaciona con el daño o pérdida que no se ha producido aún, pero que es posible o probable en un futuro cercano.
- El desafío que consiste en la sensibilidad de que, aunque las dificultades se interponen en el camino del logro, pueden ser superadas.

Por lo tanto, el estrés psicológico está íntimamente relacionado con las emociones. Cada emoción dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona. En efecto, cada emoción tiene un escenario o historia diferente sobre la relación continua con el

entorno, por esta razón se reconoce la importancia de las emociones para el bienestar psicológico, físico y para el funcionamiento social (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

Desde la perspectiva de Lazarus (1999) entender el estrés desde el constructo de la valoración se inclina hacia el enfoque subjetivo, el cual confía en la idea de que el estrés y la emoción dependen del modo en que la persona evalúa (valora) las transacciones con el entorno, tomando en consideración que el estrés no sólo se aplica a las denominadas emociones negativas, sino también a aquellas emociones positivas. Existen tres diferentes variables ambientales que influyen sobre el estrés y la emoción:

- Las *demandas*: consisten en presiones explícitas o implícitas provenientes del medio social, para actuar de cierta forma y mostrar actitudes socialmente correctas. Existen múltiples demandas para acomodarse a las convenciones sociales, para hacer lo que requiere el trabajo, para sobresalir, para amar y ser amado, para ser cortés y amable, para ser respetado y admirado, por esta razón muchas de estas demandas se internalizan posteriormente, en consecuencia suele ser difícil determinar si la presión primaria es externa o interna.
- A diferencia de las demandas sociales descritas previamente, las *limitaciones* definen lo que las personas no deberían hacer, por lo que suelen ir seguidas por el castigo si son violadas. Como por ejemplo las normas sobre la ira y la agresión en esta sociedad tienden a variar con la clase social y la etnicidad, es decir los valores de la clase media rechazan la agresión física pero la aceptan e incluso valoran en defensa propia.

Entre las limitaciones sociales más importantes se encuentran aquellas que interfieren con el proceso de manejo del estrés. Sí este se maneja de un modo que viola las normas sociales, de la comunidad o de la compañía para la que se trabaja, es necesario censurarlas incluso si estas resultan personalmente útiles.

- La *cultura* establece la esencia de una emoción, en el modo en que se valoran las relaciones humanas. No determinan la valoración que se puede dar a una situación particular pero si existen características en común que se han internalizado de la

sociedad que una persona forma parte (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

También existen variables personales que, en conjunto con los factores ambientales mencionados previamente, son importantes influencias sobre la valoración del medio que realiza la persona (daño/pérdida, amenaza/reto) y sobre el proceso de manejo del estrés y las emociones consecuentes. Dichas variables se detallan a continuación:

- **Objetivos y jerarquías de objetivos:** Las emociones son el resultado del modo en que se valora el destino de los propios objetivos en las transacciones adaptativas y en la vida en general. Las emociones negativas o estresantes se producen por la demora o imposibilidad de alcanzar un objetivo y las emociones positivas se derivan de los progresos hechos en dirección a la gratificación del objetivo.
- **Creencias sobre el self y sobre el mundo:** el modo en se concibe cada persona y el lugar que ocupa en el medio.
- **Recursos personales:** influyen sobre la capacidad de gratificación de las necesidades del individuo, el logro de objetivos y el manejo del estrés producido por las demandas, las limitaciones y las oportunidades (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

Dentro de esta explicación teórica se toma en cuenta el concepto de homeóstasis, mediante el cual se mantiene un equilibrio interno del cuerpo que es esencial para el bienestar integral de la persona, por esta razón entre las demandas ambientales y las variables personales se puede identificar las causas que debilitan al organismo al punto que éste no se puede sostener y se expresan como enfermedades.

Según la Enciclopedia de la Salud para vivir mejor existen diversos indicadores que le permiten a una persona reconocer el estrés (Ver gráfico 6).



**Gráfico 6 ¿Cómo identificar el Estrés?**

Los síntomas físicos descritos previamente no deben derivarse de la presencia de una enfermedad que los produzca, por el contrario estos síntomas aparecen sin causa orgánica aparente.

Existen diversos factores que predisponen a que la persona sufra de estrés, entre ellos se encuentran:

- Factores químicos: alimentación deficiente, dietas incorrectas, alcohol, aditivos alimenticios, condimentos fuertes, estimulantes, insuficiencia vitamínica, malas combinaciones alimenticias, azúcar en exceso, sal en exceso, cafeína y carne en exceso.
- Factores físicos: salud, hospitalización, accidentes, malos hábitos, ambiente, vivienda, falta de reposo, clima, ruido, contaminación, pobreza, violencia.

- Factores emocionales: ansiedad, miedo, culpa, odio, celos, muerte, estímulos conflictivos, sobrecarga de órdenes o información, frustración, aburrimiento, separación familiar.

### 2.1.3 Consecuencias

Es importante mencionar que no se pueden predecir las respuestas ante situaciones estresantes sin remitirse a los rasgos personales y a los procesos que explican las diferencias individuales en el modo en que se valoran las demandas del medio. (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999). Sin embargo, las consecuencias de estados prolongados de estrés se evidencian a nivel fisiológico de la misma manera en todas las personas, siendo la intensidad la única variante. (Coca , Aranda, & Redón, 2009)

Existen diversas consecuencias negativas del estrés para la salud, las cuales pueden ser agrupadas en tres grupos:

- Enfermedades y patologías: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, migrañas, cáncer y diversas enfermedades gastrointestinales.
- Alteraciones del bienestar y de la salud mental: ansiedad, pérdida de la autoestima, irritabilidad, desmotivación, depresión e incluso suicidio.
- Alteraciones de la conducta: disminución del rendimiento, de las decisiones efectivas, aumento de accidentes laborales y el abuso de sustancias. (González García , 2006)

Por otro lado, las consecuencias del estrés a nivel psicológico se relacionan con estados emocionales negativos, debido a que para gestionar las demandas estresantes a las que un individuo se ve expuesto, el organismo genera sentimientos de pánico, desesperación y depresión hasta enfermedades terminales derivadas de características de vulnerabilidad particulares de cada persona (Lazarus R. , Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud, 1999).

Entre las enfermedades relacionadas estrechamente con el estrés se encuentran las enfermedades coronarias, principalmente la hipertensión arterial en el adulto mayor lo cual

será desarrollado a profundidad en el apartado de hipertensión arterial (Coca , Aranda, & Redón, 2009)

Es importante mencionar que las consecuencias previamente descritas dan cuenta de los estilos de afrontamiento al estrés en cada individuo, por lo que se considera pertinente ampliar el tema a continuación.

#### **2.1.4 Estilos de afrontamiento**

Desde el enfoque de la salud positiva, en contraste con la tendencia habitual de definir la salud en oposición a la enfermedad, se manifiesta que ha existido un énfasis excesivo en el estrés y demasiado poco en los estados positivos de la mente y en las cosas que se hacen para trascender las amenazas y dificultades de la vida moderna. Por esta razón el principal objetivo de desarrollar estilos de afrontamiento es influir sobre el pensamiento en relación a la salud mental positiva.

El afrontamiento tiene la capacidad de influir sobre el estrés cuando se generan estilos que le permiten al individuo adaptarse y responder ante situaciones adversas de manera efectiva. Estos estilos de afrontamiento se encuentran influidos por diversas variables presentes en el individuo. Estas variables tienen que ver con aspectos físicos como una buena salud y recursos materiales, además de variables subjetivas como las habilidades sociales, el apoyo social y las creencias o visión del mundo y de sí mismo (Castro, Cosentino, Omar, Tarragona, & Tonon, 2010).

Lazarus (1986) afirma que los estilos de afrontamiento no siempre son eficaces ante cualquier situación ya que habrá momentos en que alguno de ellos funcione mejor en ciertas ocasiones y en otras no. Durante el proceso de evaluación las demandas del medio, se determina los recursos que posee el individuo para crear estilos de afrontamiento y también su habilidad al momento de seleccionarlos y ponerlos en acción.

En el Perfil de Estrés de Nowack se mencionan dos clasificaciones de *estilos de afrontamiento* creados en base a la teoría de Lázarus (1978), en donde se entiende al afrontamiento como respuestas de *base emocional* y respuestas *centradas en el problema*. Una respuesta de base emocional se refiere a la respuesta interna de la persona frente a una situación o evento estresante. Esta respuesta puede ser en base a una valoración negativa o una valoración positiva. Por otro lado existen respuestas de ejecución frente al

evento estresante las cuales pueden consistir en una minimización de la amenaza o una concentración en el problema. A continuación se detallan los cuatro tipos de respuesta:

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	
Base emocional	Centrados en el problema
a) Valoración Positiva	c) Minimización de la Amenaza
b) Valoración Negativa	d) Concentración en el problema

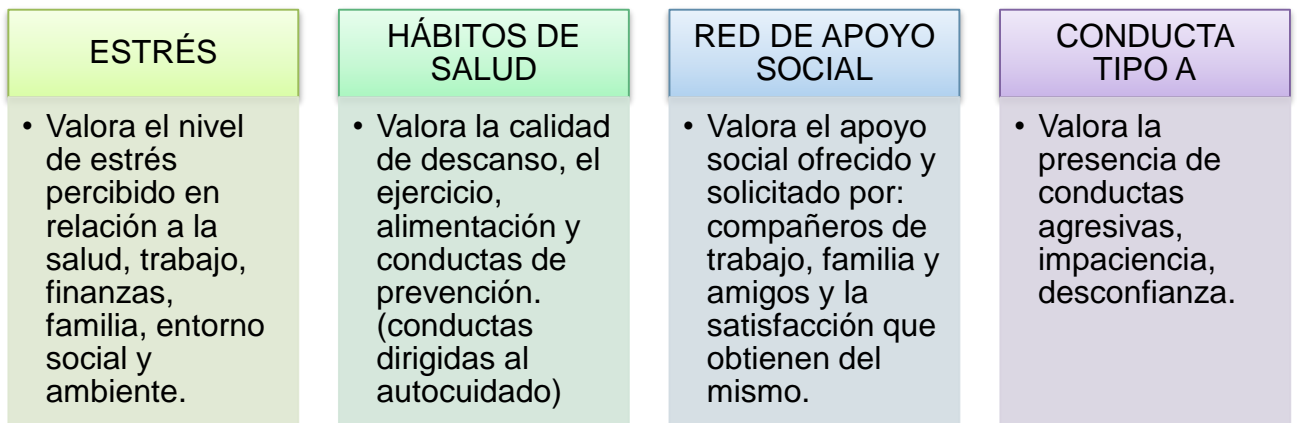
Gráfico 7 Estilos de Afrontamiento al Estrés

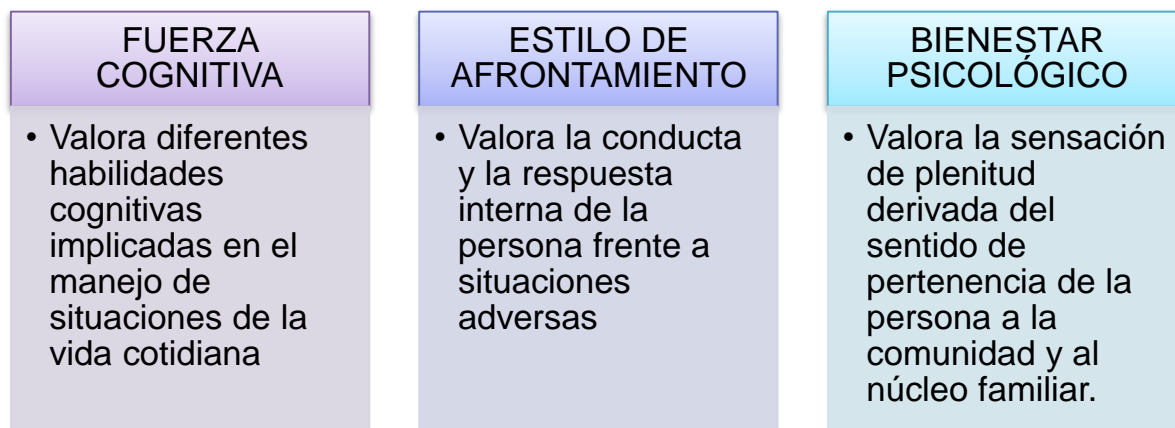
- a) **Valoración positiva:** Esta escala explora el uso de comentarios de apoyo y motivación auto dirigidos para minimizar la percepción del estrés. La persona emplea esta estrategia cuando se concentra en los aspectos positivos de una situación reduciendo el impacto de los problemas o frustraciones recientes recordando experiencias felices o visualizando una solución positiva para una situación problemática.
- b) **Valoración negativa:** Esta escala se caracteriza por la autoculpabilidad, la crítica o pensamiento catastrófico. Las personas recurren a este estilo cuando se concentran en los peores aspectos o consecuencias de una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho en determinada situación o sobre su resolución insatisfactoria.
- c) **Minimización de la amenaza:** Es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación, desviando su atención del problema. Las personas emplean esta estrategia cuando bromean o se burlan de alguna situación problemática estresante, por lo cual desvían intencionalmente su atención del problema borrándolo de su mente o descalificándolo.
- d) **Concentración en el problema:** Indaga acerca de la inclinación de la persona a hacer intentos activos de cambiar su conducta, la de los demás o los estresores ambientales con la finalidad de desarrollar un plan de acción para enfrentar una determinada situación. Este estilo se utiliza para aliviar la situación estresante a partir del análisis de su propia experiencia y la de los otros para resolver satisfactoriamente las demandas externas.

