

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS

“Relación entre el nivel de adaptación y estilo de vida (ansiedad y depresión) del paciente adulto joven con hipertensión arterial”

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

L.E. Esther Berenice González Romero

Director de tesis:

Dr. Nicolás Padilla Raygoza

Co-directora de tesis:

MCE. María de Lourdes García Campos

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México.

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. En México la prevalencia de HTA incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%).

Con la finalidad de que las personas se adapten a la hipertensión arterial es necesario que adquieran o modifiquen estilos de vida con base a la teoría de Sor Callista Roy para la disminución de complicaciones o mortalidad como consecuencia de la enfermedad.

Ya que la depresión y los problemas o factores psicosociales están ligados, ocasionando alteración del nivel de adaptación de la persona hipertensa, entonces si se mejoran las condiciones del estilo de vida con educación se podrán mejorar también la adaptación del adulto joven, considerando máximo nivel de adaptación al hecho de que se tenga una mejor calidad de vida al disminuir los cifras de presión arterial, es decir, que se logre un adecuado control de su hipertensión, y con esto se estarían disminuyendo también las complicaciones que lo afectan y que pueden ocasionarle la muerte.

Objetivos. Determinar la relación entre el nivel de adaptación (cifras de presión arterial) y el estilo de vida (ansiedad y depresión) del adulto joven con hipertensión arterial.

Material y Métodos. Se trata de un estudio de tipo transversal descriptivo, en el cual se consideró como universo de estudio a 200 pacientes que padecen Hipertensión Arterial de la colonia Moctezuma, con una muestra de 99 pacientes.

Los instrumentos que permitieron evaluar la calidad de vida y el estilo de vida ansiedad y depresión en el paciente con Hipertensión Arterial fueron: El Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) es un instrumento validado en nuestro país con la finalidad de evaluar la calidad de vida (CVRS) en este grupo de pacientes que permita, además, determinar la relación existente entre la CVRS y las variables clínicas. Y el Instrumento Viveros03/Zerimar para evaluar el estilo de vida ansiedad y depresión. El análisis estadístico fue realizado en el paquete estadístico STATA 10.0. La descripción de las variables cualitativas se realizó mediante frecuencias y proporciones, para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

SUMMARY

The arterial hypertension (HTA) is one of the main factors of risk to endure cardiovascular, cerebrovascular disease and renal flaw, which are important causes of mortality in Mexico.

In the world, the cardiovascular diseases are responsible for approximately 17 million deaths per year, almost a third of the whole. Between them, the complications of the hypertension cause annually 9,4 million deaths. In Mexico, the prevalence of hypertension increased 19.7% to affect 1 in every 3 adults Mexican (31.6%).

With the purpose of that people to adapt to the high blood pressure is necessary to acquire or modify styles of life on the basis of the theory of Sister Callista Roy for the reduction of complications or mortality as a result of the disease.

Since the depression and the problems or psychosocial factors are tied, causing alteration of the level of adaptation of the hypertense person, of that time if the conditions of the life style are improved with education there will be able to be improved also the adaptation of the young adult, considering maximum adaptation level to the fact of which a better quality of life should be had on having diminished the numbers of blood pressure, that is to say, that achieves a suitable control of its hypertension, and with this there would be diminished also the complications that affect it and that can cause the death.

Objectives. Determine the relationship between the level of adaptation (figures of blood pressure) and lifestyle (anxiety and depression) of the young adult with arterial hypertension.

Material and methods. It is a study of transverse descriptive, in which universe of study was considered to 200 patients suffering from Arterial hypertension of the colonia Moctezuma, with a sample of 99 patients.

The instruments that allowed to evaluate the quality of life and the life style anxiety and depression in the patient with Arterial Hypertension were: The Questionnaire of Quality of life in Arterial Hypertension (SHAWL) is an instrument validated in our country for the purpose of evaluating the quality of life (CVRS) in this group of patients that allows, also, to determine the existing relation between the CVRS and the clinical variables. And the Instrument Viveros03/Zerimar to evaluate the life style anxiety and depression. The statistical analysis was realized in the statistical bundle STATA 10.0. The description of the qualitative variables was realized by means of frequencies and proportions, for the quantitative variables there were used measurements of central tendency and dispersion.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo de investigación:

A Dios por permitirme haber puesto todos los medios posibles e imposibles para que terminara satisfactoriamente este gran proyecto ya que me estuvo guiando en todo momento y nunca me dejó de sus manos.

A mis padres que sin su ayuda, amor, comprensión y sin sus oraciones no lo hubiera logrado.

A mi hermana por tu apoyo, consejos y amor a cada momento siendo mi motor en este caminar.

A mis amigas por su apoyo, cariño y motivación que me impulsaron a no desmayar.

A mis tutores, Dr. Nicolás Padilla Raygoza y MCM. María de Lourdes García Campos quienes me guiaron en todo momento, confiaron en mí y me motivaron hasta terminar esta Tesis.

A CONACYT por creer en mí como becada al apoyarme hasta finalizar esta maravillosa experiencia en mi vida, convirtieron un sueño en realidad.

A mis pacientes por permitirme entrar en sus vidas con este trabajo de investigación esperando que sea para su beneficio.

Al lector, deseando que este trabajo además de información sea útil para que incursione en este ámbito maravilloso que es la investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por darme la vida, salud y fuerzas para culminar este proyecto de investigación, gracias por estar conmigo y tomarme en tus brazos dándome aliento cuando sentía que desfallecía. Te amo eternamente mi Dios.

Papi muchas gracias por ser el hombre más maravilloso de este mundo, gracias por estar conmigo, por tu amor y por tus oraciones que sé que fueron noche y día. Te amo profundamente papi.

Mami tu me viste empezar este sueño y me motivaste con tus palabras hermosas de aliento, vives en mí por eso sé que desde el cielo me estás viendo culminar esto que empezamos juntas, te amo inmensamente mami.

Hermanita Becki muchas gracias por ser mi hermana mayor, y por ser mi única hermana, gracias por tu amor, comprensión, consejos y apoyo incondicional, por ser mi cómplice y ayudarme a lograr mis sueños, te amo demasiado.

Amigas muchas gracias por confiar en mí, por echarme porras dándome ánimo, sus palabras y apoyo me ayudaron a seguir hasta ver finalizado este gran proyecto, las quiero mucho lo saben.

Abuelito Luis Romero Medina muchas gracias por quererme mucho su ánimo y entusiasmo me motivaron para culminar este arduo trabajo siempre está en mi corazón, lo quiere mucho su coconita menor.

A mis maestros y en especial a mis tutores Dr. Nicolás Padilla Raygoza y maestra MCM María de Lourdes García Campos muchas gracias por su confianza, su guianza y apoyo, caminaron conmigo hasta el último momento sin dejarme, créanme que sin su ayuda no lo hubiera logrado.

Agradezco el apoyo brindado por CONACYT por haberme asignado una beca para cursar mi maestría.

A todos ustedes muchas gracias por existir y formar parte de mi vida y de esta historia. Los amo. Dios los bendiga siempre.

ATENTAMENTE

LE. Esther Berenice González Romero

Nombre y firma

ÍNDICES

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	10
4.1 Modelo de la Adaptación (Sor Callista Roy).....	10
4.1.1. Elementos del metaparadigma del Modelo de Adaptación de Roy.....	13
4.1.2. Conceptos básicos del Modelo de Adaptación.....	14
4.2 Adulto joven y su estilo de vida (ansiedad y depresión).....	22
4.2.1. Descripción del adulto joven.....	25
4.2.2. Hipertensión Arterial.....	41
4.2.3. La enfermedad y el ciclo familiar.....	42
4.2.4. Ansiedad.....	44
4.2.5. Depresión.....	45
4.2.6. El autoconcepto de la persona con hipertensión arterial.....	45
4.3 Hipertensión arterial y su relación con la depresión y ansiedad.....	48
4.4 Participación de enfermería en la modificación de estilo de vida y la disminución de las cifras de presión arterial.....	50
V. HIPÓTESIS	52
VI. OBJETIVOS	53
6.1. General.....	53
6.2. Específicos.....	53
VII. METODOLOGIA	54
7.1 Tipo de estudio.....	54
7.2 Diseño metodológico.....	54
7.3 Límites de espacio y tiempo.....	54
7.4 Universo y Muestra.....	54
7.4.1. Tipo de muestreo.....	55

7.4.2. Tamaño de la muestra.....	55
7.4.3. Criterios de inclusión.....	55
7.4.4. Criterios de eliminación.....	55
7.5 Recursos humanos, materiales y financieros.....	55
7.6 Procedimientos.....	56
7.7 Análisis estadístico.....	56
7.8 Instrumentos.....	57
7.9 Variables de estudio.....	60
7.9.1. Conceptualización y operacionalización de variables.....	60
7.10 Cronograma de actividades.....	60
7.11 Difusión.....	60
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	61
IX. RESULTADOS.....	63
X. DISCUSIÓN.....	84
XI. CONCLUSIONES.....	88
XII. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.....	90
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
XIV. APÉNDICES.....	95
14.1 Apéndice 1. Tamaño de la muestra.....	95
14.2 Apéndice 2. Conceptualización y operacionalización de variables.....	96
14.3 Apéndice 3. Cronograma de actividades.....	99
14.4 Apéndice 4. Consentimiento informado.....	100
14.5 Apéndice 5. Recursos materiales y financieros.....	101
XV. ANEXOS.....	102
15.1 Anexo 1. Instrumento Viveros03/Zerimar.....	102
15.2 Anexo 2. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL).....	105

INDICE DE TABLAS

Tabla IX.I Características de los integrantes de la muestra, Tepic, Nay, 2011 (n=99).....	63
Tabla IX.2 Variables de estudio, Tepic, Nay, 2012 (n=99).....	64
Tabla IX.3 Puntuaciones de las variables de estudio, Tepic, Nay, 2012 (n=99).....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura IX.1 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y autoconcepto, Tepic, 2012 (n=99).....	66
Figura IX.2 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión ansiedad y autoconcepto, Tepic, 2012 (n=99).....	67
Figura IX.3 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y autoestima, Tepic, 2012 (n=99).....	68
Figura IX.4 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad e imagen corporal, Tepic, 2012 (n=99).....	69
Figura IX.5 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y sensación corporal, Tepic, 2012 (n=99).....	70
Figura IX.6 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y yo consciente, Tepic, 2012 (n=99).....	71
Figura IX.7 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y yo ideal, Tepic, 2012 (n=99).....	72
Figura IX.8 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y yo moral, Tepic, 2012 (n=99).....	73
Figura IX.9 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y Yo moral, Tepic, 2012 (n=99).....	74
Figura IX.10 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y Yo religioso, Tepic, 2012 (n=99).....	75

Figura IX.11 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y autoestima, Tepic, 2012 (n=99).....	76
Figura IX.12 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión e imagen corporal, Tepic, 2012 (n=99).....	77
Figura IX.13 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y sensación corporal, Tepic, 2012 (n=99).....	78
Figura IX.14 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo consciente, Tepic, 2012 (n=99).....	79
Figura IX.15 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo ideal, Tepic, 2012 (n=99).....	80
Figura IX.16 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo moral, Tepic, 2012 (n=99).....	81
Figura IX.17 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo ético, Tepic, 2012 (n=99).....	82
Figura IX.18 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo religioso, Tepic, 2012 (n=99).....	83

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México.

Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. No hay duda de que, en general, el tratamiento temprano de la hipertensión arterial tiene importantes beneficios.

“Por esta razón la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en 2006 47.8% de los adultos con hipertensión no había sido diagnosticado como tal y que únicamente 39.0% de los que ya habían sido diagnosticados recibía tratamiento.” (1)

“Diversos estudios han identificado como factores que contribuyen a la aparición de HTA la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes entre otros factores.” (1)

“En México, esta enfermedad ha sido caracterizada epidemiológicamente gracias a las encuestas nacionales de salud. Con esta información los tomadores de decisiones en salud pública pueden identificar acciones para prevenir, aumentar el diagnóstico oportuno y controlar esta patología”. (1)

“Teniendo en cuenta que la hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las

nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte resultando que los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representen una carga para los pacientes y los servicios de salud. Cabe señalar que alrededor del 28% de la población mayor de 18 años padece la enfermedad.” (2)

Es importante destacar que el conocimiento de la enfermedad mediante estrategias educativas en personas con hipertensión arterial puede lograr la modificación o adquisición de estilos de vida saludables para un mejor cuidado de su enfermedad, obteniendo, así como lo indica el modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, un nivel de adaptación con respuestas adaptativas o si sucede lo contrario estas respuestas serían ineficaces.

Es por ello que en el presente estudio de investigación se describen los principales aspectos o principios de la teoría de adaptación de Sor Callista Roy, estilo de vida, conocimientos teóricos apoyados científicamente en cuanto a la hipertensión arterial para mejorar el nivel de adaptación determinando la relación existente entre el nivel de adaptación y el estilo de vida (depresión) del paciente con hipertensión arterial tomando en cuenta la influencia de los factores y la necesidad de medidas de educación en cuanto al estilo de vida (depresión) para la disminución de complicaciones o mortalidad como consecuencia de la enfermedad y con la finalidad de que las personas se adapten con base a la teoría de Sor Callista Roy.

También se presentan los resultados obtenidos en la investigación, así como las fuentes consultadas y citadas para enriquecer el trabajo. Se muestran también los apéndices y anexos utilizados en la investigación.

II. JUSTIFICACIÓN

“La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México.”(1)

“En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%).”(1)

“Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. No hay duda de que, en general, el tratamiento temprano de la hipertensión arterial tiene importantes beneficios. Por esta razón la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en 2006 47.8% de los adultos con hipertensión no había sido diagnosticado como tal y que únicamente 39.0% de los que ya habían sido diagnosticados recibía tratamiento.”(1)

“Diversos estudios han identificado como factores que contribuyen a la aparición de HTA la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, el tabaquismo, estilo de vida sedentario y la presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes entre otros factores.” (1)

“En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.” (3)

“La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías (la mortalidad total por cardiopatía isquémica se muestra en la figura 1), y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (la mortalidad total por accidente cerebro vascular.” (3)

“El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa, por un lado, el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y, por el otro, hace aún mayor el costo de su tratamiento. Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos”. (2)

“Se prevé que durante el periodo 2011-2025 la pérdida acumulada de producción asociada con las enfermedades no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos será de US\$ 7,28 billones.” (3)

“La pérdida anual de aproximadamente US\$ 500 000 millones a causa de las principales enfermedades no transmisibles representa alrededor del 4% del producto interior bruto en esos países. Las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son el motivo de casi la mitad del costo”. (3)

“En México, esta enfermedad ha sido caracterizada epidemiológicamente gracias a las encuestas nacionales de salud. Con esta información los tomadores de decisiones en salud pública pueden identificar acciones para prevenir, aumentar el diagnóstico oportuno y controlar esta patología.” (1)

“Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) la prevalencia de presión arterial alta, -tomando en cuenta los criterios establecidos para la población de 20 años y más-, es de 33.3 en hombres y 30.8 en mujeres de cada 100 personas de este grupo de edad y sexo. Este padecimiento en su fase inicial es asintomático, lo que dificulta una detección oportuna e incrementa los factores de riesgo asociados, al iniciar tratamientos de control tardíos (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012).” (1)

“La prevalencia de HTA varía de acuerdo con regiones, localidades y nivel socioeconómico (NSE), y esto pudo ser observado en la ENSANUT 2012 donde se registró una prevalencia significativamente más alta ($p < 0.05$) en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%), y en el NSE alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%).” (1)

“Los adultos con mayor vulnerabilidad y pobreza presentan prevalencias más bajas de HTA en el ámbito nacional y son los grupos que tienen en un mayor porcentaje HTA controlada ($< 140/90$ mmHg); por ejemplo, los adultos de la región sur tienen una prevalencia significativamente mayor de control (56.0%) que los del norte (45.8%), igualmente los de localidad rural (51.3%) que los de la urbana (48.3%) y los de NSE bajo (53.2%) que los de NSE alto (50.3%). Esta menor prevalencia y mayor porcentaje de control puede ser atribuido a que estos mismos grupos tienen menor prevalencia de obesidad, tabaquismo y consumo de sodio, factores causales de la HTA y que complican su control, mientras que presentan menos tiempo de actividad sedentaria.” (1).

En la presente investigación se consideró el Modelo de Adaptación de Roy como fundamento teórico conceptual y sus principales supuestos tanto científico como filosóficos así como sus elementos del metaparadigma y las definiciones conceptuales aplicadas al problema de salud pública que significa la HTA, considerando al adulto joven como el sujeto del cuidado de enfermería, y el hecho de padecer HTA como un estado de desadaptación, cuya meta de enfermería según

Roy es regresar a una adaptación óptima ya sea controlando o modificando los estímulos focales, contextuales o residuales que estén afectando su estado de salud.

“Roy define la adaptación como el proceso y el resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. (4)

Existen diversas investigaciones basadas en el Modelo de adaptación de Sor Callista Roy, en la práctica clínica y en salud pública, donde se menciona que este modelo es completo y versátil de tal forma que permite utilizar sus conceptos en cualquier función de enfermería y en cualquier ámbito en donde éste se desarrolle.

De igual manera, el modelo de adaptación permite identificar una relación entre los componentes esenciales del metaparadigma de enfermería, tratar de involucrar a la persona (sistema adaptativo) como ser biológico, psicológico y social en interacción con el entorno cambiante así como las circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo de un individuo (estímulos), a la enfermería como un sistema teórico de conocimientos que ordena el proceso de análisis y acción para promover la salud y será la interacción entre el sujeto y el entorno lo que permita que se refleje la adaptación de la persona.

Dando énfasis también a la educación sanitaria de la población en la prevención primaria como factor esencial para el combate de la enfermedad, estilos de vida saludables y así no producir complicaciones que conllevan a la muerte ocasionada por esta enfermedad crónica de alto índice de peligrosidad que afecta a la salud pública.

“Jarillo Ibáñez en su investigación sobre la calidad de vida del paciente con HTA refiere que para mejorar los niveles de presión arterial se deben realizar cambios importantes en el estilo de vida que incluyan una mejora en la alimentación, actividad física diaria dirigida a la reducción de peso corporal y continuar con el tratamiento farmacológico controlado.”(5)

En otro estudio se señala que la HTA esencial tiene su origen multifactorial en el que están implicadas al menos 2 categorías de factores. Los factores biológicos clásicos de riesgo y los factores psicológicos, incluyendo los efectos del estrés crónico, los cuales tienen una cierta influencia tanto en el origen como en la persistencia de esta enfermedad.

Además el estrés es un mecanismo adaptativo de nuestro organismo que da respuesta a las distintas demandas del medio en el que vivimos. Lazarus y Folkman entienden al estrés como un proceso, en el que el afrontamiento del sujeto a las exigencias del medio juega un papel mediador entre las circunstancias estresantes y sus consecuencias físicas y psicológicas. Si esa respuesta es muy intensa, duradera o frecuente puede desarrollarse un trastorno crónico y complejo con distintas manifestaciones clínicas.

El estrés agudo supone una sobre-activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo-hipofisoadrenal. Esto explica la asociación del estrés agudo con la enfermedad cardiovascular y con el desarrollo de la HTA esencial. Sin embargo, las situaciones de estrés crónico (de menor intensidad, pero de mayor frecuencia) provocan una serie de respuestas nervio-endócrinas que, si se mantienen en el tiempo, serán responsables de la presión Arterial y del gasto cardiaco.

“Siendo que la depresión y ansiedad suelen caminar juntas y contribuir en el desarrollo de la enfermedad coronaria.” (6)

Es por ello, que de acuerdo a las investigaciones anteriormente mencionadas donde la HTA, la depresión y los problemas o factores psicosociales están ligados, ocasionando alteración del nivel de adaptación de la persona hipertensa, se hizo necesario desarrollar un estudio para determinar como es la relación entre el nivel de adaptación y el estilo de vida (ansiedad y depresión) del paciente con hipertensión arterial.

Con investigaciones como la presente, se puede demostrar que existe una relación significativa entre el estilo de vida (ansiedad y depresión) y el nivel de adaptación, entonces si se mejoran las condiciones del estilo de vida, se podrán mejorar también la adaptación del adulto joven, considerando máximo nivel de adaptación al hecho de que se tenga una mejor calidad de vida al disminuir los cifras de presión arterial, es decir, que se logre un adecuado control de su hipertensión, y con esto se estarían disminuyendo también las complicaciones que lo afectan e incluso pueden ocasionarle la muerte.