Estos estilos de afrontamiento pueden ser considerados tanto positivos como negativos para la persona, esto depende de las habilidades desarrolladas para gestionarlos, es decir la capacidad de agencia de autocuidado. Esta capacidad refleja la habilidad de la persona para combinar estilos de forma eficaz, tomando en cuenta que el estilo definido sea centrado en el problema y no de base emocional. En el caso de la hipertensión arterial, por ser una enfermedad crónica, el estilo de afrontamiento de quien la padece tiene que estar dirigido al equilibrio de la salud.

### 1.3.5 Perfil de Estrés de Nowack

Para evaluar las diferentes habilidades cognitivas implicadas en el manejo del estrés, se utiliza el Perfil de Estrés de Nowack, el cual identifica aquellas áreas (Ver gráfico 8) que ayudan a la persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano, así como las que hace que alguien sea vulnerable a las enfermedades (Nowack & Jiménez, 2002).





**Gráfico 8 Áreas evaluadas en el Perfil de Estrés de Nowack**

Para conocer mejor cada área se identifican los reactivos que contribuyen a cada escala. Cada reactivo tiene su puntuación, la cual da como resultado una sumatoria natural, después el test utiliza puntuaciones estandarizadas en la forma de puntuaciones T, lo que permite obtener una evaluación del grado de similitud entre respuestas de participantes.

Las puntuaciones T tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10. Las puntuaciones de T40 a T59 se consideran dentro del promedio y representan las respuestas que son parecidas a las que se dieron en la muestra normativa; las puntuaciones T60 y superiores se consideran elevadas, en tanto que las de T39 e inferiores se consideran bajas.

Cada puntuación de la escala proporciona información acerca de la presencia de factores de riesgo para la salud:

Para las escalas de Hábitos de salud, Red de apoyo social, Fuerza cognitiva, Valoración positiva, Minimización de la amenaza, Concentración en el problema y Bienestar psicológico, las puntuaciones elevadas sugieren cierta invulnerabilidad hacia la enfermedad relacionada con el estrés y se identifican como recursos protectores de la salud. Las puntuaciones bajas en las mismas escalas implican una vulnerabilidad relativa hacia la enfermedad y se identifican en el Perfil de Estrés como alertas de riesgo para la salud.

Para las escalas de Estrés, Conducta Tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC, es inversa a las escalas anteriormente mencionadas. Las puntuaciones elevadas reflejan cierta vulnerabilidad ante la enfermedad relacionado con el estrés y se identifican como alertas de riesgo para salud, mientras que las bajas revelan invulnerabilidad ante la enfermedad y se identifican como recursos de protección para la salud.

El Perfil de Estrés Nowack (2013) proporciona información sobre estilos de vida y conductas relacionadas con la salud. Los reactivos que constituyen las escalas del Perfil de Estrés se basan en la teoría cognitiva-transaccional fundamentada en la investigación acerca del estrés que propuso Lázarus (1981).

Como se menciona en la sustentación teórica, la hipertensión arterial se encuentra estrechamente relacionada con estados prolongados de estrés, por lo cual se procede a realizar el análisis teórico del Perfil de Estrés de Nowack, el cual mide los indicadores relacionados a las diferentes áreas que intervienen en el manejo del estrés como son:

El área *Estrés* en el test de Nowack da información acerca de los niveles de estrés que las personas han logrado identificar en la vida cotidiana. Esta escala se encuentra fundamentada a partir del trabajo empírico de Lázarus y sus colaboradores (1978). Representan las categorías principales de problemas que capturan la importancia del proceso de valoración en la medición de los eventos de la vida menores. (Nowack & Jiménez, 2002)

Este apartado del test nos brinda información pertinente en lo relacionado a las causas ambientales del estrés mencionadas en el capítulo 1.3 de la presente investigación, basado en el constructo de valoración de Lazarus (1999). En el siguiente cuadro se detallan las variables medidas con el test en relación a la teoría expuesta:

<b>Causas ambientales del estrés (Lázarus)</b>	<b>Indicadores área <i>Estrés</i></b>
Demandas	Familia, Trabajo/Finanzas
Limitaciones	Entorno Social, Salud
Cultura	Ambiente

**Gráfico 9 Relación entre variables y teoría**

Esto se interpreta tomando en cuenta la influencia que ejercen las demandas externas sobre la persona, por lo que se puede concluir que el grupo no percibe que los eventos cotidianos relacionados al ámbito laboral, familiar, ambiental, social y de salud no representan preocupaciones que interfieran en la salud.

A pesar de que esta área mide específicamente el estrés en el grupo, toma en cuenta únicamente un elemento parcial del mismo ya que considera solo la percepción que la persona tiene de las demandas externas/ambientales. Es por ello que al momento de definir el papel que cumple el estrés en el grupo es indispensable tomar en cuenta los demás indicadores de estrés en el Perfil que se muestran a continuación.

El área *hábitos de salud* tiene su base conductual en salud preventiva, la que incluye el trabajo de Belloc (1993). Esta área brinda información importante al momento de determinar la frecuencia de conductas dirigidas al autocuidado mencionadas en el capítulo 1.2. Presenta cuatro subescalas:

- *Ejercicio*: Mide el nivel y la frecuencia del ejercicio que el individuo practica de manera regular para mejorar el tono muscular y el sistema cardiovascular, el cual controla la relación entre enfermedad y estrés,
- *Alimentación/ nutrición*: Valora si la persona tiene como práctica general comer de manera balanceada y nutritiva, esta subescala se deriva del análisis de factores de riesgo establecidos para enfermedades coronarias,
- *Descanso/sueño*: Explora la frecuencia con la que el individuo obtiene descanso adecuado, sueño y relajamiento.
- *Prevención*: Mide la frecuencia con la que el individuo pone en práctica estrategias preventivas de salud e higiene, como evitar otras personas enfermas, hacerse evaluaciones médicas regulares o tomar sus medicamentos de acuerdo con las prescripciones.

Las subescalas descritas previamente corresponden a las dimensiones descritas por Tobón (2003) que deben ser tomadas en cuenta al momento de emplear estrategias de autocuidado eficaces, las cuales adquieren vital importancia al tratarse de un grupo que padece una enfermedad crónica.

El área *apoyo social* se basa en los efectos del apoyo social sobre el bienestar físico y psicológico a partir del trabajo de Saranson (1987). Esta escala incorpora tres aspectos del apoyo que son: la disponibilidad percibida, utilización y satisfacción con respecto a otros, es decir, mide el grado en que la persona siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda, además de qué tan satisfecho se siente con dicho apoyo.

El área *conducta tipo A* mide aquellas conductas relacionadas con la desconfianza, enojo y hostilidad, las cuales han sido relacionadas con enfermedades coronarias, sin embargo las investigaciones realizadas por los autores del Perfil de Estrés de Nowack presentan inconsistencia en los resultados de la relación entre la conducta tipo A y la enfermedad coronaria, por lo cual en esta investigación esta área no es tomada en cuenta considerando que su exclusión no interfiere en el análisis de las demás áreas.

El área *fuerza cognitiva* es una variable individual de afrontamiento que tiene efectos directos sobre la relación estrés y enfermedad. Se fundamenta en base a tres valoraciones cognitivas de la persona ante las demandas del medio que son:

- a) una perspectiva de compromiso más que de alienación hacia la vida,
- b) una perspectiva de control personal interno sobre los eventos individuales y
- c) una perspectiva de los cambios en la vida como un reto más que como una amenaza.

Cuando estas valoraciones representan fortalezas, la persona permanece físicamente más sana frente a gran cantidad de estrés.

Esta explora las atribuciones, actitudes y creencias que la persona tiene acerca de la vida y el trabajo. Las cuales corresponden a lo que Lázarus (1999) denomina *valoración subjetiva*, en la cual el estrés y la emoción dependen del modo en que la persona evalúa las transacciones con el entorno.

Las variables personales descritas previamente, en conjunto con los factores ambientales mencionados en el área *estrés*, son potenciales influencias sobre la valoración de una situación estresante. Esto quiere decir que los recursos personales determinan la eficacia o ineficacia del manejo del estrés en relación a las demandas y limitaciones externas.

El área *estilos de afrontamiento* se basa en el esquema propuesto por Lázarus y Launier (1938) en donde el afrontamiento se ve como una respuesta de base emocional y centrada en el problema destinada a las exigencias internas y externas percibidas. Esta área se fundamenta en dos tipos de orientaciones básicas hacia el afrontamiento del estrés, estas son el *acercamiento* y la *evitación*. Ambas se refieren a la actividad cognitiva, emocional y conductual orientada hacia el acercamiento o alejamiento del daño, amenaza o reto percibido. Los estilos de afrontamiento funcionan como moderadores ante el estrés y la enfermedad.

En esta área se valoran cuatro estilos: valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza y concentración en el problema (Ver gráfico 10)

<b>ESTILOS DE AFRONTAMIENTO</b>			
<b>Estilos de base emocional</b>		<b>Estilos centrados en el problema</b>	
<i>Valoración Positiva</i>	<i>Valoración Negativa</i>	<i>Minimización de la amenaza</i>	<i>Concentración en el problema</i>
Explora el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidas para minimizar la percepción del estrés.	Esta subescala se caracteriza por los indicadores que dan cuenta de la autoculpabilidad, la crítica o pensamiento catastrófico.	Es una forma de enfrentar los estresores mediante la mitigación de su significación, desviando su atención del problema	Indaga acerca de la inclinación de la persona a hacer intentos activos de cambiar su conducta, la de los demás o los estresores ambientales con la finalidad de desarrollar un plan de acción para enfrentar una determinada situación.

**Gráfico 10 Estilos de afrontamiento**

La interpretación de esta escala se realiza interrelacionando los cuatro estilos de afrontamiento, en donde siempre un estilo predominante ya sea de base emocional o centrado en el problema, de manera que se determina su eficacia en relación con las demandas de la calidad de vida de las participantes.

Es importante mencionar que el test considera que en el caso de personas con padecimientos crónicos como es la hipertensión arterial, un estilo de afrontamiento eficaz es la concentración en el problema, ya que es indispensable la vigilancia y la atención continua de la enfermedad para el cuidado correcto. Por el contrario, el estilo de minimización de la amenaza podría conducir a un deterioro de la hipertensión arterial debido al descuido de los cuidados necesarios para esta condición (Nowack & Jiménez, 2002).

Por último se evalúa el área *bienestar psicológico*, la cual mide el afecto positivo y la ausencia de malestar asociados con un sentimiento general de satisfacción con las circunstancias familiares, las relaciones sociales y los logros en la vida de la persona. Lázarus (1983) ha dado gran importancia al papel del afecto positivo como mediador entre la relación entre estrés y enfermedad. (Nowack & Jiménez, 2002)

El bienestar psicológico proviene de un juicio cognitivo que perdura a través del tiempo, el cual implica una autoevaluación de la propia vida, en donde es posible dar cuenta de los estados emocionales positivos y negativos presentes en la persona (Nowack & Jiménez, 2002).

A continuación se desarrolla el tema de la hipertensión arterial en donde se pretende explicar el funcionamiento de la enfermedad y su relación con el estrés.

## **2.2 Hipertensión arterial**

### **2.2.1 Definición**

La hipertensión arterial es una condición en la cual los niveles de presión sanguínea aumentan, es decir, la velocidad con que la sangre atraviesa los vasos sanguíneos está por encima de lo normal, facilitando la aparición de accidentes cardiovasculares debido al cambio en el metabolismo del cuerpo.

Su origen es multicausal, por ello para determinar su etiología es imprescindible tomar en cuenta la interacción que puede existir entre las diferentes variables que actúan sobre la presión arterial. En esta condición están implicados factores genéticos, ambientales y demográficos.

Existen dos tipos de hipertensión; la hipertensión primaria y la hipertensión secundaria.

- En *la hipertensión primaria* el origen no está determinado orgánicamente y se la considera un trastorno funcional, el 95% de los casos reciben este diagnóstico, por ello el área de la psicología le ha dirigido su interés.
- La *hipertensión secundaria* se caracteriza por la existencia de un daño orgánico, sin embargo es muy probable que esta haya sido causada por una hipertensión primaria desatendida.

Los criterios para diferenciar una hipertensión de una normotensión están establecidos por la Organización Mundial de la Salud, y dictan que una persona puede ser considerada normotensa cuando su presión arterial es menor a 140mm.Hg y una persona es hipertensa cuando su presión arterial sobrepasa los 160mm.Hg para la sistólica y 95mm.Hg para la diastólica.

La hipertensión arterial no posee una sintomatología específica, por lo cual se estima que más de la mitad de las personas que la padecen, la ignoran (Tobal, Cano, Casado, & Escalona, 1994). Esta condición tiene una alta prevalencia en la población, de manera especial en el adulto mayor, población en la cual las cifras superan al 50%. Esto la convierte en un problema sanitario de gran impacto, lo cual contribuye al aumento de la mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares (Saieh & Zehnder, 2008).

De esta manera es posible relacionar la prevalencia de la hipertensión arterial con la presencia del estrés en las participantes, debido a que esta es una etapa del desarrollo en la cual se enfrentan una serie de cambios y duelos que suponen un reto al adulto mayor a nivel cognitivo y emocional.

La etapa de la vejez es descrita por (Craig & Baucum, 2009) como un periodo de la vida que no tiene una edad definida de inicio, sino que se encuentra determinada por la experiencia de la persona en relación a las tareas de reevaluación y reflexión acerca de los cambios internos que ha experimentado hasta el momento, sin embargo, una edad aproximada es a partir de los 40 a 65 años. Algunas de las tareas de esta etapa consisten en reflexiones acerca de la muerte, la jubilación, la soledad (por pérdida de seres queridos), problemas físicos, lucha por la autonomía y se encuentran más susceptibles a experiencias relacionadas con problemas sociales y ambientales, como una crisis económica o un desastre natural. Estas dificultades reaparecen especialmente en periodos de estrés y de cambio.

En esta etapa del desarrollo influyen variables externas como el estatus social y familiar, las condiciones económicas, la clase social y la época a la que pertenece la persona. Y variables internas como cambios físicos, biológicos y psicológicos. Estas variables influyen sobre la experiencia del desarrollo que experimenta la persona, la cual está compuesta principalmente por una sensación de ambivalencia debido a los diversos cambios que se producen a lo largo de la etapa (Craig & Baucum, 2009).

Dicha ambivalencia es lo que ocasiona la denominada *crisis de madurez*, compuesta por diversos acontecimientos de la vida que son susceptibles de preverse y planearse, sin

embargo, la respuesta de cada persona varía dependiendo del estilo de afrontamiento que emplee para enfrentar las demandas de una etapa llena de cambios. Esta transición es la que determina la manera en que el adulto mayor experimenta su calidad de vida, la cual puede estar acompañada de sentimientos de plenitud y realización o por el contrario, inician un período de actividad decreciente acompañado de una sensación de inconformidad (Craig & Baucum, 2009).

Tomando en cuenta la edad, (Craig & Baucum, 2009) dan cuenta de diferencias en el afrontamiento debido a diversas tensiones que se presentan durante esta etapa. Las tensiones que ofrecen retos positivos disminuyen con la edad, mientras que las pérdidas aumentan y se encuentran estrechamente relacionadas con la identidad del adulto mayor por lo cual resultan más amenazadoras. De igual forma, la naturaleza de los pequeños problemas cambia y esto ocasiona más estrés que en etapas más tempranas del desarrollo.

Los cambios experimentados durante esta etapa, sumado a las enfermedades propias del envejecimiento se ven influenciados por el estrés, el cual se refleja principalmente en cardiopatías, las cuales dan cuenta de interrelaciones complejas entre el estilo de vida, personalidad, factores genéticos y estrés (Craig & Baucum, 2009)

### **2.2.2 Causas**

Como se explicó anteriormente la hipertensión arterial es una enfermedad multicausal, por lo cual se han determinado varios factores de riesgo que facilitan su aparición. Entre los principales se encuentran: la edad ya que algunas condiciones que aparecen en edades avanzadas como el sedentarismo, el aumento de peso y la rigidez de las arterias facilitan el apareamiento de la hipertensión arterial. La raza es otro factor importante, ya que se ha determinado que personas de raza negra presentan una presión arterial más alta que las de raza blanca (Coca , Aranda, & Redón, 2009).

De igual forma en países industrializados existe un mayor índice de personas que padecen hipertensión arterial en contraste a zonas rurales, esto es tomando en cuenta aspectos como el estilo de vida, la alimentación y los niveles de estrés que experimentan.

Entre los factores de riesgo psicosocial se destacan el uso de fármacos, la ingesta de grandes cantidades de sal, el consumo excesivo de alcohol y tabaco además de la obesidad, ya que hacen a la persona más vulnerable a la enfermedad (Coca , Aranda, & Redón, 2009).

### 2.2.3 Diagnóstico

El diagnóstico de la hipertensión arterial se realiza únicamente mediante un esfigmomanómetro, aparato que da cifras de presión arterial expresadas en milímetros de mercurio. Para realizar el diagnóstico se debe promediar los resultados de dos o más mediciones entre las cuales se necesitan por lo menos dos minutos de diferencia, si difieren por más de 5mm.Hg se debe proceder a tomar nuevas mediciones.

Es recomendable realizar estas mediciones en días diferentes, para así descartar cualquier equivocación. Los criterios a tomar en cuenta son una presión arterial superior a 160/95mm.Hg, sin embargo cuando la presión arterial de la persona es mayor a 140/90mm.Hg se puede determinar que se encuentra en el estadio 1 de la hipertensión arterial (Coca , Aranda, & Redón, 2009).

El límite entre normalidad y enfermedad que se encuentra en estas cifras no logra ser lo suficientemente claro, a pesar de ello George Pickering (1972) afirmó que “cuanto más alta es la presión, peor es el pronóstico lo cual establece la relación entre la hipertensión arterial y la mortalidad” (Coca , Aranda, & Redón, 2009).

Durante las primeras manifestaciones de la enfermedad es común que esta se acompañe de una enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, un evento cerebrovascular o enfermedad renal crónica.

#### Causas y consecuencias de la Hipertensión Arterial



Gráfico 11 Causas y consecuencias de la Hipertensión Arterial

Los síntomas, debido a su variabilidad no pueden ser delimitados de manera concreta, sin embargo el dolor de cabeza, los mareos y sentir golpes o sonidos en el oído (tinnitus) los cuales no proceden de alguna fuente exterior son síntomas muy comunes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

#### **2.2.4 Hipertensión Arterial y Estrés**

Los factores de riesgo psicosociales previamente descritos resultan de suma importancia al momento de planear un tratamiento y controlar la enfermedad, de ellos se destaca el estrés por el papel que cumple entre las personas que padecen hipertensión arterial.

Existen diversas investigaciones que demuestran la influencia del estrés, la ansiedad y la ira en la génesis y evolución de la enfermedad, ya sea por los efectos que ocasionan en el sistema cardiovascular o de manera indirecta por la influencia que tienen en factores comportamentales como el exceso de peso, el uso excesivo de sal y alcohol o el sedentarismo (Molerio, Arce , Otero , & Nieves, 2004).

El organismo reacciona de forma particular ante el estrés. En el sistema cardiovascular se producen diversas variaciones químicas mediadas por el sistema nervioso simpático. Estos cambios producen un incremento en la frecuencia cardíaca y el estrechamiento de las arterias primordiales, lo cual desencadena en un aumento de la presión arterial.

El mecanismo mediante el cual el estrés logra producir un cambio en la presión arterial es complejo, su efecto inicia en el aparato cardiovascular en donde se percibe un aumento del gasto cardíaco debido al aumento de la frecuencia cardíaca. Este aumento provoca la liberación de adrenalina y noradrenalina en el organismo además de que se activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona y se incrementan hormonas como el cortisol, la vasopresina y la ACTH las cuales contribuyen al aumento de la presión arterial por el estrés.

Por último entran en juego el sistema nervioso central y periférico a causa de los cambios previamente descritos (Molerio, Arce , Otero , & Nieves, 2004).

Resulta importante mencionar que el aumento de la presión arterial debido a la presencia del estrés utiliza los mismos mecanismos que se observan en el estrés agudo físico, es decir los niveles de presión arterial se incrementan ante al estrés psicológico de igual forma que aumentan cuando la persona realiza alguna actividad física que requiera

esfuerzo. Esto demuestra la influencia del estrés en el cuerpo y sobre todo su relación con la hipertensión arterial (Molerio, Arce , Otero , & Nieves, 2004).

Coca, Aranda y Redón (2009) en su libro “Manejo del paciente Hipertenso en la práctica clínica” reconocen el papel del estrés en la hipertensión arterial, sin embargo hacen énfasis en que si bien el estrés agudo provoca una elevación de la presión arterial, no se puede afirmar que un estrés crónico puede provocar la aparición de la enfermedad: concluyen que existen individuos hiperreactivos al estrés y en el caso de que éste se presente durante un periodo largo de tiempo puede aumentar las cifras de presión arterial, probablemente, de forma sostenida e irreversible.

Dichas aseveraciones parten de diversas investigaciones realizadas por Coca, Aranda y Redón (2009) las cuales se encuentran ilustradas en el texto previamente mencionado, de ellas se destaca un estudio realizado con un grupo de mujeres mayores a 50 años. Una parte de las participantes son monjas que habitan en un convento, llevan una vida tranquila, entregada a la religión y con un estilo de vida monótono y calmo. La otra parte estaba conformada por mujeres laicas que habitaban en la misma zona de la ciudad y cuyo estilo de vida se ajustaba a las demandas de la ciudad.

La investigación consistió en monitorear la presión arterial de ambos grupos de mujeres durante veinte años, los resultados fueron importantes y mostraron que la presión arterial del grupo de monjas permaneció invariable durante todo el período de tiempo, mientras que la presión arterial de las mujeres laicas de la zona aumentó progresivamente con el paso de los años.

Los resultados de la investigación se asocian a los diferentes niveles de estrés que experimentan ambos grupos de mujeres debido al estilo de vida que llevan (Coca , Aranda, & Redón, 2009).

Otra investigación realizada igualmente por Morelio (2004) se realizó tomando en cuenta a 25 personas normotensas y 25 personas diagnosticadas con hipertensión arterial esencial. Su objetivo era evaluar el estrés y el funcionamiento emocional del grupo diagnosticado con hipertensión. Los resultados indicaron que las personas hipertensas eran especialmente vulnerables al estrés, además de que experimentan una serie de vivencias negativas, ansiedad y una depresión moderada. Por esto sustentamos las técnicas.

Investigaciones como las citadas anteriormente, permiten aseverar que los estados prolongados de estrés tienen una influencia importante en el sistema cardiovascular hasta lograr consecuencias patológicas. A partir de esta aseveración es posible plantearse las

características de la calidad de vida de las personas que pueden influir negativamente sobre la salud.

El desarrollo de este proceso se ve influenciado por el modo en que la persona asimile y procese la circunstancia estresante y de su destreza al momento de emplear estilos de afrontamiento para lograr una adaptación (Tobal, Cano, Casado, & Escalona, 1994).

A esta capacidad de enfrentar circunstancias adversas es lo que en esta investigación se denomina estrategias de autocuidado y su importancia al momento de enfrentar situaciones de estrés juega un papel determinante en aquellas personas que padecen hipertensión arterial.

## **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **3.1 Metodología**

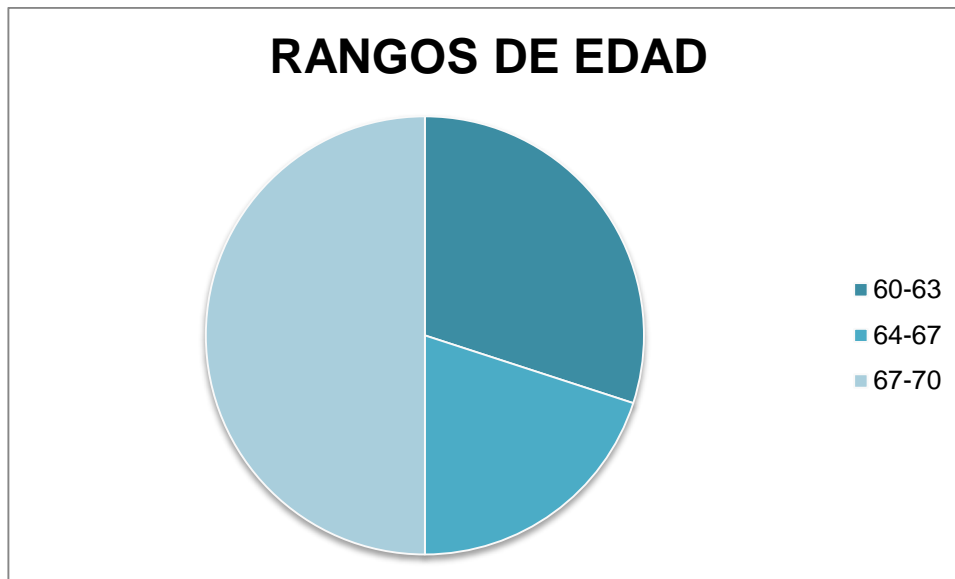
A partir de la revisión bibliográfica descrita previamente, se determinó que la investigación es de corte cualitativo ya que se busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, aprendiendo la forma en que cada uno interpreta el mundo y actúa en consecuencia (Pérez Serrano, 2002).

La hipótesis planteada para la investigación es: las estrategias de autocuidado del grupo participante son ineficaces, por lo cual el estrés es un factor predisponente al deterioro de la enfermedad. Con la finalidad de corroborar la hipótesis, se determinó la utilización de distintas herramientas para la obtención de información.

Las herramientas escogidas son: El Perfil de Estrés de Nowack y el cuestionario de autocuidado.

### **3.2. Muestra**

Para la investigación, se trabajó con una población de 20 mujeres entre las edades de 60 a 70 años, con diagnóstico de hipertensión arterial establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



**Gráfico 12 Rangos Edad**

La muestra estudiada es un grupo consolidado que asiste semanalmente a la casa comunal del Comité del Pueblo, en donde realizan actividades recreacionales dirigidas al mantenimiento de funciones cognitivas y salud física, por lo que forman un grupo de apoyo social. El contacto con las participantes se realizó a través de la fundación CEDIME, en donde una de las investigadoras realizó prácticas preprofesionales brindando talleres de prevención de Alzheimer y demencia senil.