Esta investigación fue factible y viable porque se pudo realizar con certeza y no se encontraron obstáculos para desarrollarla pues no se afectó al sujeto de estudio, fue una investigación de mínimo riesgo, teniendo un impacto favorable en el conocimiento del porcentaje de personas con hipertensión arterial que tuvieron un nivel de adaptación con respuestas adaptativas o ineficaces en cuanto a la relación con su estilo de vida (depresión), con el propósito de que este tipo de pacientes obtuvieran información necesaria para elevar su calidad de vida.

Asimismo, este estudio de investigación fortaleció al cuerpo académico de estilo de vida saludable y cronicidad, perteneciendo también a la línea de investigación de estilo de vida saludable en personas con padecimientos crónico degenerativos que colabora con la Maestría en Ciencias de Enfermería de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“En Tepic, capital del Estado de Nayarit según el SIS (Sistema de Información En Salud) existen 8,615 casos de Hipertensión Arterial de los cuales solo 3,869 pacientes se encuentran controlados.”(7)

Por lo que en la comunidad urbana donde se realizó dicho estudio de investigación existen 200 personas con hipertensión arterial representando una tasa del 17.02% de la población total de esta Entidad Federativa, cuyo estilo de vida se encuentra tipificado por una serie de factores que afectan su estado de salud aumentando los niveles de presión arterial, teniendo sedentarismo, estrés laboral, económico y social.

Ya que existe mucha influencia de vida sedentaria, ambiente familiar alterado por problemas económicos, laborales, falta de tiempo para las actividades recreativas de liberación de estrés, problemas familiares en diversos ámbitos, lo cual hace difícil que el estilo de vida se modifique o esté menos alterado.

Y con todo esto, este tipo de personas entran en estado de depresión, angustia, tristeza como consecuencia de un estrés dado al ritmo de vida cansado, ajetreado y con problemas laborales, familiares, económicos y psicológicos que afectan su salud.

Para lo cual y por todo lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la relación que existe entre el nivel de adaptación y el estilo de vida (ansiedad y depresión) del paciente adulto joven con Hipertensión Arterial?

IV. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En este apartado se encuentra el sustento teórico del estudio, en primer lugar se exponen los sustentos científicos y después se abordan y explican todo los elementos que integran al Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, se describe la hipertensión arterial y el ciclo familiar del adulto joven, el autoconcepto de la persona con esta enfermedad y por último se hace alusión a la hipertensión arterial y su relación con la depresión y ansiedad.

4.1. Modelo de adaptación de Sor Callista Roy

“El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y éste a la vez depende de tres clases de estímulos: focal, contextual y residual”. (8)

“El modelo cuenta con cuatro modos de adaptación que son: el modo de autoconcepto, modo de función del rol, modo de interdependencia y modo fisiológico. El modo de autoconcepto se ha definido como un conjunto de

creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado, sus componentes son el Yo físico (sensaciones corporales, e imagen corporal es decir, la estructura física, las funciones, la apariencia personal, las dimensiones de sexualidad y del estado de salud) El YO personal (como me siento conmigo mismo). EL YO moral, ético y espiritual (creencias, valores, principios y religiosidad es el evaluador del comportamiento). EL YO ideal (como quisiera ser, expectativas y metas de las personas)". (8)

"El Modo de función del rol, es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, que ocupa una posición, realiza o desempeña tres tipos de roles:

Rol primario: Determina la mayoría de comportamientos de la etapa del desarrollo vital en que se encuentre el individuo, así como el sexo al cual pertenece.

Rol secundario: Se relaciona con las tareas que una persona debe cumplir en un momento determinado de su vida. Por ejemplo: ser administrador de empresas, esposo y padre de dos niños.

Rol terciario: Es un rol temporal elegido por la persona y que tiene relación con el rol secundario. Por ejemplo ser miembro de la Junta directiva de la Asociación de Padres de Familia del colegio de los hijos". (8)

"El Modo de Interdependencia Roy considera que las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones". (8)

“Para Sor Callista Roy el modo fisiológico tiene relación con las respuestas del organismo ante los estímulos y contempla necesidades básicas, y cuatro procesos. Las necesidades están integradas por la función de oxigenación. Esta función tiene relación con el proceso por el cual se lleva a cabo el intercambio de oxígeno y CO₂ en todas las células del cuerpo. Tiene que ver con los procesos de ventilación, difusión, perfusión y transporte de gases desde y hacia los tejidos. Al valorar ésta función la enfermera tiene en cuenta todos los aspectos relacionados con la función de los sistemas respiratorio y circulatorio”. (8)

“En cuanto a la Función de nutrición tiene que ver con los procesos de alimentación, digestión y metabolismo de los alimentos. La persona asimila los nutrientes de los alimentos, en el sistema digestivo gracias a la acción de las enzimas, hormonas y jugos gástricos e intestinales, para mantener el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo, promoviendo su crecimiento y mantenimiento de energía. Al valorar ésta función la enfermera valora el proceso básico de alimentación y digestión.”(8)

“La Función de eliminación es el proceso vital por el cual el organismo expulsa a través de la orina, el sudor, la respiración y la materia fecal los productos de desecho del metabolismo. Al realizar su valoración, la enfermera tiene en cuenta el funcionamiento de los sistemas urinario, digestivo, respiratorio y de la piel.”(8)

“La Función de actividad y descanso: Esta función se relaciona con el proceso del movimiento, señal de vida y habilidad fundamental para realizar actividades de la vida diaria y actividades básicas cotidianas. El descanso, se asocia con la

recreación, es decir con el cambio hacia una actividad placentera, la tranquilidad, el sosiego y el sueño, procesos que requieren una baja demanda de energía y por lo tanto le permiten a la persona renovarse para continuar su actividad.”(8)

“En lo que concierne a La Función de protección esta es una función vital por cuanto contempla los procesos de defensa del organismo contra agentes que pueden ser nocivos y alterar la integridad corporal como sustancias, bacterias, virus o células anormales. Según Roy se relaciona con los procesos de defensa no específicos constituidos por la piel y agentes químicos, y específicos como el sistema inmunológico. Al valorar ésta función la enfermera establece las condiciones de la piel, y la respuesta del sistema inmunológico ante agentes externos”. (8)

“Roy contempla Procesos complejos. Entre ellos el Órgano de los sentidos: Incluye procesos relacionados con la percepción de estímulos en forma de luz, sonidos, calor, vibración mecánica y presión. La interpretación de estas sensaciones se relaciona con experiencias anteriores de la persona. La enfermera valora este proceso al determinar la integridad de la visión, audición, olfato, gusto y tacto.” (8)

“El proceso Equilibrio ácido básico dinámico se relaciona con la habilidad del organismo para mantener la homeóstasis, es decir las condiciones internas estables indispensables para la vida. Los procesos vitales asociados son el equilibrio entre líquidos, electrolitos y el balance ácido-básico.”(8)

“Roy contempla a La Función neurológica como dependiente de la integridad del sistema nervioso es esencial para el funcionamiento normal del organismo y el proceso de afrontamiento cognitivo. Se relaciona con la habilidad de las neuronas de recibir y transmitir información por todo el cuerpo en forma de impulsos a través de procesos de asociación. La enfermera valora la integridad de ésta función a través del examen neurológico.” (8)

“La Función endocrina: está compuesto por glándulas endocrinas y exocrinas. Las glándulas secretan una o más hormonas que actúan como mensajeros químicos, con efectos regulatorios sobre partes u órganos específicos del cuerpo. Los procesos controlados por hormonas incluyen “reproducción” crecimiento y desarrollo, mantenimiento de electrolitos, regulación del metabolismo celular y balance de energía.” (8)

4.1.1 Elementos del metaparadigma del Modelo de Adaptación de Roy

“Enfermería. Roy define a la enfermería como ciencia básica y clínica, disciplina, arte; diferencia la enfermería como ciencia de la enfermería y como disciplina profesional.”(8)

“Como ciencia es un sistema de conocimiento en desarrollo acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos por medio de los cuales las personas afectan positivamente su salud.” (8)

“Como disciplina es el cuerpo de conocimiento científico acerca de la enfermería, utilizado con el propósito de proporcionar un servicio esencial a la gente, es decir, de promover la capacidad de afectar positivamente la salud.”(8)

“Persona. Es un ser holístico en constante interacción con su entorno cambiante. La persona como ser vivo es un todo constituido por partes y subsistemas que actúan como una unidad para cierto fin.”(8)

“Salud. Es un estado y un proceso de ser y llegar a ser un individuo integrado y total, es un reflejo de adaptación. La falta de integración representa la falta de salud.”(8)

“Ambiente. Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de las personas y los grupos. Un entorno cambiante es lo que estimula las respuestas de adaptación de las personas. Implica reconocer una interacción de iguales, al establecer una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo. El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que desencadenan respuestas adaptativas e integridad o inadaptativas.”(8)

4.1.2 Conceptos básicos del Modelo de Adaptación

“Adaptación. Es el proceso y resultado por lo cual las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental. Este concepto enfoca 5 dimensiones:

supervivencia, desarrollo, reproducción, dominio o competencia, y transformación ambiental y personal.” (8)

“Comportamiento. Son acciones y reacciones internas o externas bajo circunstancias especificadas. Son todas las respuestas del sistema adaptativo humano incluyendo capacidades, recursos, conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidad”. (4)

“Estímulos. Roy los define como factores que provienen del interior o del exterior de la persona, demandándole una respuesta que puede ser adaptativa o inefectiva; conjunto de acciones del sistema humano con el ambiente. Éstos pueden ser: Focales, contextuales y residuales.”(4)

“Estímulos focales: Son los factores internos o externos, lo más inmediatamente posible identificados por el conocimiento del sistema humano; objeto o acontecimiento que en la mayoría de las veces está presente en la situación de que se trate. El objetivo será centrarse en el estímulo y saber cómo manejarlo, ya que estos estímulos ordenan la atención y energía del ser humano.”(4)

“Estímulos contextuales: Son el resto de los estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal. Son todos los factores ambientales los cuales se presentan en el sistema humano dentro o fuera, pero no son el centro de atención o energía. Estos factores influyen para que el sistema humano se ocupe de los estímulos focales.” (4)