El establecer una muestra en un rango de edad limitado, permitió considerar características específicas sobre la etapa de vida en la que se encuentran las participantes, realizando cambios necesarios en las técnicas utilizadas para la recopilación de información.

Todas las herramientas de evaluación fueron explicadas y guiadas por las investigadoras, es decir, que ninguna técnica fue autoaplicada por las participantes, ya que se tomó en cuenta las dificultades físicas (perdida de la visión, artritis) y de escolaridad de la población.

### **3.3 Aplicación de las herramientas de recopilación de información**

#### **3.3.1 Perfil de Estrés Nowack**

En la PUCE, en la Facultad de Psicología, se puede acceder al área de psicometría donde se obtuvo el test original del Perfil de estrés de Nowack (ver anexo B); una vez revisado se consideró el tiempo y los materiales necesarios para aplicarlo.

En cuanto a los encuentros, a las participantes se las citó en la casa comunal del Comité del Pueblo donde se reúne la Asociación del Adulto Mayor, tres días diferentes a cinco personas cada vez, así cumpliendo con las 20 personas destinadas para la investigación.

Las condiciones del lugar donde se realizaron las técnicas de recolección de información fueran buenas, al igual que la actitud de las participantes. En un primer día se realizó el compromiso del consentimiento informado (anexo), donde las investigadoras explicaron toda la información de la investigación, así como el proceso que se le dará a la información que cada participante compartió, dándoles una copia del documento firmado.

Luego se procedió a realizar el Perfil de Estrés de Nowack (2002), que consiste en 123 preguntas que evalúan diferentes factores específicos acerca del estilo de vida, hábitos de salud, nivel de estrés, perspectiva de la vida, entorno social y estilo de afrontamiento de los problemas. Se responden a las preguntas dando un valor dentro de las escalas correspondientes, la evaluación tomó alrededor de 60 a 90 minutos.

Aunque es un test de auto aplicación, por el nivel escolar y las dificultades propias de la edad, las investigadoras ayudaron con la explicación de cada pregunta para un mejor entendimiento, marcando de forma correcta las respuestas de las participantes, volviéndose no solo un diálogo de respuestas directas sino una oportunidad para que las participantes compartan cualquier experiencia.

Como segundo paso, para el procesamiento de la información, las investigadoras destinaron tiempo a la calificación del test, obteniendo las puntuaciones correspondientes para posteriormente realizar la interpretación.

### **3.3.2 Cuestionario de autocuidado**

En un segundo día, se procedió a aplicar el cuestionario acerca de las Estrategias de Autocuidado (ver anexo C) previamente elaborado por los investigadores, el cual fue validado por tres expertos de la PUCE de la Facultad de Psicología. El cuestionario consta de 19 preguntas que evalúan distintas áreas importantes dentro del Autocuidado, las cuales se han conjugado con la hipertensión arterial para obtener una información completa.

Las preguntas fueron elaboradas en un lenguaje sencillo, tomando en cuenta experiencias de la vida cotidiana que resultaron fáciles de integrar a la vida de cada uno de los participantes. Las respuestas son cerradas, en forma de Sí/No con la finalidad de facilitar el conteo y la interpretación del cuestionario.

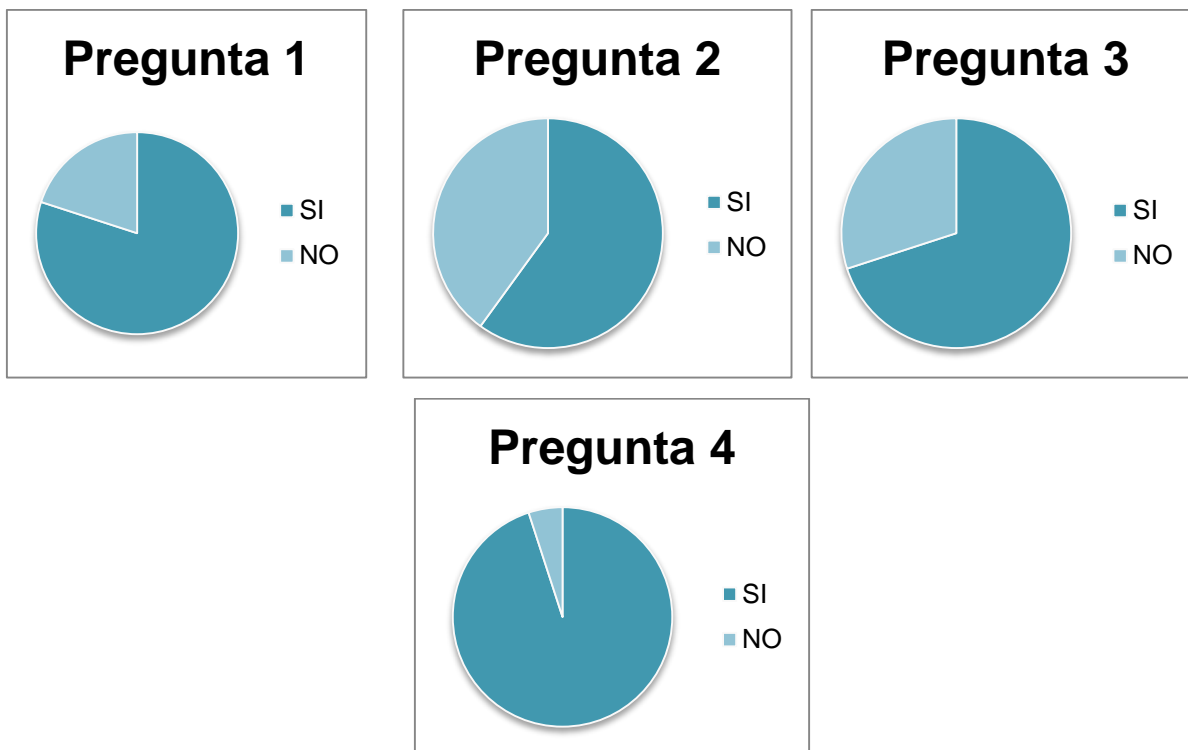
Para la aplicación se fijó un encuentro en las instalaciones de la casa comunal del Comité del Pueblo, en el cual se recibió a cinco participantes por cita. La aplicación del cuestionario la realizaron ambos investigadores, atendiendo a una persona cada una.

Debido a que algunos participantes tienen el sentido de la vista deteriorado, se tomó la decisión de aplicar las baterías de forma oral, siendo los investigadores los que formulaban las preguntas y daban las opciones de respuesta. De igual manera en caso de existir alguna duda acerca del cuestionario o del significado de alguna palabra, se dio la apertura necesaria para que el participante exprese sus dudas libremente en cualquier momento antes, durante o después de la aplicación.

La aplicación del cuestionario fue realizada de forma rápida y sin mayores complicaciones debido a la sencillez de sus preguntas y formas de respuesta. Se priorizó la privacidad con cada participante con la finalidad de conseguir respuestas cercanas a la realidad y que éstas se encuentren libres de posibles influencias del entorno.

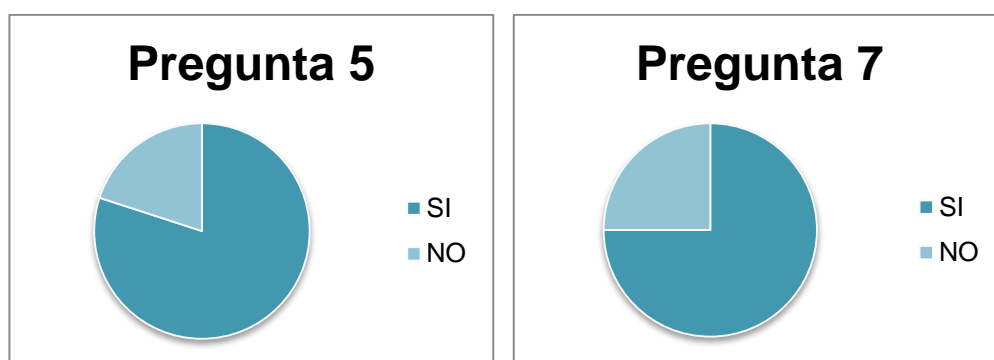
A continuación se presentan ilustrados los resultados obtenidos con la finalidad de detallar las conductas dirigidas al autocuidado tomando en cuenta cada dimensión descrita en el capítulo 1:

Dimensión de corporalidad: los resultados demuestran que en su mayoría las participantes presentan conductas dirigidas al autocuidado en lo relacionado a cuidados físicos.



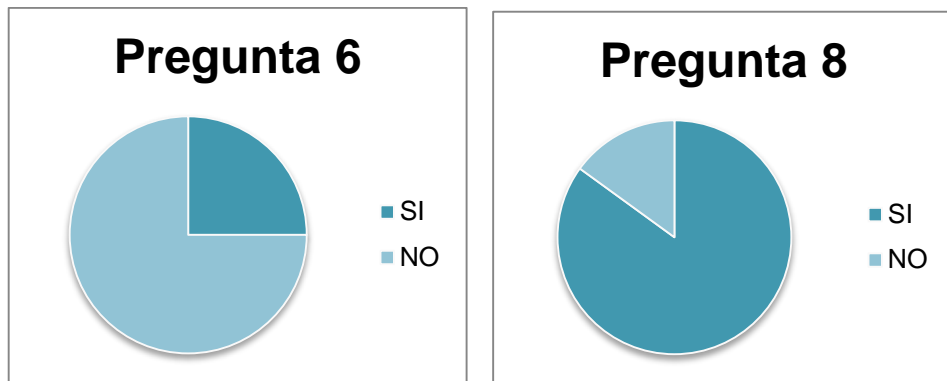
**Gráfico 13 Resultados Cuestionario Autocuidado**

Dimensión afectiva emocional: los resultados demuestran que en su mayoría las participantes presentan conductas dirigidas al autocuidado en lo relacionado a los aspectos emocionales a causa de la enfermedad.



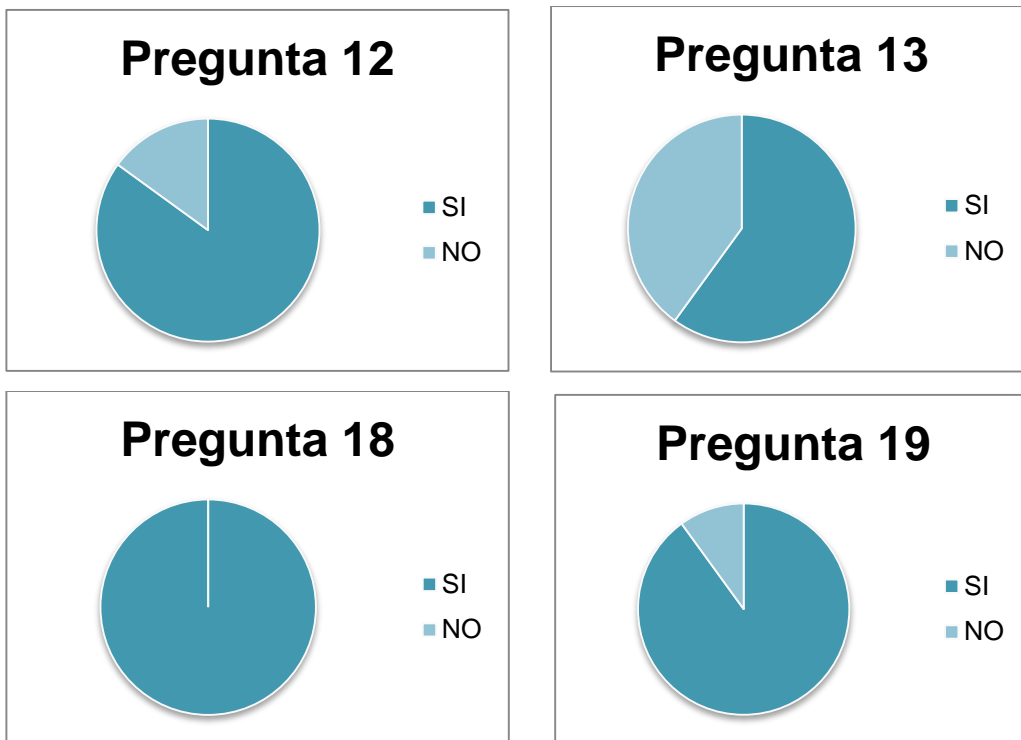
**Gráfico 13 Resultados Cuestionario Autocuidado**

Dimensión cognitivo – intelectual: los resultados demuestran que en su mayoría las participantes presentan conductas dirigidas al autocuidado en lo relacionado a la respuesta cognitiva.



**Gráfico 13 Resultados Cuestionario Autocuidado**

Dimensión conductual – comportamental: los resultados demuestran que en su mayoría las participantes presentan conductas dirigidas al autocuidado en lo relacionado a los hábitos conductuales dirigidos al mantenimiento de la salud.



**Gráfico 13 Resultados Cuestionario Autocuidado**

Dimensión Ontológica: los resultados demuestran que en su mayoría las participantes presentan conductas dirigidas al autocuidado en lo relacionado a sus creencias de la vida.