“Estímulos residuales: Son factores ambientales dentro o fuera de los sistemas humanos, los efectos de los cuales son confusos en la situación actual. Puede o no haber conocimiento de la influencia de estos factores o no estar clara al observador que esté teniendo el efecto”. (8)

“La interacción de la persona y del ambiente cambia constantemente y la significación de cualquier estímulo también, por lo que es importante que la enfermera reconozca e identifique de manera eficiente los estímulos (focales, contextuales o residuales)”. (6)

“Roy identifica algunos de los estímulos que comúnmente afectan la adaptación de las personas, entre ellos se puede mencionar: los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, etnicidad y el sistema de creencias; los estímulos familiares son aquellos que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar; los estímulos relacionados con la integridad de los modos de adaptación; los que se refieren a la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación; los estímulos relacionados con el entorno, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, el manejo médico, el uso de las drogas, el alcohol, el tabaco, la situación social, política y económica.”(8)

“El sistema, debe estar compuesto por subsistemas interactuantes, en donde se distinguen una entrada, un procesamiento, una salida y una retroalimentación.”(8)

“Al considerar a la persona como un sistema de adaptación, ésta debe contemplar ciertos elementos entre los que se identifican:

La entrada de información que en este caso está representada por los estímulos (internos o externos) y por el nivel de adaptación de la persona (debido a que es específico en cada una de ellas y es cambiante)."(8)

"El procesamiento o procesos de control se refieren a los mecanismos de afrontamiento que utiliza cada persona para responder al efecto de los estímulos. Estos mecanismos de afrontamiento pueden ser innatos (están determinados genéticamente y son procesos automáticos) o adquiridos (surgen por medio del aprendizaje y en base a las experiencias vividas). Y han sido identificados como: Regulador y Relacionador o Cognitivo. La respuesta de estos mecanismos se manifiesta por la activación de los cuatro modos de adaptación."(8)

"La salida es el resultado del sistema, y se refiere a las conductas o respuestas de adaptación, que pueden ser eficaces o no. Estas respuestas provocan un "feedback" en el sistema, de manera que permita a las personas incrementar o declinar sus esfuerzos ante dichos estímulos."(8)

"Las conductas de salida del sistema están representadas por respuestas de adaptación y respuestas inefectivas."(8)

"Las respuestas adaptativas son las que promueven la integridad del sistema humano en función de las metas de adaptación: la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno."(8)

“Las respuestas ineficaces, son aquellas que no promueven la integridad o no contribuyen al logro de las metas de adaptación y de integración de las personas en el mundo.”(8)

“Las experiencias encontradas a través de la vida contribuyen a las respuestas acostumbradas a los estímulos particulares. Este concepto abarca 4 dimensiones: subsistemas que hacen frente cognitivo y regulador para los individuos y proceso de control estabilizador e innovador para grupos”. (8)

“Nivel de adaptación. Representa la condición de los procesos de vida y se describen en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido. El nivel de adaptación afecta la capacidad del sistema humano de responder positivamente en una situación.”(9)

“Nivel integrado. En donde las estructuras y funciones del organismo trabajan conjuntamente satisfaciendo las necesidades humanas.”(9)

“Nivel compensatorio. El primer subsistema (regulador y relacionador) se encuentran activados con el fin de afrontar los procesos de integración. (9)

“Nivel comprometido. Es el resultado de un problema de adaptación”. (9)

“Roy describe a la Persona como un sistema adaptante que tiene procesos internos, que están regulados por dos tipos de subsistemas; el primero lo comprenden el regulador y el cognitivo.”(8)

“El Regulador: es un subsistema innato que actúa de manera automática e inconsciente y responde a los estímulos que afectan las respuestas neuronales, químicas y endócrinas mediante el modo fisiológico.”(8)

“El Cognitivo: es un subsistema adquirido que actúa mediante el empleo de la conciencia y responde a través de cuatro canales: percepción y procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y las emociones (a través del modo de autoconcepto, desempeño del rol e interdependencia).”(8)

“El segundo subsistema se refiere a los cuatro modos de adaptación, los cuales son comportamientos o respuestas de adaptación a los estímulos, y tienen como propósito conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social de la persona:
Modo fisiológico. Comprende las necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, protección y los procesos complejos: los sentidos, balance de líquidos, electrolitos y ácido base, función neurológica y función endócrina. La necesidad básica de este modo es la integridad fisiológica. El modo de adaptación físico es la manera con la que el sistema de adaptación humano manifiesta su adaptación en relación a las fuentes básicas operativas, a los participantes, a la capacidad física y a las fuentes económicas. La necesidad básica del modo de adaptación físico es la integridad operativa.”(8)

“Modo de autoconcepto. Roy dice que es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y se centra, particularmente en aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. El autoconcepto se define como el conjunto de creencias y sensaciones que una persona sostiene sobre él en un momento dado. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se identifica con la integridad psíquica y espiritual, la necesidad de saber quién es uno de modo que pueda estar o existir con un sentido de la unidad. Este modo refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno, se integra de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura. Es un compuesto de creencias y sentimientos propios acerca de uno mismo, se forma a través del tiempo y está constituido por percepciones internas y externas, basándose en las opiniones que uno tiene de sí mismo en un momento dado y a partir de las percepciones de las demás personas.”(8)

“Los elementos de este modo son: Yo físico, incluyendo la sensación del cuerpo y la imagen del cuerpo, incluye la valoración de la persona de sus cualidades físicas, sexualidad, estado de salud y enfermedad y aspecto. La sensación del cuerpo se aplica a la capacidad de sentir y de experimentarse como ser físico. La imagen del cuerpo se aplica como una visión físicamente y su aspecto, son todas las declaraciones del comportamiento relacionadas con la imagen del cuerpo. Yo personal, está formado por la auto consistencia, el auto ideal y lo moral-ético-espiritual. El auto consistencia se refiere a un sistema organizado de ideas sobre uno mismo, la persona se esfuerza por mantener una auto organización coherente y evitar desequilibrio. El auto ideal se relaciona a lo que uno quisiera o es capaz de hacer. El uno mismo moral-ético-espiritual, incluye el sistema de las creencias y una evaluación de ¿quién es uno? en lo referente al universo.”(8)

“De acuerdo con lo expresado por Roy, para la evaluación de este modo es importante considerar que los auto comportamientos personales se expresan en la verbalización de pensamientos y de sensaciones, así como acciones. La evaluación debe ser cuidadosa, creando una atmósfera, en la cual la persona se sienta segura de expresar pensamientos y sensaciones, ya que estas últimas son las respuestas subjetivas del individuo, si el individuo suprime sus sensaciones la energía psíquica se reprime e interfiere con la capacidad de hacer otras cosas, lo cual para este modelo esto sería una ineficacia del modo cognitivo.”(8)

“Otro criterio para juzgar comportamientos como adaptante o ineficaz es el grado en el cual los comportamientos conducen a la realización de metas del individuo concerniente al uno mismo ideal.”(8)

Roy define en su modelo la adaptación como el proceso y resultado por el que las personas de pensamiento y sensación, como individuos o grupos, utilizan conocimiento y la opción conciente para crear la integridad humana y ambiental.

“La teoría del nivel de adaptación de Helson, forma la base para el origen del concepto de la adaptación de Roy y de la descripción de seres humanos como sistemas adaptantes que tienen la capacidad de adaptar y crear cambios en el ambiente. La capacidad de responder positivamente a estos cambios es una función del nivel de adaptación del sistema humano, de un punto que cambia influenciada por las demandas de la situación y de los recursos internos. Estos incluyen capacidades, esperanzas, aspiraciones, motivaciones, y todo lo que haga que los seres humanos constantemente se muevan hacia la superación. Esta

capacidad de respuesta a los cambios se puede ver reflejada en tres condiciones posibles o niveles de adaptación: el integrado, el compensatorio y comprometido”.

(8)

“El nivel de adaptación afecta la capacidad del sistema humano de responder positivamente a una situación, afecta perceptiblemente a la capacidad de hacer frente al ambiente que cambia. De acuerdo con el ambiente y el nivel actual de adaptación, los seres humanos hacen una respuesta. Las respuestas se observan como comportamiento y pueden ser adaptativas o ineficaces”. (8)

“Modo de función de desempeño del Rol. Es un modo de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social (la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar)”. (9)

“Las personas desempeñan papeles primarios (determinado por la edad, género y la fase de desarrollo) secundarios (son los que asume la persona para completar la tarea relacionada con una fase en desarrollo y el papel primario) y terciarios (se relacionan con los secundarios y representan las distintas maneras en que los individuos cumplen con las obligaciones que su papel acarrea). Estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental (ejecución física) y al comportamiento (son los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel y hacia el desempeño del mismo).” (8)

“Modo de Interdependencia. Se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como una parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento. La necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones. Se conforma de dos tipos de relaciones: la primera es con los individuos significativos (Dios, pareja, hijos, amigos) y la segunda con los sistemas de apoyo (los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia).”(9)

“Se han identificado las dos áreas principales de los comportamientos frente a la interdependencia que son el comportamiento receptivo y el comportamiento contributivo. Ambos comportamientos se refieren al hecho de recibir y ofrecer amor, respeto, y valores durante el transcurso de una relación de interdependencia.”(9)

“Roy afirma que la capacidad de adaptación de la persona, está dada en función de las respuestas que ofrezca, y como las respuestas son parte de un proceso en donde previamente hubo una entrada y un procesamiento, la adaptación está sujeta a la capacidad de la persona para responder positivamente a cada situación (sobrevivencia, crecimiento, reproducción y control), lo que se determinará mediante su comportamiento”. (9)

4.2 Adulto joven y su estilo de vida (ansiedad y depresión)

“Los Trastornos de Ansiedad son muy frecuentes, suelen iniciar en la adolescencia y tienen su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral,

social y afectiva. El adulto joven que padece este trastorno frecuentemente tarda mucho en buscar atención o recibir ayuda adecuada, lo que favorece la cronificación y predispone a la discapacidad asociada a los mismos.”(10)

“Cabe señalar que la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.”(10)

“El adulto joven que sufre de ansiedad le afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.”(10)

Sin embargo, es importante entender y recordar a la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.”(10)

“Asimismo los cambios asociados al trastorno depresivo, pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales el adulto se desenvuelve más regularmente. De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como por ejemplo: Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables, desgano o sensación de agotamiento constantes, alteraciones fisiológicas sostenidas, como insomnio-hipersomnia o falta-aumento del apetito, disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral, irritabilidad o labilidad emocional, quejas somáticas constantes, aumento en el consumo de sustancias, expresión de ideas de desesperanza o culpa.”(10)

“En la mujer adulta joven, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres.”(10)

“La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona

deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo.”(10)

“Es entonces comprensible porque la depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del autoreporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo”. (10)

4.2.1 Descripción del adulto joven

“La vida humana ha sido estudiada desde diversos puntos de vista. Cada perspectiva ha pretendido, y pretende aún, apoyar el proceso de supervivencia y bienestar de las personas como parte del proceso adaptativo por el que pasamos en forma ontogénica (desarrollo individual) o filogénica (evolución por especie). La medicina, por ejemplo, es la perspectiva más antigua que ha dedicado sus esfuerzos al estudio y comprensión de la salud física del individuo tratando en un principio de curar las afectaciones y, ahora, previniéndolas.”(11)

“Conforme el hombre evoluciona, se provee de más alternativas para afrontar las condiciones que el medio ambiente (físico y social) le presenta. El famoso Charles Darwin, fue uno de los primeros en proponer que el hombre actúa mediante un proceso de adaptación para continuar preservando su especie; para ello también debía preservar su estado como ser único.”(11)

"De tal manera que los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, edades límite aproximadas que la mayoría de los estudiosos han establecido para definir al joven adulto. Durante estas 2 décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer empleo, se casan, tienen hijos y los crían, es decir, tiene las principales transiciones. Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida."(11)

"La manera como comen los adultos, cuándo beben, si fuman o no, qué clase de ejercicio hacen, cómo manejan las tensiones, todas estas opciones de las formas de vida pueden tener un impacto primordial en el funcionamiento físico presente y futuro."(11)

"Para mucha gente, la esencia de los adultos jóvenes está encerrada en estas palabras: "El tiempo - no hay nunca suficiente tiempo para hacer todo lo que yo quiero y todo lo que yo debería hacer". La gente en estas situaciones establece prioridades cada día de su vida. Toma decisiones importantes que afectan su salud, sus carreras y sus relaciones personales. Todavía están madurando de muchas maneras muy importantes."(11)

"Sin duda, los años adultos tienen un gran potencial de desarrollo intelectual, emocional y aún físico. Los avances importantes ocurren durante temprana edad adulta (definida arbitrariamente como el periodo entre los 20 y los 40 años de

edad) a través de la edad media (considerada aquí de los 40 a los 65) y a través de los últimos años de la vida adulta (a los 65 y después). Estos afectan la manera como la gente piensa y actúa; esto afecta la manera como realiza estos papeles - o si no los realiza -. Las interacciones entre los diversos aspectos del desarrollo - físico, intelectual, social y emocional- están influyendo en forma muy importante durante este período, la personalidad afecta la salud cuando examinamos los factores que llevan a algunas personas a fumar, a beber o a hacer ejercicio o que aumentan el riesgo de un ataque al corazón.”(11)

Desarrollo Físico, Funcionamiento Sensorial y Psicomotor

“Volteando una mirada a nuestro alrededor podremos comprobar que el adulto joven típico es un espécimen físicamente bueno, le caracteriza su fuerza, energía y resistencia.”(11)

“Desde la mitad de los 20 años, cuando la mayor parte del cuerpo está completamente desarrollado (en tamaño) hasta alrededor de los 50, el declive de las capacidades físicas está generalmente tan graduado que se nota difícilmente. Hoy día los que tienen veinte años tienden a ser más altos que sus padres por la tendencia secular, consecuencia de una mejor alimentación y atención a la salud. Entre los años 30 a los 45, la altura es estable luego comienza a declinar. La fuerza muscular tiene su punto entre los 25 y los 30 años de edad y luego viene una pérdida gradual de 10% entre las edades de los 30 a los 60.”(11)

“La mayor parte del debilitamiento ocurre en la espalda y en los músculos de las piernas, un poco menos en los músculos de los brazos. La destreza manual es más

eficiente en los adultos jóvenes; la agilidad de los dedos y los movimientos de las manos empiezan a disminuir después de la mitad de los 30 años.”(11)

“Los sentidos están también más agudos durante la vida adulta joven. La agudeza visual es más penetrante alrededor de los 20 años y empieza a declinar alrededor de los 40.”(11)

“Una pérdida gradual de la audición empieza típicamente antes de los 25 años, después de estos, la pérdida llega a ser más real. El gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 45 a los 50 años.”(11)

“En cuanto al estado de salud, los adultos jóvenes es la gente más sana de la población. Aproximadamente el 90% de los jóvenes opinan que su salud es excelente, muy buena o buena. La gente de este grupo de edad informa que tiene mucho menos resfriados e infecciones respiratorias que cuando niños; y que cuando tiene resfriados, generalmente se deshace de ellos fácilmente.”(11)

“Muchos adultos jóvenes nunca están seriamente enfermos o incapacitados. Menos de 1% están limitados en la habilidad de moverse y hacer cosas por dolencias crónicas o deterioro. Cerca de la mitad de todas las dolencias agudas experimentadas en la vida adulta joven son respiratorias, y otro 20% son heridas. Las dolencias crónicas más frecuentes, especialmente en familias de bajos

ingresos, son problemas de la espalda o de la columna, deterioro de la audición, artritis e hipertensión.”(11)

“Cabe señalar que las razones más frecuentes para la hospitalización en estos años son alumbramientos, accidentes y enfermedades del sistema digestivo y genitourinario. Dado el estado saludable de la mayoría de los adultos jóvenes, no es de sorprender que los accidentes (principalmente de automóvil) sean la causa principal de muerte en la gente entre los 25 y los 34. La siguiente es cáncer, seguida de enfermedades del corazón, suicidio y homicidio provocado por agresión física o verbal entre las edades de 35 y 44. Sin embargo, el cáncer y las enfermedades del corazón son los asesinos más grandes.”(11)

“Además la raza y el sexo establecen una diferencia significativa en las tasas y las causas de mortalidad en la edad adulta joven.”(11)

“Se puede decir que la buena salud no es solamente una cuestión de suerte; a menudo refleja la manera como vive la gente. Los seres humanos no son la consecuencia de la herencia que legan sus padres - sanos o enfermizos -; pueden hacer mucho para mejorar su propia salud. La salud, como está definida por la Organización Mundial de la Salud, es "un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no es solamente la ausencia de enfermedad y achaques". La gente puede buscar tal estado de bienestar realizando algunas actividades como comer bien, hacer ejercicio regularmente, abstenerse fumar o tomar en exceso.”(11)

“El enlace entre la conducta y la salud señala la relación entre los aspectos físicos intelectuales y emocionales del desarrollo. Lo que la gente hace influye en cómo se siente. Aún cuando la gente sabe la verdad, acerca de los buenos hábitos de salud, su personalidad, su ambiente social y su estado emocional a menudo pesan más que el estar enterado de lo que deberían hacer y los lleva a una conducta que no es saludable. Algunas de las conductas que están fuerte y directamente ligadas con la salud son: Dieta. El dicho popular "tú eres lo que comes" resume la gran importancia de la dieta para la salud física y mental.”(11)

“Lo que la gente come determina en medida considerable cómo es su apariencia, cómo se siente físicamente y qué probabilidad tiene de sufrir alguna(s) enfermedad(es). Dolencias como la diabetes y la gota, por ejemplo, son más comunes entre la gente que come alimentos abundantes. El ejercicio. Como se puede apreciar en los medios masivos de comunicación gráfica, lo último en la moda de vestir en estos días son los zapatos para correr, las sudaderas o playeras de colores y los pants coordinados.”(11)

“La gente que más ejercicio realiza como deporte es más probable que sea la que tiene menos de 40 años, que tiene un nivel económico medio o alto, cuenta con niveles intermedios o superiores de educación, con una entrada relativamente alta y una ocupación de alto nivel, se considera a sí mismo en excelente estado de salud y cree que tiene un control considerable sobre su salud. Sea que trote o salte, nade, monte en bicicleta o brinque, la gente que hace ejercicio está cosechando muchos beneficios. Mantiene el peso deseable del cuerpo, desarrolla músculos, hace más fuertes el corazón y los pulmones, baja la presión arterial, se protege contra los ataque del corazón, el cáncer y la osteoporosis (adelgazamiento de los

huesos que tiende a afectar a las mujeres de más edad, lo que causa fracturas), alivia la ansiedad y la depresión, evita alimentación sin nutrientes y tóxicos como café, tabaco y alcohol; esto muy posiblemente alarga la vida.”(11)

“La mayoría de los adultos beben alcohol moderadamente pero se ha demostrado el efecto dañino que el alcohol tiene sobre millones de tomadores y de la gente alrededor de ellos. El excesivo uso a largo plazo puede llegar a enfermedades físicas tan graves como cirrosis del hígado, cáncer y problemas del corazón. Además del daño al hígado, los tomadores tienen probabilidades de sufrir de otros desórdenes gastrointestinales (lo que incluye las úlceras, las enfermedades del corazón, el daño del sistema nerviosos y otros problemas médicos.”(11)

“El abuso del alcohol es causa principal de muertes por accidentes automovilísticos, el alcohol está también comprometido con las muertes por ahogamiento, suicidio, incendio, caídas y es un factor en muchos casos de algunos adultos jóvenes encuentran un gran satisfactor en el alcohol debido a que interpretan que el tomar les da prestigio entre sus compañeros. En muchas ocasiones les permite des inhibirse y expresar lo que en condiciones normales no se atreverían a decir de si mismos, su compañera(o), el trabajo, sus compañeros, aspiraciones y/o frustraciones; aparentemente es más fácil perdonar a alguien por agredir verbal o físicamente a otro cuando se está fuera de control.”(11)

“Aunado a esto, el estrés es la reacción fisiológica y psicológica del organismo a las demandas hechas sobre él. El que un hecho se tome estresante o no depende de la manera como lo interprete una persona y los efectos que le produce. Cantidades mínimas de estrés son una parte inevitable de la vida de cada uno pues la ansiedad promueve nuestra actividad. Pero el estrés - o más bien la manera como la gente lo

maneja- está llegando a considerarse cada día más como factor de agravación de enfermedades tales como la hipertensión, del corazón, el ataque y las úlceras.”(11)