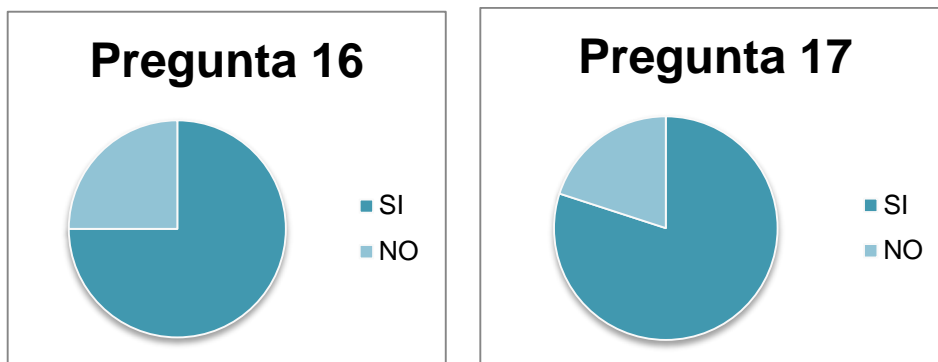


Gráfico 13 Resultados Cuestionario Autocuidado

Dimensión Contextual: los resultados demuestran que en su mayoría las participantes presentan conductas dirigidas al autocuidado en lo relacionado al contexto social, ambiental y cultural.

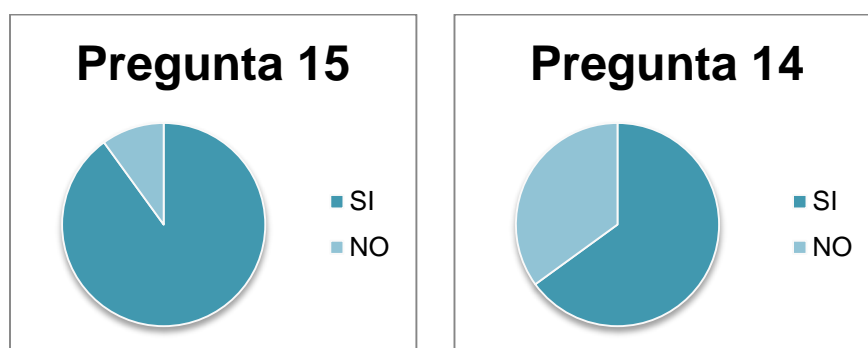
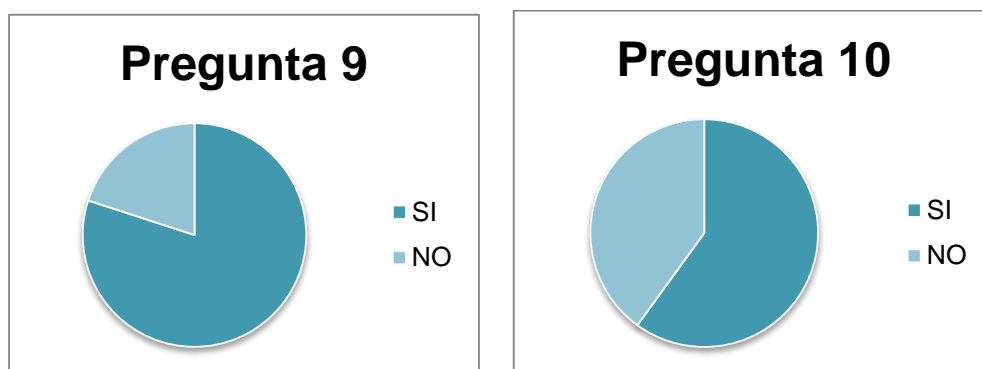
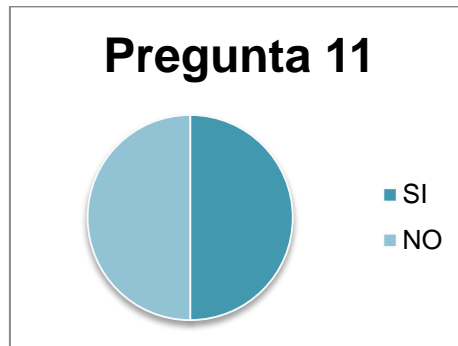


Gráfico 13 Resultados Cuestionario Autocuidado

Dimensión relacional: los resultados demuestran que en su mayoría las participantes presentan conductas dirigidas al autocuidado en lo relacionado a la interacción social.





**Gráfico 13 Resultados Cuestionario Autocuidado**

A partir de los datos previamente detallados es posible la correlación de información con el perfil de estrés con la finalidad de determinar si las conductas dirigidas al cuidado de la salud presentes en las participantes conforman una estrategia de autocuidado. A continuación se establece este análisis.

### **3.4 Discusión**

La presente investigación se fundamentó sobre las bases de la psicología positiva, la cual permitió enfocar el estudio en conductas dirigidas al mantenimiento de la salud física y mental. El análisis específico de las habilidades que permiten gestionar el autocuidado y la tramitación de demandas estresantes, ha permitido la realización de una investigación enfocada en los procesos cognitivos encaminados a la superación de un estado emocional o de salud deteriorados.

Tomando en cuenta los postulados de la Psicología Positiva, las emociones cumplen un papel fundamental en el bienestar psicológico de la persona, por lo cual es importante conocer el manejo del estrés en las participantes ya que este tiene repercusiones en la calidad de vida y en las emociones que experimenta.

Al ser el estrés un factor predisponente a enfermedades orgánicas, principalmente a la hipertensión arterial, su análisis en esta población contempla aquellas áreas implicadas en el manejo del mismo, el cual se ve determinado por la capacidad de afrontamiento que ha desarrollado la persona y las consecuentes estrategias de autocuidado.

En la población escogida el estrés se encuentra presente ya que el adulto mayor debe enfrentar demandas externas e internas que exigen una capacidad de afrontamiento eficaz. Al analizar los estilos de afrontamiento al estrés es posible determinar si las demandas superan los recursos cognitivos de las participantes.

Las puntuaciones individuales obtenidas vistas de manera global dan cuenta de la ineficacia del manejo del estrés en las participantes, esto se refleja en el gráfico (X) en donde se observa que la mayoría de las participantes se encuentran debajo de la media.

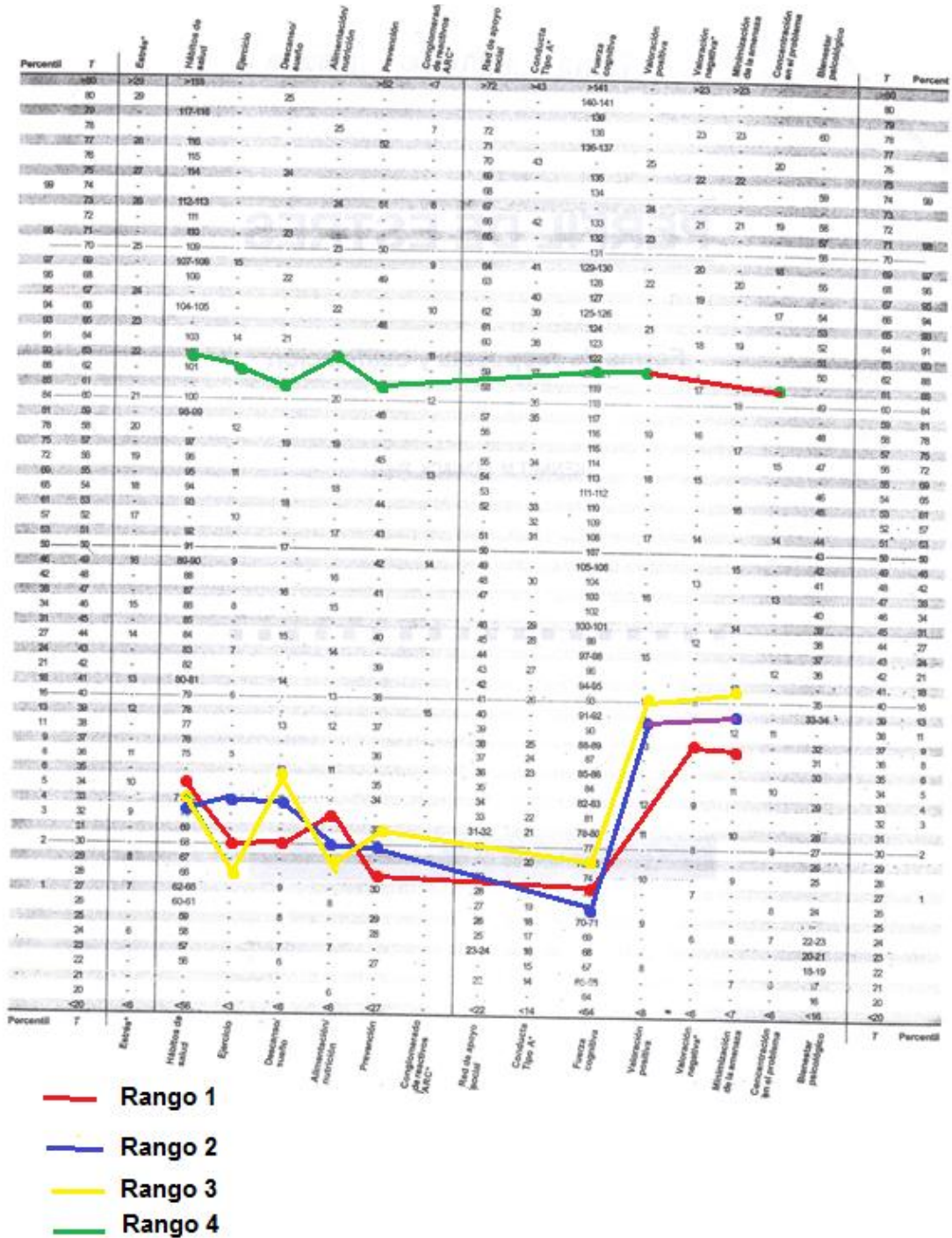


Gráfico 14 Resultados Perfil de Estrés de Nowack

La interpretación de los resultados obtenidos se realiza de la siguiente manera:

Considerando el tamaño de la muestra es importante realizar la interpretación cualitativa de los datos estableciendo *rangos* que permitan la correlación de la información obtenida entre participantes, con el fin de determinar diferencias significativas pertinentes al objeto de estudio.

Para establecer los *rangos* en base a los cuales se analizará la información, se toma como punto de partida los datos obtenidos del área Estilos de Afrontamiento en el Perfil de estrés de Nowack, ya que su análisis aporta información importante acerca de las *conductas dirigidas al autocuidado*, por consiguiente al estudio de las *estrategias de autocuidado*.

<b><u>RANGOS PARA EL ANALISIS</u></b>			
<b>ESTILOS DE AFRONTAMIENTO</b>			
<b>Estilos de base emocional</b>		<b>Estilos centrados en el problema</b>	
1) <i>Valoración Positiva</i>	2) <i>Valoración Negativa</i>	3) <i>Minimización de la amenaza</i>	4) <i>Concentración en el problema</i>
7 Participantes	9 Participantes	3 Participantes	1 Participante
<b><u>Total 20 Participantes</u></b>			

**Gráfico 15 Rangos**

Los rangos establecidos parten de la teorización de Lázarus (1978) acerca de los *estilos de afrontamiento*, en donde establece la importancia de su estudio debido a que un *estilo* es consistente para un individuo determinado a través del tiempo.

El análisis de la información se realiza en el siguiente orden:



**Gráfico 16 Proceso de análisis de datos**

Partiendo del análisis por rangos, se analiza: el estrés percibido, los hábitos de salud y la fuerza cognitiva en función de los estilos de afrontamiento. La información obtenida acerca de las conductas dirigidas al autocuidado se correlaciona con el análisis de lo descrito previamente. Este análisis permite poner a prueba la hipótesis planteada: las estrategias de autocuidado del grupo participante son ineficaces, por lo cual el estrés es un factor predisponente al deterioro de la enfermedad.

Como se presenta en el Gráfico 15. las participantes emplean un *estilo de base emocional* de forma predominante, sin embargo, este siempre se verá acompañado de un *estilo centrado en el problema*. Un estilo de afrontamiento de base emocional se refiere a la respuesta interna de la persona ante una situación estresante, en donde pone en juego sus propias capacidades para afrontar las demandas del entorno. Por otro lado, un estilo de afrontamiento centrado en el problema se refiere a la respuesta que ejecuta la persona ante la situación estresante.

Nueve de las veinte participantes no confían en sus capacidades para enfrentar las demandas del entorno, las cuales son percibidas de forma amenazante por lo que se puede afirmar que las demandas externas superan las capacidades cognitivas del grupo estudiado.

Al desvalorizar sus habilidades para enfrentar un evento estresante, puede aparecer la sensación de no tener control sobre su vida, por otro lado al momento de ejecutar una respuesta las participantes tienden a minimizar el problema, lo que provoca que no exista una confrontación ni una disminución del estrés. Esto influye directamente sobre las estrategias de autocuidado, ya que estas se construyen en base a la percepción que la persona tiene de sus propias capacidades para responder a las demandas del entorno.



Este rango permite dar cuenta de que los estilos predominantes son ineficaces al momento de manejar el estrés ya que no permiten a las participantes adaptarse ni responder a las demandas del entorno de manera efectiva. Debido a la falta de recursos cognitivos al momento de gestionar los estilos de afrontamiento, la capacidad de agencia de autocuidado se ve comprometida. Esto se evidencia en la falta de conductas dirigidas al mantenimiento de la salud (*hábitos de salud*). En conclusión, las características descritas previamente permiten determinar que las participantes de este rango no poseen estrategias de autocuidado eficaces.