“Los graduados de universidad, los que ocupan puestos de mandos medios o superiores, y la gente con altos ingresos son los que tienen más probabilidad de sufrir el estrés frecuente; aunque no exime a otros de tener estrés ocasional. Los síntomas físicos más comunes informados del estrés incluyen dolores de cabeza, dolores en los músculos o tensión, dolores de estómago, mal olor de boca y fatiga.”(11)

“Los síntomas psicológicos más comunes incluyen nerviosismo, ansiedad, tensión, cólera, irritación y depresión. Influencias indirectas sobre la salud. Claramente, lo que la gente haga o se abstenga de hacer y el modo como responda a los cambios de vida y los retos puede afectar directamente su salud. Ciertas influencias indirectas - educación, condición económica, sexo y estado marital- están también relacionadas con la salud y la conducta protectora de la salud.”(11)

“No obstante, el nivel cultural de las personas también es un factor importante, los adultos que no han estudiado en los niveles medio superior o superior tienen un riesgo más alto de desarrollar enfermedades crónicas como hipertensión (presión arterial alta) y enfermedad cardiovascular (corazón). Cuando menos educación haya tenido la gente, sus probabilidades de contraer tales enfermedades son mayores, o de ser seriamente afectados por ellas e, incluso, morir de ellas. Esto no quiere decir que la educación por si misma sea la causa de la buena salud, sino que solamente es una indicadora de otros factores que pueden serlo; estos factores

pueden incluir recursos económicos, dieta y otros hábitos de salud, y la habilidad en solucionar problemas (incluyendo los concernientes a la salud personal).”(11)

“La gente con más educación tiende a provenir de familias con más dinero y así puede proporcionar mejor comida y cuidado preventivo de la salud y más eficiente tratamiento médico. Además, la gente con más dinero y mejor educada tiende a tener hábitos personales sensatos y a estar enterada de la importancia de un modo de vida saludable. Así mismo, tiene mucho más alternativas sociales y económicas para asistir a los servicios médicos. Por otro lado, tienden a hacer más ejercicio y a comer más nutritivamente. Finalmente, la gente con más escolaridad puede tener más desarrollada la confianza en si misma y haber aprendido a manejar el estrés más afectivamente.”(11)

“En cuanto al sexo y al estilo de vida cabe señalar una diferencia sexual, las mujeres tienen los porcentajes más bajos de muerte durante toda la vida adulta. Sin embargo, informan estar enfermas más a menudo que los hombres y usan los servicios de salud más frecuentemente.”(11)

“Estas diferencias pueden deberse a diferentes causas; una de ellas es el factor biológico, la fortaleza de la mujer en cualquier etapa de la vida se ha atribuido a la protección genética proporcionada por la presencia de dos cromosomas X y, en las mujeres maduras, a los efectos benéficos de las hormonas femeninas. Al mismo tiempo, la menstruación y el embarazo tienden a hacer que las mujeres están conscientes del cuerpo y su funcionamiento, y las normas culturales estimulan el manejo o supervisión médica de estos procesos.”(11)

“Siendo más bien que el mejor cuidado que las mujeres tienen de ellas mismas las ayuda a vivir más tiempo que los hombres. Es necesario recalcar que el matrimonio también tiene influencia, parece ser saludable tanto para las mujeres como para los hombres.”(11)

Desarrollo Intelectual

“El sentido común señala que los adultos piensan de una manera diferente a los niños - que los adultos pueden sostener diferentes clases de conversaciones, comprender material mucho más complicado y resolver problemas más allá de las capacidades de la mayoría de los niños o aún de muchos adolescentes.”(11)

“El funcionamiento intelectual está generalmente en un nivel alto en la vida del adulto joven. Sin embargo, el desempeño intelectual superior de la gente joven puede no significar que la inteligencia disminuya con la edad, sino que la gente joven de hoy ha tenido experiencias diferentes y, por consiguiente, ha desarrollado sus habilidades intelectuales más que la gente nacida una generación antes.”(11)

“Los estudios longitudinales, que examinan a la misma gente periódicamente a través de los años, han mostrado un incremento de la inteligencia en general por lo menos hasta los 50. Inteligencia fluida versus inteligencia cristalizada. El cociente intelectual, reflejo aparente de la inteligencia, no basta para hablar de esta última.”(11)

"Se ha identificado la existencia de diferentes clases de habilidades intelectuales: inteligencia "fluida" y "cristalizada". Por ejemplo, a la gente se le puede agrupar letras y números, hacer pareja con palabras relacionadas o recordar series de dígitos."(11)

"La inteligencia fluida está medida por tales instrumentos. La inteligencia cristalizada, por otra parte, comprende la habilidad de recordar y usar la información aprendida y depende, por consiguiente, más de la educación de la experiencia cultural. La inteligencia fluida parece alcanzar su desarrollo completo en los últimos años de la adolescencia y comenzar a declinar en los primeros de la vida adulta. Sin embargo, la gente puede continuar haciendo mejor las pruebas de inteligencia cristalizada hasta cerca del final de la vida. Mejor que tratar de mediar un incremento cuantitativo o declinación de la inteligencia adulta, algunos expertos en desarrollo han buscado los cambios cualitativos en la manera como la gente piensa a medida que madura."(11)

"Piaget atribuyó estos cambios a la combinación de la maduración y la experiencia. ¿Qué sucede entonces en un adulto? Como es de esperar, la experiencia juega un papel especialmente importante en el funcionamiento intelectual. Pero las experiencias de un adulto son diferentes y, generalmente, mucho más amplias que las de un niño, cuyo mundo está definido grandemente por el hogar y la escuela. Por la diversidad de las experiencias del adulto, hacen generalizaciones acerca del conocimiento de los adultos es extremadamente difícil."(11)

“El adulto joven se encuentra más relacionado con la interacción de la gente con su medio ambiente. Esta es la práctica, aspecto de la inteligencia del “mundo real” que llega a ser de un valor que va en aumento en la vida adulta, por ejemplo, al seleccionar un lugar para vivir o un campo para trabajar. Es la habilidad para juzgar una situación y resolver qué hacer; sea adaptarse a ella, cambiarla o encontrar una nueva situación más cómoda.”(11)

“Generalmente, las experiencias que promueven tal cambio tienen un componente emocional fuerte, lo que motiva el volver a pensar, de manera tal que las discusiones impersonales e hipotéticas no pueden descontrolarnos. A medida que la gente pasa por tales experiencias, tiene más probabilidad de ver los otros puntos de vista de otras personas en relación con los conflictos morales y sociales.”(11)

“En esta etapa de la vida la gente hace elecciones de vida significativas y exhibe la mayor energía pero también experimenta el mayor estrés, la mayoría de la gente ha reducido en cierto modo las capacidades biológicas, pero ha aumentado las responsabilidades sociales.”(11)

“La edad intermedia es una época de hacer inventarios. La gente reevalúa sus aspiraciones anteriores sobre la carrera elegida y qué tan bien se ha realizado. La reevaluación - que se extiende a las relaciones íntimas y otros aspectos del estilo de vida- sucede debido a un cambio en la orientación en el tiempo de las personas. En vez de pensar en el período de su vida desde el punto de vista de los años que ya ha vivido, la gente empieza a pensar en el tiempo que le queda por vivir. Comienza a darse cuenta de que posiblemente no puede hacer todo lo que quiere y

está ansiosa - muchas veces desesperadamente- de sacar el máximo provecho de sus años restantes.”(11)

Desarrollo Físico

“Desde la temprana edad adulta hasta los años intermedios, en general suceden cambios biológicos tan gradualmente, que con dificultad se perciben - hasta, hasta que un día, un hombre de 45 años, se da cuenta que no puede leer sin lentes , o una mujer de 55 años admite que no es tan rápida como solía realizar sus actividades domesticas. El funcionamiento físico y la salud son usualmente buenos en estos años, a pesar de que no están en el nivel máximo del de la edad adulta temprana. La mayoría de la gente acepta los cambios en sus capacidades reproductoras y sexuales - menopausia y período crítico masculino- y en la disminución de la agilidad al caminar, pero suele haber alguna angustia por la disminución del atractivo físico.”(11)

Cambios físicos

“En la edad adulta joven existen cambios físicos dentro del funcionamiento sensorial y psicomotor Vista, oído, gusto y olfato. Hay también una pérdida gradual de la audición, especialmente en lo que respecta a los sonidos en las frecuencias más altas, esta condición es conocida como presbiacusia.”(11)

“Después de los 55 años, la pérdida de la audición es mayor para los hombres que para las mujeres, la mayor parte de la pérdida de la audición durante estos años no es percibida, puesto que está limitada a los niveles de sonido que son poco importantes para el comportamiento cotidiano.”(11)

“La sensibilidad del sentido del gusto empieza a disminuir alrededor de los 50 años, particularmente la habilidad de discriminar “los matices más finos del gusto”, los alimentos que pueden ser muy sabrosos a un joven pueden parecer insípidos a una persona de edad intermedia, a menos que se le agreguen condimentos.”(11)

“La sensibilidad al olfato parece sostenerse bien, es uno de los últimos sentidos que se disminuye. Fuerza, coordinación y tiempo de reacción A pesar de que hay una disminución gradual en fuerza y coordinación durante los años intermedios, la pérdida es tan pequeña que la mayoría de la gente escasamente la nota. Diez por ciento de reducción en la fuerza física desde su máximo en los 20 años no significa mucho para la gente que, rara vez, si alguna vez lo hace, emplea toda su fuerza en sus vidas cotidianas. Cuanto menos se esfuerce la gente, menos puede hacer.”(11)

“La gente que lleva una vida sedentaria pierde la tonicidad muscular y se vuelve aún menos inclinada a esforzarse físicamente.”(11)

“La gente que hace el esfuerzo de conservarse activa durante la edad adulta obtiene los beneficios de más fibra y elasticidad después de los 60 años. El tiempo de reacción simple disminuye a cerca de 20%, en promedio, entre los 20 y los 60 años y decae después de estos últimos. Las habilidades motrices complejas, se incrementan durante la infancia y la juventud pero disminuyen gradualmente después de que la gente ha alcanzado su completo desarrollo. Se encuentran cambios en la capacidad reproductora y sexual con la disminución de las

capacidades reproductoras- afecta a los hombres y mujeres de manera diferente.”(11)

“Muchos de los problemas de salud que se originan en la edad intermedia son debidos a la pérdida de la capacidad de reserva física, es decir, la habilidad de los órganos y sistemas del cuerpo para aplicar un esfuerzo extra en épocas de estrés o disfunción.”(11)

“Los cambios físicos más comunes incluyen: Habilidad disminuida para bombear sangre, funcionamiento disminuido de los riñones, secreción disminuida de enzimas en el tracto gastrointestinal, que llevan a la indigestión y al estreñimiento, debilitamiento del diafragma, ensanchamiento de la glándula prostática en el hombre (el órgano que rodea el cuello de la vesícula urinaria), que causa a menudo problemas de vesícula y problemas sexuales. Algunos de estos cambios son el resultado directo del envejecimiento de los órganos.”(11)

“Sin embargo, los factores de comportamiento y el estilo de vida pueden afectar su regulación y su extensión. La gente envejece a diferentes ritmos, y la decadencia de los sistemas del cuerpo es gradual.”(11)

“En cuanto a los problemas de salud en la edad adulta joven las enfermedades más comunes son el asma, la bronquitis, la diabetes, los desórdenes nerviosos y mentales (irritación o depresión), la artritis, el reumatismo, los deterioros de la vista y el oído, y el mal funcionamiento o las enfermedades de los sistemas

circulatorio, digestivo y genito-urinario. Estas enfermedades, sin embargo, no necesariamente avanzan en la edad intermedia, mientras tres quintas partes de personas de 45 a 64 años de edad tienen estas condiciones crónicas, aunque dos quintas partes entre los 15 y 44 años ya las padecen. Un importante problema de salud en la edad intermedia es la presión sanguínea alta, también conocida como hipertensión. Este desorden, que es peligroso porque a menudo predispone a la gente a los ataques del corazón, afecta a 1 entre 5 adultos.”(11)

“Actualmente, cuando la gente tiende a vivir más, la muerte en la edad intermedia parece prematura pero no tan inesperada como en la infancia o en la edad adulta temprana. Ahora es más probable que la muerte provenga de causas naturales que de accidentes o violencia. Las tres principales causas que conducen a la muerte entre los 35 y los 54 años son el cáncer, los ataques al corazón y los accidentes; entre los 55 y 64 años, las causas son el cáncer y enfermedades del corazón.”(11)

Desarrollo intelectual

“La gente de edad intermedia y mayor, puede y realmente continúa aprendiendo nuevos “trucos -”mañas”, dicen algunos -”, y nuevas habilidades, y puede recordar los que ya conoce bien. De aquí que la expresión más indicada sería “viejo zorro”. No hay una evidencia de descenso en muchas clases de funcionamiento intelectual antes de los 60 años y hay, inclusive, incremento en algunas áreas como el vocabulario, habilidades e información general - cultura -. La gente de edad intermedia puede aprender esto, a menos que piense que no puede. Además, la gente de edad intermedia muestra una marcada ventaja para solucionar los problemas de la vida cotidiana, la cual procede de su capacidad de sintetizar su conocimiento y su experiencia.”(11)

El proceso intelectual

“Mientras la inteligencia fluida (habilidad de manejar nuevo material o situaciones) típicamente disminuye durante la edad adulta, la inteligencia cristalizada (habilidad de solucionar problemas con base en el procesamiento automático de información almacenada) a menudo se incrementa durante la edad intermedia. Por ejemplo, las habilidades verbales ascienden, especialmente entre la gente que utiliza sus capacidades intelectuales regularmente, bien sea en el trabajo o a través de la lectura u otro ejercicio mental.”(11)

“Los adultos están usualmente más preocupados en cómo utilizar el conocimiento para propósitos prácticos que en adquirir conocimiento y habilidades para su propio bien, usan sus habilidades intelectuales para solucionar problemas de la vida real asociados con la familia, negocios o responsabilidades sociales.”(11)

“Los pensadores maduros tienden a personalizar su razonamiento, utilizando los frutos de su experiencia cuando se les dirige una llamada para encargarse de las situaciones ambiguas. De este modo, la experiencia contribuye a la habilidad superior de los adultos maduros para solucionar problemas prácticos, la cual algunas veces se llama “sabiduría”.”(11)

“También existen tensiones en el trabajo y cuando el adulto joven está insatisfecho con sus trabajos, es a menudo debido a uno de una serie de factores estresantes: Falta de ascensos o aumentos de sueldo, baja paga, trabajo monótono y repetitivo, no participación en la toma de decisiones, carga pesada u horas extras de trabajo,

problemas de supervisión (sobre todo por gente joven), descripciones no claras del trabajo, un jefe que no estimula, incapacidad o renuencia a manifestar frustración o ira, dificultad para manejar las responsabilidades de hogar y trabajo, insuficientes descansos (aumento de cansancio), hostigamiento sexual (para ambos sexos).”(11)

“Estos factores están relacionados con una serie de enfermedades físicas y emocionales, a pesar de que los vínculos específicos son difíciles de establecer. El estrés puede provocar agotamiento emocional y un sentimiento de que uno ya no puede realizar nada en el trabajo.”(11)

“Es especialmente común entre la gente de profesiones humanísticas como la medicina, la enseñanza, el trabajo social o la psicología que el estrés ataca a esos profesionales que han sido los más dedicados y que se sienten frustrados, ahora, por la inhabilidad de ayudar a la gente tanto como quisiera o como lo hicieron antes.”(11)

“La sensación de impotencia física o mental y la falta de control es usualmente una respuesta al estrés que se convierte en algo cotidiano. Los síntomas, que vienen gradualmente, pueden incluir fatiga, insomnio, dolores de cabeza, gripes persistentes, problemas estomacales, abuso de alcohol o tabaco (incluso de medicamentos que deben ser controlados por el médico) y dificultades para congeniar con la gente.”(11)

“El profesional agotado puede dejar un trabajo repentinamente, alejarse de la familia y los amigos, y hundirse en la depresión. Algunas medidas que parecen ayudar a los trabajadores agotados incluyen la reducción de horas de trabajo y la toma de descansos, incluyendo los fines de semana largos y las vacaciones; otras alternativas más comunes pueden ser la práctica de ejercicio, escuchar música o hacer meditación. Pero lo más importante es que los adultos, jóvenes o intermedios- comprendan que esto es un proceso “normal”.”(11)

“El desempleo es el factor estresante más grande de todos, ya que pierden un pedazo de sí mismos y con él su autoestima. Las mujeres están tan propensas como los hombres a sentirse económica, psicológica y físicamente afligidas por la pérdida de un trabajo. Debido a los estereotipos culturales, la pérdida de empleo en el hombre puede llevar, junto con las demás características físicas, a estados depresivos de alto riesgo para su equilibrio mental.”(11)

“El estilo de vida se va conformando desde los primeros años de nuestra vida y se fortalece cuando llegamos a la edad adulta (de hecho, una de las características que distinguen al adulto es la adjudicación de una responsabilidad reconocida por la sociedad). Sin embargo, si es posible modificar parcial o totalmente este estilo cuando se llega a la adultez intermedia. Estos cambios son posibles cuando se cuenta con un acervo de habilidades y conocimientos para afrontar los siguientes retos que nos presentará la vida.” (11)

4.2.2. Hipertensión arterial

“Se le denomina Presión Arterial a la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial.

La Hipertensión arterial es una condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 135/85 mmHg y considerada una de los problemas de salud pública en países desarrollados afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Se llaman factores de riesgo al atributo o exposición de una persona, una población o el medio que está asociado a una probabilidad.

Asimismo la ansiedad es un sentimiento de recelo o de miedo. La fuente de este desasosiego no siempre se sabe o se reconoce, lo cual puede aumentar la angustia que uno siente.

De igual manera la depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos.

La verdadera depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado.

La Adaptación es el proceso a través del cual el individuo asimila una nueva forma de supervivencia. Por consiguiente se adapta a nuevas situaciones y busca formas de interrelación. (12)

4.2.3 La enfermedad y el ciclo familiar

“La Hipertensión arterial es un importante problema de salud, ya que pone en riesgo constante a las personas que la padecen de presentar complicaciones que desencadenarán en invalidez, si ellos no la controlan adecuadamente, limitándolos en sus actividades y convirtiéndolos en una carga para sus familias y la sociedad; motivo por el cual las personas con HTA deben realizar una serie de medidas de autocuidado continuo como una dieta adecuada, actividad física regular, evitar hábitos nocivos como el consumo de alcohol y el tabaco, así como realizar controles médicos periódicos, que les otorguen un mayor conocimiento y control de su enfermedad, lo cual les permita cambiar su actitud frente a ella y así lograr una mejor calidad de vida, para ellos y sus familias.”(13)

“En Centroamérica estudios realizados sobre el autocuidado del paciente hipertenso demuestran que los pacientes que si realizan el autocuidado tienen una mejor calidad de vida; pero que este se ve afectado muchas veces por la influencia de la familia, así también tenemos que en un estudio realizado en el Salvador se reportó que el 57.4% de los participantes presentó una agencia de autocuidado calificada como muy buena, así también otro estudio realizado en México reportó que el 53% de los pacientes hipertensos refirió recibir influencia de la familia en una dieta no adecuada y el 94% de ellos abandono el tratamiento médico.” (13)

“En el Perú, en un estudio realizado en la Ciudad de Trujillo, se reportó que sólo el 58% de las personas hipertensas realizan un alto nivel de autocuidado, lo que se ve dificultado muchas veces por la falta de motivación de la persona para cumplir con

el régimen terapéutico, negación de la enfermedad, aislamiento social, o el poco apoyo de los servicios de salud o de la familia.” (13)

“Estos datos son preocupantes si se tiene en cuenta la pérdida de años de vida saludable y años productivos, a los cuales se añaden la incapacidad física así como los costos tanto para el individuo como para las instituciones de salud.”(13)

“Por otro lado, la familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud.” (14)

“Además las referencias de las personas con enfermedades crónicas suelen estar imbuidas de una profunda conciencia de sufrimiento familiar y de consecuentes sentimientos de culpa a partir de construirse a sí mismos/as en términos de "carga" familiar. Este sentido de "carga" se relaciona con la necesidad de cuidados, apoyos, reestructuración de funciones y ocupaciones, estas últimas muchas veces relacionadas con las limitaciones ocupacionales y con el aumento de los gastos de salud. Ellos hacen parte de los retos que la familia enfrenta ante la realidad de una enfermedad crónica, lo cual se pudiera constituir en una demanda excesiva sobre su capacidad de adaptación, y tener efectos sobre el curso de la enfermedad y la estabilidad familiar.” (14)

“Incluso más que "cargas", las enfermedades crónicas pueden producir "dependencias", problema que ha adquirido gran magnitud en los últimos años. Entendida como estado permanente de falta o pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, implica la demanda de atención de otras personas y ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria.” (14)

“Asimismo, la familia debe de ser la primera red de apoyo social del individuo que ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se sufraguen las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes a la enfermedad crónica. Las mujeres juegan un rol esencial en este sentido.” (14)

“Por ello el profesional de enfermería se convierte también en elemento clave dentro del equipo multidisciplinario en los centros de salud ya que interviene, a través de la educación, en el proceso preventivo dirigido al cambio de estilos de vida no saludables, que puedan incidir en la calidad de vida del paciente hipertenso.”(14)

“Y además, los sujetos suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo (material, pero sobre todo emocional) por excelencia. Por lo tanto, las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.” (14)

4.2.4. Ansiedad

“La ansiedad es una reacción emocional que se expresa con sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación. Se acompaña de activación o descarga del sistema nervioso autónomo, que produce además síntomas somáticos. Posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo.