El siguiente rango está conformado por las participantes que reducen el impacto de los problemas recordando experiencias felices o visualizando una solución positiva. El estilo de respuesta de ejecución ante la situación estresante es desviando intencionalmente la atención del problema con la finalidad de evitar su confrontación y posible resolución. Estos estilos pueden resultar útiles al momento de minimizar el impacto del estrés, sin embargo no existe una confrontación de la situación estresante lo que los convierte en una forma de evitación. Esto da cuenta de la ineficacia de la *fuerza cognitiva* implicada en las conductas dirigidas al mantenimiento de la salud, lo que dificulta la elaboración de estrategias de autocuidado eficaces.

El tercer rango está conformado por tres participantes cuya respuesta dominante es centrada en el problema y está dirigida principalmente a la mitigación de la significación de la amenaza. La respuesta interna es positiva lo que reduce el impacto de demandas estresantes, sin embargo, como se menciona anteriormente la combinación de estos estilos no resultan eficaces ya que evitan la confrontación de demandas externas. Este rango se distingue del anterior en que la respuesta principal es de ejecución ante la situación y no una respuesta de base emocional. Estos estilos de afrontamiento resultan ineficaces ya que no le permiten a la persona adaptarse ni responder ante situaciones adversas de manera efectiva, lo que influye negativamente sobre las conductas dirigidas al mantenimiento de la salud, por ende a las estrategias de autocuidado.

Los tres rangos analizados previamente utilizan el estilo *minimización de la amenaza*, este estilo de afrontamiento no es adecuado en personas que padecen enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, ya que es importante que exista una vigilancia y atención continua para el cuidado correcto de la enfermedad lo que significa que las conductas de las participantes no están dirigidas al mantenimiento de la salud (Nowack & Jiménez, 2002).

El último rango está conformado por una participante cuyo estilo de afrontamiento está centrado en el problema, lo que le permite desarrollar un plan de acción eficaz para resolver un evento estresante. La respuesta interna está dirigida a recordar experiencias felices o visualizar una solución positiva ante las demandas externas. De acuerdo a lo planteado en la teoría la combinación de estos dos estilos se ajusta a las demandas estresantes, permitiéndole a la persona adaptarse y responder de manera efectiva a los efectos del estrés. Las habilidades implicadas en la gestión de estos estilos dan cuenta de la fuerza cognitiva de la participante, lo que se ve reflejado en la existencia de conductas dirigidas al mantenimiento de la salud. Al existir *estilos de afrontamiento* al estrés adecuados, las estrategias de autocuidado son eficaces lo que significa que el estrés no es un factor predisponente al deterioro de la enfermedad. Esta participante permite establecer una diferencia significativa con los demás rangos, ya que sus habilidades cognitivas al momento de gestionar el estrés le permiten tener una mejor calidad de vida y de esta manera prevenir el deterioro de la enfermedad.

<b>RESUMEN DEL ANÁLISIS</b>	
<u>ESTILO DE AFRONTAMIENTO INEFICAZ</u>	<u>ESTILO DE AFRONTAMIENTO EFICAZ</u>
Valoración negativa + Minimización de la amenaza (Rango 1) Valoración Positiva + Minimización de la amenaza (Rango 2) Minimización de la amenaza + Valoración Positiva (Rango 3) 	Concentración en el problema + Valoración positiva (Rango 4) 
Consecuencias	Consecuencias

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerza cognitiva baja</li> <li>• Hábitos de salud bajos (conductas dirigidas al mantenimiento de la salud)</li> <li>• Estrategias de autocuidado ineficaces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerza cognitiva alta</li> <li>• Hábitos de salud altos (conductas dirigidas al mantenimiento de la salud)</li> <li>• Estrategias de autocuidado eficaces</li> </ul>
<p>FACTOR PREDISPONENTE AL DETERIORO DE LA ENFERMEDAD</p>	<p>FACTOR PROTECTOR DE LA ENFERMEDAD</p>

**Gráfico 17 Resumen del análisis de datos**

La hipótesis planteada se corrobora mediante el análisis elaborado previamente, por lo cual es posible afirmar que al existir estilos de afrontamiento al estrés inadecuados, conductas no dirigidas al mantenimiento de la salud y fuerza cognitiva baja, las estrategias de autocuidado resultan ineficaces.

A lo largo de la investigación se toma en cuenta los procesos cognitivos de la persona, sin embargo, se considera importante mencionar la experiencia de las participantes en cuanto a las relaciones interpersonales ya que estas pueden significar una fuente importante de apoyo al momento de enfrentar demandas externas. Al existir una calidad adecuada de relaciones interpersonales en las participantes es posible que el impacto del estrés se aminore debido al apoyo social recibido.

## CONCLUSIONES

A partir del análisis realizado, es posible concluir que:

- Mediante el análisis realizado es posible dar cuenta de la importancia del estudio de las diferentes capacidades y fortalezas cognitivas del ser humano orientadas al mantenimiento de la salud.
- Las estrategias de autocuidado son un conjunto de conductas dirigidas al autocuidado que han sido interiorizadas a partir de una valoración subjetiva eficaz, sin embargo, el que existan conductas dirigidas al autocuidado no refleja la presencia de una estrategia.
- Al haber determinado que el estrés es un factor predisponente al deterioro de la enfermedad, se estableció la importancia de estilos de afrontamiento eficaces que contribuyan a la elaboración de estrategias de autocuidado.
- Los estilos de afrontamiento ideales para una persona con hipertensión arterial son: el estilo *concentración en el problema*, ya que este permite el cuidado y la atención correcta de la enfermedad, acompañado del estilo *valoración positiva*, que posibilita la disminución de los efectos del estrés provenientes de una situación adversa.
- Por otro lado un estilo de afrontamiento que consiste en la *minimización de la amenaza*, resulta perjudicial para una persona con hipertensión arterial ya que no le permite mantener una vigilancia constante de la enfermedad.
- Otro estilo de afrontamiento perjudicial para las personas con hipertensión arterial es el estilo *valoración negativa*, ya que da cuenta de la desvaloración de las propias habilidades cognitivas para enfrentar un evento estresante. De esta manera es posible determinar la importancia del desarrollo de habilidades cognitivas que permitan el establecimiento de estrategias de autocuidado eficaces.
- La hipótesis planteada se corrobora mediante el análisis elaborado previamente, por lo cual es posible afirmar que al existir estilos de afrontamiento al estrés inadecuados, conductas no dirigidas al mantenimiento de la salud y fuerza cognitiva baja, las estrategias de autocuidado resultan ineficaces.
- La investigación se centra en los procesos cognitivos de la persona, sin embargo, se considera importante mencionar que la existencia de una calidad adecuada de relaciones interpersonales en las participantes, hace posible que el impacto del estrés se aminore debido al apoyo social recibido.

## RECOMENDACIONES

Con el objetivo de contribuir al bienestar psicológico de las participantes, se recomienda la realización de dos técnicas propuestas por la psicología positiva, las cuales pueden ser realizadas en los talleres a los cuales asisten semanalmente acompañadas de un profesional de la salud. Las dos técnicas descritas a continuación apuntan al fortalecimiento de las habilidades cognitivas y contribuyen al establecimiento de estilos de afrontamiento adecuados para la hipertensión arterial (*concentración en el problema y valoración positiva*)

Además de no atender a las demandas del entorno, las participantes descuidan los cuidados de la enfermedad.

La primera técnica se denomina *Memoria autobiográfica*. Esta pretende revivir diferentes acciones, acontecimientos, hechos y situaciones que la persona considera que han sido importantes en su vida. Durante la realización de este proceso mental se traen a la conciencia experiencias pasadas y conflictos sin resolver, por lo cual al ser revisados de nuevo es común que aparezca una resolución que les permita alcanzar un sentimiento de serenidad y sabiduría. Esta técnica además de ejercitar la memoria del adulto mayor, le permite reevaluar dichos sucesos, darles un nuevo significado e integrarlos nuevamente a su vida de manera que contribuyan en la construcción de la propia identidad o *sí mismo*. Esta técnica puede ser utilizada de manera grupal o individual, sin embargo, se obtiene mayor valor terapéutico cuando es llevada a cabo de forma individual, reflexionando sobre el pasado personal y evaluando los eventos importantes de cada etapa de la vida de la persona. Esta técnica hace posible que las participantes asuman un papel activo en los sucesos de la vida cotidiana que provocan estrés, dando paso al desarrollo de habilidades cognitivas que incentiven la creación de estrategias de afrontamiento adecuadas (Hervás, 2009).

La segunda técnica se denomina *Revisión de Vida centrada en Sucesos Específicos Positivos*, esta consiste en ir guiando al adulto mayor a través de distintos sucesos específicos positivos. A través de esta técnica es posible que la persona reviva los sentimientos asociados a estos recuerdos y de esta forma mejorar el estado de ánimo y sensación de satisfacción con la vida. Esta técnica se la realiza mediante una serie de preguntas que indagan la vida de las participantes por etapas, por ejemplo: ¿Recuerdas algún día en el que estuvieras viviendo algo muy especial junto con tu familia cuando eras

niño?, ¿Por qué crees que eso te hizo sentir contenta?. Esta es una técnica de intervención cognitiva que es empleada a manera de entrevista y se la realiza principalmente de forma individual, orientando cada sesión a una etapa determinada de la vida (Hervás, 2009).

La idea fundamental de esta técnica es que recordar el pasado puede provocar emociones positivas, lo que incrementa la gratitud sobre los recuerdos positivos a la vez que reduce los sentimientos negativos que pueden estar interfiriendo con la satisfacción que se puede obtener en el presente. Esta técnica se recomienda principalmente por la sensación de bienestar que provocan estas experiencias positivas en la persona, además de que se pretende orientar la atención de las personas en los aspectos positivos de una situación para así desarrollar confianza en las propias capacidades destinadas al afrontamiento de situaciones adversas (Hervás, 2009).

Por otro lado, es fundamental que las participantes conozcan técnicas dirigidas a mitigar los efectos del estrés para de esta manera mantener controlada la enfermedad y gozar de salud física y mental. La técnica propuesta por las investigadoras puede ser realizada de forma grupal o individual y debe ser dirigida por un profesional de la salud.

La técnica consiste en la relajación física y mental de la persona a través de ejercicios de respiración que le permitan tomar control de sí misma. La relajación se considera una capacidad innata del cuerpo destinada a lograr un estado especial caracterizado por una reducción del ritmo respiratorio, del ritmo cardiaco y de la presión arterial, lo que provoca una modificación en las ondas cerebrales, una reducción de la velocidad del metabolismo y finalmente una ruptura con el ciclo de preocupación o ansiedad.

La técnica de relajación es muy sencilla de realizar y se la puede dirigir de diferentes formas, esto depende de la orientación del terapeuta, sin embargo, la forma común de realizarla es estableciendo un ambiente libre de ruidos, privado y equipado con lo necesario para la relajación (música, un lugar cómodo para sentarse o acostarse, incienso o velas).

Durante el proceso, primero se intenta que la persona tome conciencia de su respiración para que gradualmente la controle y logre una respiración profunda y relajada. Posteriormente se presta atención a cada parte del cuerpo con el objetivo de eliminar cualquier tensión muscular. Una vez alcanzado esto, se puede dirigir a la persona por medio de la imaginación a un lugar tranquilo, pacífico donde pueda resolver sus inquietudes y liberarse del estrés. Finalmente, se debe despertar a la persona gradualmente y al final es

recomendable realizar una retroalimentación de lo sentido por la persona y lo observado por el terapeuta (Benson, 1996).

## BIBLIOGRAFÍA

- Achury, D., Sepúlveda, G., & Rodríguez, S. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación de enfermería: imagen y desarrollo*, 11(2), 9-25.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 161-164.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Benson, H. (1996). *La relajación, una terapia imprescindible para mejorar la salud*. España: Grijalbo.
- Campillo, J. (2012). *El mono estresado*. Barcelona: Crítica S.L.
- Castro, A., Cosentino, A., Omar, A., Tarragona, M., & Tonon, G. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Coca, A., Aranda, P., & Redón, J. (2009). *Manejo del Paciente Hipertenso en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Craig, G., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson.
- Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapajaros*. Barcelona: Gedisa.
- González García, M. J. (2006). *Manejo del estrés*. Málaga: INNOVA.
- González, C., & Rojas, J. (2011). *Efectos de la imaginería guiada sobre la calidad de vida de niños con leucemia linfoblástica aguda*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hervás, G. (2009). Psicología Positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23-41.
- Lazarus, R. (1981). *The stress and coping paradigm*. New York: Spectrum.
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Launier, R. (1978). *Stress related transactions between persons and environment*. New York: L. Pervin.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Junio de 2011). *NORMATIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD . PROTOCOLOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial)* . Ecuador.
- Molerio, O., Arce , M., Otero , I., & Nieves, Z. (17 de Mayo de 2004). *El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial*. Obtenido de Biblioteca Virtual en Salud: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43\\_1\\_05/hig07105.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hig07105.pdf)
- Nowack, K., & Jiménez, J. (2002). *Perfil de Estrés de Nowack*. México: Manual Moderno.
- Pérez Serrano, G. (2002). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Saieh, C., & Zehnder, C. (2008). *Hipertensión Arterial*. Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.
- Tobal, J., Cano, A., Casado, M., & Escalona, A. (1994). *Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos*. Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid.
- Tobón, O. (2003). *El Autocuidado, una habilidad para vivir. Hacia la Promoción de la Salud Universidad de Caldas*, 208-220.
- Valiente, M. (2014). *El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. Psico-oncología*, 19-34.



# ANEXOS

## Anexo A. Validación del cuestionario

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Estimado/a docente:

Somos estudiantes de la carrera de Psicología Clínica y estamos haciendo nuestra investigación con el tema: "Análisis de la relación entre el estrés, las estrategias de autocuidado y la hipertensión arterial. Estudio en mujeres de 60 a 70 años, de la Asociación del Adulto mayor del Comité del pueblo, en el período abril-julio 2016". Como parte del proceso, deseamos usar un cuestionario, el mismo que requiere ser validado por interjueces.

Solicitamos su ayuda para llevar a cabo esta validación, para lo cual proponemos el cuestionario a continuación, en forma de una tabla que contiene las preguntas y los ítems de validación. Le pedimos por favor que responda con un "sí" o un "no". En el caso de que la respuesta sea "no", por favor, coloque su recomendación.

Agradecemos de antemano por su ayuda.

### Cuestionario acerca de las Estrategias de Autocuidado en mujeres con hipertensión arterial

Edad:

El presente cuestionario tiene como objetivo el conocer acerca de las formas de cuidado que usted ha desarrollado debido a su enfermedad. Este abarca el ámbito físico, mental y emocional. Sus datos personales no son necesarios para la investigación, sin embargo, la información obtenida será difundida durante el proceso de presentación del trabajo final.

A continuación encontrará una serie de preguntas que deberán ser contestadas con SI/NO. En el caso de que no desee contestar la pregunta puede dejarla en blanco.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Preguntas	SI NO		¿El lenguaje es apropiado?	¿Es pertinente al tema?	¿La indagación de la pregunta es adecuada?	Observaciones
	SI	NO				
1. ¿ Realiza alguna actividad física que le permita mantenerse saludable?	✓		✓	✓	✓	
2. ¿Cuida su alimentación de acuerdo a las indicaciones de su médico?						se pensaría que todos los pacientes tienen un médico nutricionista?
3. ¿ Evita realizar actividades que pueden perjudicar a su salud?			✓	✓		No es clara la pregunta
4. ¿ Puede reconocer las emociones que influyen de forma negativa en su enfermedad?	✓		✓	✓		
5. ¿ Siente usted que su enfermedad ha perjudicado su estado de ánimo?	✓		✓	✓	✓	
6. ¿ Se siente capaz de realizar las actividades del día a día?	✓		✓	✓	✓	

7. ¿ Realiza actividades que le provocan bienestar?	✓		✓	✓	✓	✓	
8. ¿ Comparte actividades con sus familiares o amigos?	✓		✓	✓	✓	✓	
9. ¿ Se mantiene en contacto con sus seres queridos?	✓		✓	✓	✓	✓	
10. ¿ Ante situaciones de estrés, realiza actividades que le permitan relajarse?	✓		✓	✓	✓	✓	
11. ¿ A lo largo del día, mantiene pensamientos positivos que le hacen sentir bien?	✓		✓	✓	✓	✓	
12. ¿ Conviene con grupos de su misma edad?	✓		✓	✓	✓	✓	
13. ¿ Se mantiene informado a través de los medios de comunicación?							En qué sentido? ser más específico
14. ¿ Practica las costumbres religiosas de su preferencia?							Y si no practica?
15. ¿ Realiza actividades destinadas al bienestar espiritual, tales como la meditación o la oración?	✓		✓	✓	✓	✓	
16. ¿ Es usted constante en el uso de los medicamentos prescritos por su médico?	✓		✓	✓	✓	✓	
17. ¿ En caso de que su estado de salud decaiga, busca ayuda?	✓		✓	✓	✓	✓	
18. ¿ Lleva usted un estilo de vida que le permita mantener controlada su enfermedad?	✓		✓	✓	✓	✓	

ser más

Nathalia Bonuz

25/07/2016

# PERFIL DE ESTRÉS

Forma de respuesta y calificación

KENNET M. NOWACK, PH.D.



Retire esta carátula antes de aplicar el Perfil de Estrés



Copyright © 1999 Western Psychological Services  
D. R. © 2002 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida por ningún medio, electrónico o mecánico incluyendo la fotocopia, grabación o cualquier sistema de almacenamiento o recuperación, sin permiso previo y escrito de la Editorial.



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Nivel educativo (años completados):  <12  12  13  14  15  16  >16

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_ Número de identificación del aplicador: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

<b>PERFIL DE ESTRÉS</b>	<b>Instrucciones</b>
	<p>Primero llene la ficha de identificación. Marque con un círculo <b>sólo una</b> respuesta en cada pregunta. Si desea cambiar alguna respuesta que ya marcó, sólo escriba una <b>X</b> sobre la primera respuesta y después dibuje un círculo alrededor de la respuesta correcta.</p> <p>Hay instrucciones para cada grupo de preguntas en el Cuadernillo de aplicación, las cuales describen las respuestas que puede escoger. Lea cada pregunta con cuidado y marque el número que corresponda a su respuesta en esta Forma. Dibuje un círculo alrededor del número o la letra que corresponda a su respuesta.</p>

PARTE I	
1 ▶ Nunca	1. 1 2 3 4 5
2 ▶ Rara vez	2. 1 2 3 4 5
3 ▶ Algunas veces	3. 1 2 3 4 5
4 ▶ A menudo	4. 1 2 3 4 5
5 ▶ Siempre	5. 1 2 3 4 5
	6. 1 2 3 4 5

PARTE II	
1 ▶ Nunca	7. 1 2 3 4 5
2 ▶ Rara vez	8. 1 2 3 4 5
3 ▶ Algunas veces	9. 1 2 3 4 5
4 ▶ A menudo	10. 1 2 3 4 5
5 ▶ Siempre	11. 1 2 3 4 5
	12. 1 2 3 4 5
	13. 1 2 3 4 5
	14. 1 2 3 4 5
	15. 1 2 3 4 5
	16. 1 2 3 4 5
	17. 1 2 3 4 5
	18. 1 2 3 4 5
	19. 1 2 3 4 5
	20. 1 2 3 4 5
	21. 1 2 3 4 5
	22. 1 2 3 4 5
	23. 1 2 3 4 5
	24. 1 2 3 4 5
	25. 1 2 3 4 5
	26. 1 2 3 4 5
	27. 1 2 3 4 5
	28. 1 2 3 4 5
	29. 1 2 3 4 5
	30. 1 2 3 4 5
1 ▶ Ninguno	31. 1 2 3 4 5
2 ▶ De 1 a 4 cigarrillos	
3 ▶ De 5 a 10 cigarrillos	
4 ▶ De 11 a 20 cigarrillos	
5 ▶ Más de una cajetilla	

PARTE III	
<b>A</b>	32. 1 2 3 4 5 6
1 ▶ Nunca	33. 1 2 3 4 5 6
2 ▶ Rara vez	34. 1 2 3 4 5 6
3 ▶ Algunas veces	35. 1 2 3 4 5 6
4 ▶ A menudo	36. 1 2 3 4 5 6
5 ▶ Siempre	37. 1 2 3 4 5 6
6 ▶ No aplicable	38. 1 2 3 4 5 6
	39. 1 2 3 4 5 6
	40. 1 2 3 4 5 6
	41. 1 2 3 4 5 6
<b>B</b>	42. 1 2 3 4 5 6
1 ▶ No del todo satisfecho	43. 1 2 3 4 5 6
2 ▶ Poco satisfecho	44. 1 2 3 4 5 6
3 ▶ Moderadamente satisfecho	45. 1 2 3 4 5 6
4 ▶ Muy satisfecho	46. 1 2 3 4 5 6
5 ▶ Extremadamente satisfecho	
6 ▶ No aplicable	

(continúa al reverso)

### Instrucciones para la calificación

Revise las páginas exteriores para cerciorarse de que estén completas. Si faltan respuestas o existen preguntas con respuesta doble, consulte con el examinando para completarlas si es posible. En el caso de preguntas sin respuesta o con respuesta doble, dibuje un círculo alrededor del valor de respuesta mediano impreso en negritas en la hoja de puntuaciones.

Los 10 pares de reactivos que se listan enseguida, se emplean para obtener la puntuación del Índice de Inconsistencia en las respuestas (INR). Para cada uno de estos reactivos, copie el valor de respuesta que está dentro del círculo en la hoja de puntuaciones (no los números de respuesta marcados en las páginas exteriores). Compare los valores de respuesta de cada par de reactivos del INR; si son diferentes por más de 1, escriba una marca (X) en el cuadro junto a cada par. Cuente el número de cuadros marcados y registre el total en el espacio designado para la puntuación natural del INR.

Para obtener el resto de las puntuaciones naturales del **Perfil de Estrés**, agregue los valores de las respuestas encerradas en círculos de cada escala en la hoja de puntuaciones. Transfiera todas las puntuaciones naturales de dicha hoja hacia el espacio "Puntuaciones naturales" de la gráfica de resumen del **Perfil de Estrés**. Registre las puntuaciones naturales del Índice de Sesgo en las respuestas y del índice de Inconsistencia en las respuestas en los dos espacios al final de la gráfica de resumen.

Utilice la gráfica de resumen para ilustrar las puntuaciones naturales de cada escala y determinar sus puntuaciones estándar correspondientes. Para hacer esto, localice y marque el valor de la puntuación natural de cada escala en la columna ubicada arriba del espacio donde ha escrito el número. Tanto en el extremo izquierdo como en el derecho de la fila en que aparece este valor en la gráfica, encontrará la puntuación *T* y el rango percentil que correspondan. Registre la puntuación *T* de cada escala en el espacio apropiado en la parte inferior de la gráfica de resumen.

### Índice de Inconsistencia en las respuestas (Marque si la diferencia es >1)

- |                      |                    |                          |
|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Reactivo 32 _____ y  | reactivo 42 _____  | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 34 _____ y  | reactivo 44 _____  | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 36 _____ y  | reactivo 41 _____  | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 37 _____ y  | reactivo 38 _____  | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 40 _____ y  | reactivo 45 _____  | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 82 _____ y  | reactivo 84 _____  | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 109 _____ y | reactivo 110 _____ | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 114 _____ y | reactivo 115 _____ | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 111 _____ y | reactivo 113 _____ | <input type="checkbox"/> |
| Reactivo 116 _____ y | reactivo 118 _____ | <input type="checkbox"/> |

Puntuación natural: \_\_\_\_\_

47.	1	2	3	4	5
48.	1	2	3	4	5
49.	1	2	3	4	5
50.	1	2	3	4	5
51.	1	2	3	4	5
52.	1	2	3	4	5
53.	1	2	3	4	5
54.	1	2	3	4	5
55.	1	2	3	4	5
56.	1	2	3	4	5

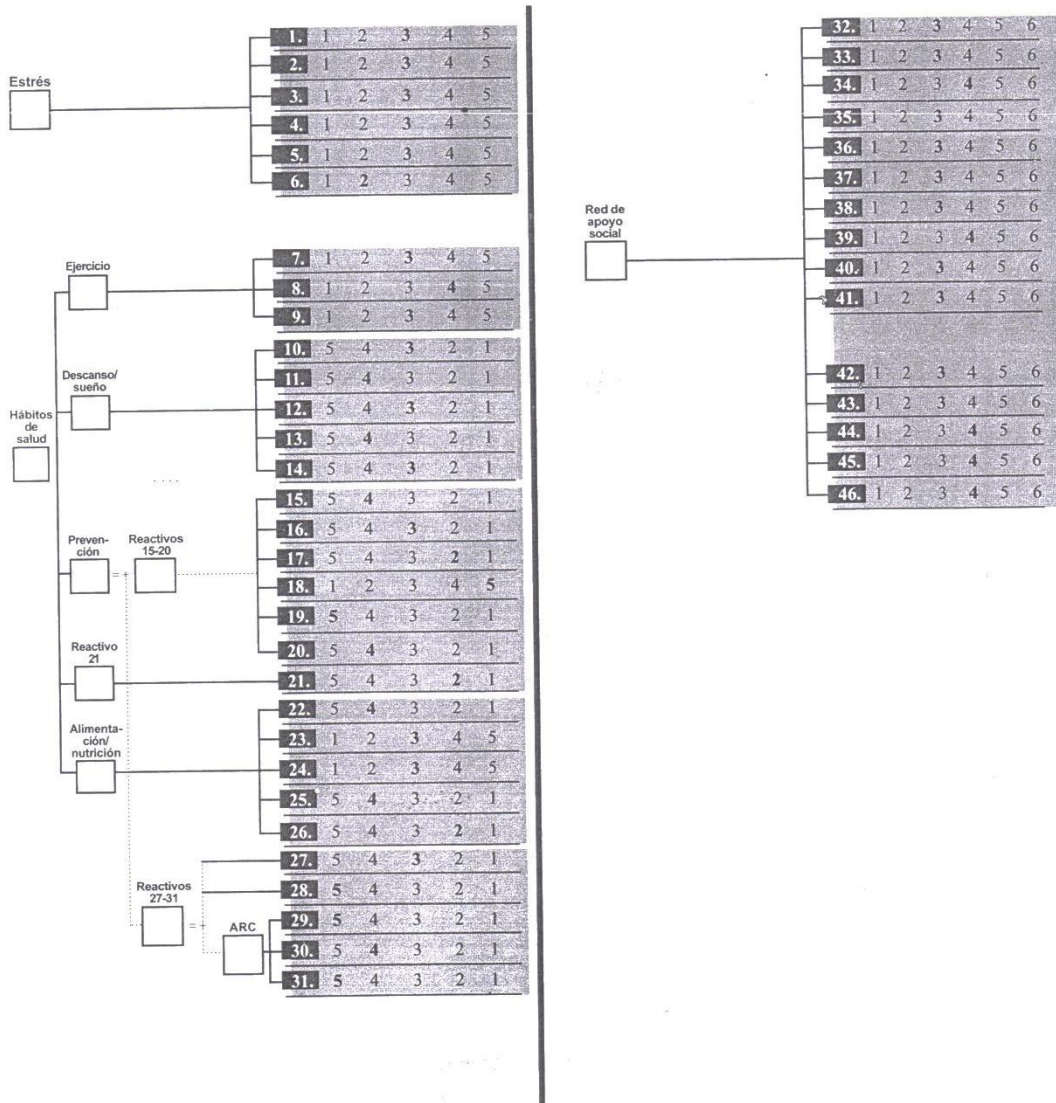
57.	5	4	3	2	1
58.	5	4	3	2	1
59.	5	4	3	2	1
60.	5	4	3	2	1
61.	5	4	3	2	1
62.	5	4	3	2	1
63.	1	2	3	4	5
64.	1	2	3	4	5
65.	1	2	3	4	5
66.	1	2	3	4	5
67.	1	2	3	4	5
68.	1	2	3	4	5
69.	5	4	3	2	1
70.	5	4	3	2	1
71.	1	2	3	4	5
72.	5	4	3	2	1
73.	1	2	3	4	5
74.	5	4	3	2	1
75.	5	4	3	2	1
76.	1	2	3	4	5
77.	1	2	3	4	5
78.	5	4	3	2	1
79.	1	2	3	4	5
80.	1	2	3	4	5
81.	1	2	3	4	5
82.	1	2	3	4	5
83.	1	2	3	4	5
84.	1	2	3	4	5
85.	1	2	3	4	5
86.	5	4	3	2	1

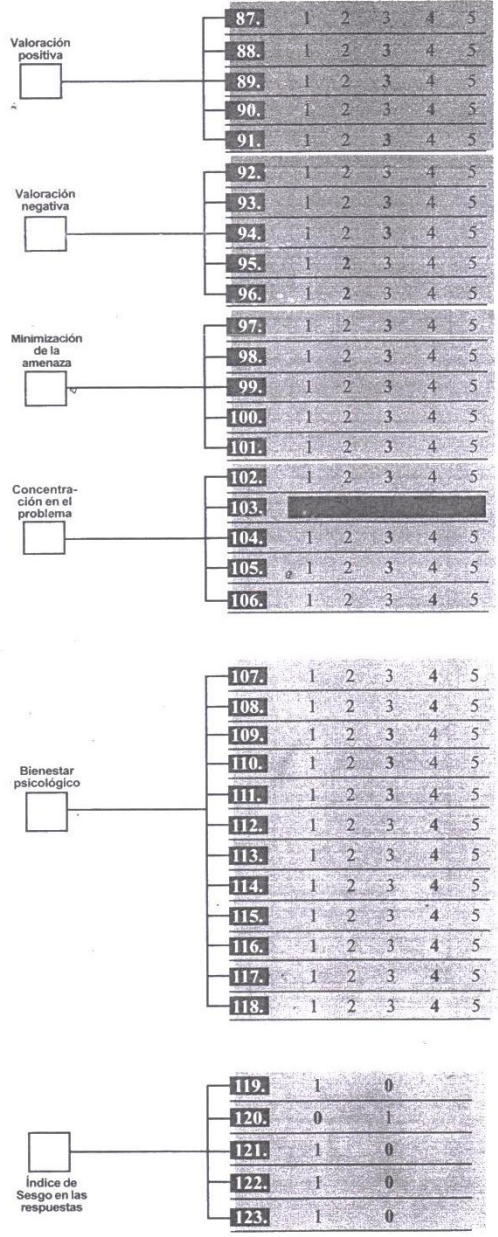
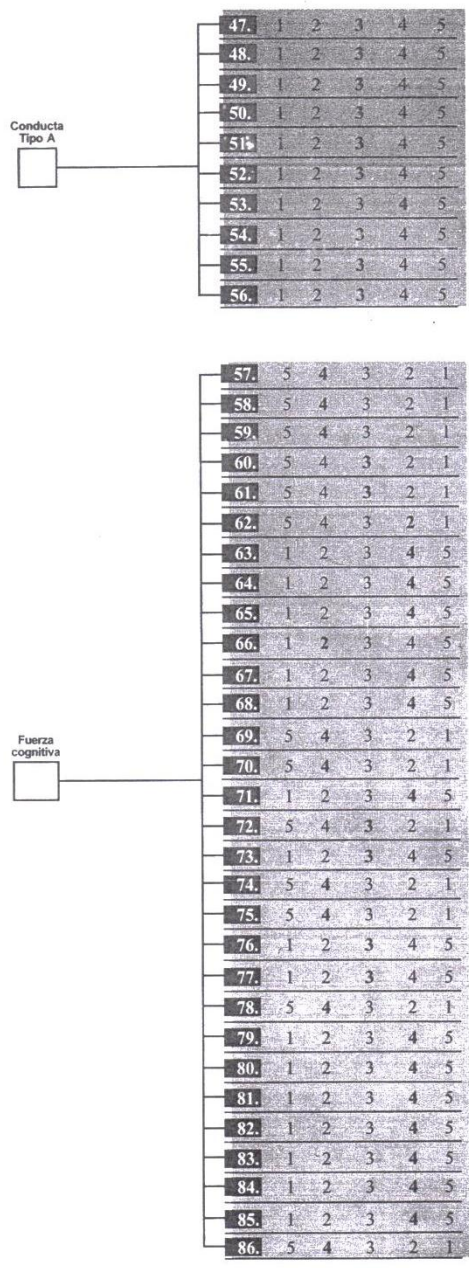
87.	1	2	3	4	5
88.	1	2	3	4	5
89.	1	2	3	4	5
90.	1	2	3	4	5
91.	1	2	3	4	5
92.	1	2	3	4	5
93.	1	2	3	4	5
94.	1	2	3	4	5
95.	1	2	3	4	5
96.	1	2	3	4	5
97.	1	2	3	4	5
98.	1	2	3	4	5
99.	1	2	3	4	5
100.	1	2	3	4	5
101.	1	2	3	4	5
102.	1	2	3	4	5
103.					
104.	1	2	3	4	5
105.	1	2	3	4	5
106.	1	2	3	4	5

107.	1	2	3	4	5
108.	1	2	3	4	5
109.	1	2	3	4	5
110.	1	2	3	4	5
111.	1	2	3	4	5
112.	1	2	3	4	5
113.	1	2	3	4	5
114.	1	2	3	4	5
115.	1	2	3	4	5
116.	1	2	3	4	5
117.	1	2	3	4	5
118.	1	2	3	4	5

119.	1	0
120.	0	1
121.	1	0
122.	1	0
123.	1	0

## Hoja de puntuaciones





## Anexo C. Cuestionario de autocuidado



**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**  
Facultad de Psicología

### Cuestionario acerca de las Estrategias de Autocuidado en mujeres con hipertensión arterial

**Edad:**

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer acerca de las formas de cuidado que usted ha desarrollado por su enfermedad. Este abarca el ámbito físico, mental y emocional. Sus datos personales no son necesarios para la investigación, sin embargo, la información obtenida será difundida durante el proceso de presentación del trabajo final.

A continuación encontrará una serie de preguntas que deberán ser contestadas con SI/NO. En el caso de que no desee contestar la pregunta puede dejarla en blanco.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Preguntas	SI	NO
1. ¿Realiza usted alguna actividad física recomendada para su enfermedad?		
2. ¿Cuida su alimentación de acuerdo a las indicaciones de su médico?		
3. ¿Evita realizar actividades que pueden perjudicar su salud?		
4. ¿Es usted constante en el uso de los medicamentos prescritos por su médico?		
5. ¿Puede reconocer las emociones que influyen de forma negativa en su enfermedad?		
6. ¿A lo largo del día, mantiene pensamientos positivos que le hacen sentir bien?		
7. ¿Siente usted que su enfermedad ha perjudicado su estado de ánimo?		
8. ¿Se siente capaz todos los días de realizar las actividades cotidianas?		
9. ¿Se mantiene en contacto con sus seres queridos?		
10. ¿Comparte actividades con sus familiares?		
11. ¿Comparte actividades con sus amigos?		
12. ¿Realiza actividades que le provocan bienestar?		
13. ¿Ante situaciones de estrés, realiza actividades que le permitan relajarse?		
14. ¿Comparte con personas de su misma edad?		
15. ¿Se mantiene informado de lo que pasa a su alrededor, a través de los medios de comunicación?		
16. ¿Mantiene costumbres religiosas tradicionales?		
17. ¿Realiza actividades destinadas al bienestar espiritual, tales como la meditación o la oración?		
18. ¿En caso de que su estado de salud decaiga, busca ayuda?		
19. ¿Lleva usted un estilo de vida que le permita mantener controlada su enfermedad?		

## **Anexo D. Consentimiento informado**

Andrea Torres y Selene Vallejo

Este formulario de consentimiento informado se dirige a las mujeres pertenecientes al grupo del Adulto Mayor que han sido invitadas a participar en la Investigación acerca de la relación entre el estrés, las estrategias de autocuidado y la hipertensión arterial.

Andrea Torres y Selene Vallejo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información
- Formulario de Consentimiento.

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

### **PARTE I: Información**

Nosotras somos Andrea Torres y Selene Vallejo, somos estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la Facultad de psicología. Estamos investigando acerca de la hipertensión arterial y su relación con el estrés. A continuación le vamos a proporcionar mayor información y le invitaremos a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo acerca de la investigación. Durante la investigación es posible que surjan algunas palabras cuyo significado no esté claro para usted, en ese caso estaremos gustosas de explicarle. Si más tarde tiene preguntas, puede acercarse a cualquiera de nosotras sin problema.

### **Propósito**

El objetivo de esta investigación es determinar si el estrés presente en las personas influye en la hipertensión arterial. Por otro lado queremos también conocer las formas de cuidado que usted ha empleado a lo largo de su vida desde que fue diagnosticada con dicha enfermedad.



## **Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

### **Facultad de Psicología**

La hipertensión arterial es una condición presente en gran parte de la población ecuatoriana, afectando especialmente al adulto mayor. Si bien la medicación y los cuidados físicos son muy importantes al momento de tratar la enfermedad, reconocer que existe un factor psicológico implicado en la hipertensión arterial es de igual manera imprescindible.

Es por ello que en esta investigación el objetivo principal es determinar si los niveles de estrés a los que usted ha estado expuesta han tenido un efecto negativo en la enfermedad y de igual forma el poder conocer las formas en que usted se ha cuidado tanto física como mentalmente nos brinda información muy enriquecedora.

#### **Tipo de Intervención de Investigación**

Esta investigación incluye el uso de algunos test psicológicos y la aplicación de un ejercicio de imaginación y relajación.

#### **Selección de participantes**

Estamos invitando a participar en esta investigación a todas las mujeres mayores a 60 años que han sido diagnosticadas con hipertensión arterial.

#### **Participación voluntaria**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede decidir si desea participar o no. Su decisión no influye en los beneficios y servicios de los que goza dentro del grupo.

#### **Procedimientos y protocolo**

La investigación iniciará con la aplicación del Test de Nowack, el cual está conformado por varias preguntas que tienen como objetivo el conocer los niveles de estrés a los que usted se encuentra expuesta.

A continuación se realizará un ejercicio de relajación, en el cual se le dará a elegir diversas situaciones estresantes para luego ser imaginadas por usted. El objetivo de este ejercicio es determinar si la situación estresante que usted ha escogido ha provocado cambios en su presión arterial. Finalmente se procederá a aplicar un cuestionario que busca información acerca de las formas de cuidarse que usted ha adoptado a lo largo de su vida.

### **Duración**

La investigación durará aproximadamente 1 hora y 15 minutos. Se la realizará en el lugar donde usted se sienta más cómoda y únicamente será por un día.

### **Beneficios**

El participar en esta investigación le permitirá a usted conocer más acerca de sus emociones y la forma en que pueden influir en su enfermedad. Además podrá darse cuenta de cómo ha llevado su vida desde que fue diagnosticada con hipertensión arterial.

### **Confidencialidad**

Su identidad no será revelada por ningún motivo y toda la información recolectada se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en lugar de su nombre y solo los investigadores sabrán a quien pertenece la información y esta no será entregada a nadie a excepción de las personas encargadas de supervisar la investigación.

### **Derecho a negarse o retirarse**

Usted no se encuentra obligada a participar en esta investigación. La decisión es suya y en caso de que decida no participar no existirán ningún tipo de consecuencias que puedan afectarle. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee.

### **A quien contactar**

Si tiene alguna pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haber culminado la investigación. En este caso puede contactarnos a los siguientes teléfonos:

Andrea Torres 0987356313

Selene Vallejo 0999961392

## PARTE II

### Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación acerca de la relación entre el estrés, las estrategias de autocuidado y la hipertensión arterial. Entiendo que deberé contestar a una serie de preguntas además de realizar un ejercicio de relajación e imaginación. He sido informado de que no existen riesgos por participar en la investigación. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_ (iniciales del investigador/asistente)