Tiene un valor funcional importante. Posee utilidad biológico-adaptativo.

Se convierte en desadaptativa cuando se presenta frente a un peligro “irreal”. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real de la situación. Puede ocurrir de forma “irracional”. Es decir produciéndose ante situaciones de escaso peligro objetivo, o ante situaciones que carecen de peligro real.” (15)

4.2.5 Depresión

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.” (16)

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.” (16)

“La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.” (16)

4.2.6. El autoconcepto de la persona con hipertensión arterial

“El hipertenso es una persona que tiene dificultad para comunicarse, que por tanto controla su agresividad y sus emociones. La mínima contrariedad, un enfado no expresado, una indignación ante una injusticia, son circunstancias suficientes para un aumento de la presión arterial. El hipertenso se pierde en el binomio emoción-comunicación.”(17)

“Con todo esto, los mecanismos de defensa más utilizados por la personalidad hipertensa son la evitación, la negación y la represión.”(17)

“El individuo hipertenso suele ser muy emotivo y está influenciado por el pasado, el cual revive constantemente recordando las heridas afectivas que no ha sanado ni resuelto. El miedo provoca que reprima sus emociones, uno de los mayores miedos es el de la muerte, que le impulsa a llevar una vida excesivamente dinámica y tensa.”(17)

“La persona con hipertensión arterial cree que tiene que estar constantemente dispuesta para afrontar cualquier peligro. Está siempre preparada para la lucha, aunque contiene su agresividad para evitar el conflicto. No verbaliza sus miedos, ni afronta mediante un diálogo positivo sus diferencias con el otro.”(17)

“Por lo tanto, debe recordar que la actitud de agresividad reprimida conduce a la larga al infarto. Una gran presión emocional externa se vive como esa exagerada presión interna, en los canales del corazón. También con la edad se pierde flexibilidad y elasticidad, la comunicación se entorpece y la presión aumenta.”(17)

“La persona hipertensa suele estar sometidas a presiones como: Vivir cerca de conflictos a los que no se aportan soluciones, estar en situaciones de prueba o de expectativas, Tener disposición defensiva constante, Estar en excitación continuada, Tener conflictos de autoridad sin resolver, Estar en enemistad reprimida, Huir hacia una actividad exterior, Mantener una agresión inhibida, Tener Autocontrol corporal, Hacer Sobre-esfuerzo en el control externo, repartir

en lugar de compartir, tener bloqueos y dificultades en la comunicación, tendencia a las contradicciones.”(17)

“Y puede estar sometido a diferentes miedos como: El miedo al fracaso, el miedo a expresar lo que uno siente, el miedo a perder, etc.” (17)

“Se han realizado estudios donde se ha evidenciado la relación entre el componente conductual y la hipertensión arterial. Sommers y Greenberg encontraron que los individuos hipertensos presentaban dificultades con la expresión de la cólera y mayor ansiedad interpersonal, así como un uso más frecuente de mecanismos defensivos con respecto a sus experiencias emocionales.”(17)

“Demostrando que el estrés y las reacciones emocionales como la ansiedad, la ira o la tristeza presentan correlatos fisiológicos que afectan la presión arterial, y por lo tanto la hipertensión arterial es considerada hoy como un trastorno psicofisiológico.”(17)

“Pero además de los consejos sobre alimentación y ejercicio físico que podemos recibir desde el plano médico, desde un plano psicogenealógico y psicomágico podemos combatirlos siguiendo este decálogo anti-presión arterial:

Me doy permiso para expresar mis emociones. Durante 21 días, escribiré en un diario unas frases que expresen como me siento.

Si mi ego emocional ha sido callado por las prohibiciones de mi familia, le voy a dar voz desde ahora. Diré al miembro de mi familia represor (o a algo que lo simbolice) lo que siento al respecto y luego le regalaré algo dulce. Si está enterrado, lo haré delante de la tumba y luego escribiré con miel alguna palabra de paz sobre ella.

Transformo mi ira en creatividad.

Escenifico mis miedos para superarlos. La escena debe de acabar en positivo, todo se resuelve, gana la salud y la nueva vida.

No me exijo más de lo que mi capacidad o mi tiempo me permite. Voy a dejar de representar el papel de “cumplidor a muerte” que me ha impuesto mi árbol genealógico.

Fomento la comunicación asertiva con los demás. Si no se hacerlo por mi mismo, busco ayuda.

Doy clases de alguna técnica de defensa personal, como Judo o aikido, para que le llegue al inconsciente la seguridad de que uno sabe manejar las situaciones de lucha con el medio de manera adecuada.

Aprendo técnicas de relajación efectivas y luego enseño a los demás a practicarlas.

Suelto la “presión”, dándome permiso para transformar o liberarme de una vez de las relaciones o situaciones que me tensan.

Pongo a circular los problemas “atascados”. Por muy difícil que parezca, me esforzaré en buscar soluciones creativas para cada uno de ellos y daré un paso hacia la acción”. (17).

4.3. Hipertensión arterial y su relación con la depresión y ansiedad

“La presión arterial alta o hipertensión arterial constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, cuya alta prevalencia y la posibilidad de ser modificada mediante la intervención terapéutica la convierten en un problema de gran interés sanitario y socioeconómico. Se entiende la hipertensión arterial como un problema de salud de origen multifactorial, en el que existen tres grandes categorías de factores implicados: los factores biológicos clásicos, los factores comportamentales de riesgo asociado (hábitos de alimentación, consumo de tabaco y alcohol, y la práctica de ejercicio físico) y los factores psicológicos, incluyendo en estos últimos tanto los efectos de estrés sobre el sistema cardiovascular, como las variables individuales de tipo disposicional (hostilidad e ira como rasgo) y emociones negativas como la ira, la ansiedad o la depresión.”(18)

“Específicamente los pacientes hipertensos con sintomatología depresiva presentan menor adhesión al tratamiento de su enfermedad de base, asociándose con estilos de vida no saludables, lo que permitiría decir que existe un “link “ o relación entre los Trastornos del Humor y la enfermedad cardiovascular”. (18)

“Tras encontrar en investigaciones anteriormente mencionadas que la Hipertensión Arterial (HTA) supone entre un 15 y un 20% de los pacientes con HTA clínica y generalmente, implica un mal pronóstico en términos de morbimortalidad, existiendo además una correlación positiva entre el grado de ansiedad (más que de depresión) y las cifras de presión arterial, y concordando con trabajos internacionales realizados sobre el tema, donde se publican tasas que van del 22 % al 33 % entre pacientes que sufren de enfermedades físicas o médicas y tasas del 15 % al 62 % en pacientes hipertensos.”(18)

“Si se toma en cuenta la manía más ansiedad y depresión vemos que un 40% de los pacientes padecían trastornos del humor, condicionando esto su evolución, el tratamiento y el eventual pronóstico en este tipo de pacientes. Se concluye que las personas afectadas de hipertensión tienen un riesgo mayor de padecer ansiedad o depresión”. (18)

4.4. Participación de enfermería en la modificación de estilo de vida y la disminución de las cifras de presión arterial

“La hipertensión arterial al igual que al resto de las enfermedades crónicas requiere por parte del paciente la modificación y adquisición de una serie de hábitos y comportamientos para garantizar una mayor calidad de vida.”(19)

“La enfermería como profesión de servicio, se encuentra orientada a brindar los cuidados de atención directa al enfermo que le permitan recobrar su estado de salud, en caso de que las condiciones propias de la patología que padezca así los permitan, adaptarse a los efectos residuales de una enfermedad o prevenir las complicaciones que pudieran derivarse del manejo inadecuado de su cuadro clínico.”(19)

“La promoción de hábitos saludables y autocuidados para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial es la Necesidad que existe en la actualidad de reducir la morbilidad y el número de pacientes hospitalizados, así como de

proporcionar la información necesaria relacionada con los cambios en sus hábitos de vida.”(19)

“Así que tomando en consideración el papel cumplido por la enfermera como integrante del equipo de salud y como base fundamental en el desarrollo de actividades de prevención, mediante el ejercicio del rol asistencial y el rol docente tiene gran parte de responsabilidad.”(19)

“Es necesario reducir la morbilidad por hipertensión arterial, ya que constituye un problema de salud pública; siendo necesario aplicar estrategias dirigidas a la prevención de las secuelas que pudieran desprenderse de un manejo inadecuado de esta enfermedad.”(19)

“Es por esta razón que se hace necesario que los profesionales de enfermería manejen y apliquen los conocimientos referidos a la prevención en hábitos de salud y autocuidados en pacientes con hipertensión arterial, con el fin de disminuir los riesgos de accidentes cardiovasculares que pueden derivarse de su condición. Para lo cual, la enfermera debe estimular en el enfermo crónico su sentimiento de autoestima, infundiéndole seguridad en si mismo y ayudándole a realizar las modificaciones necesarias en su estilo de vida, al proporcionar la información necesaria para tal fin.”(19)

“También el profesional de enfermería debe otorgar al paciente las medidas específicas de rehabilitación proporcionando educación, orientación, y apoyo psicológico a los pacientes que han superado crisis iniciales.”(19)

“En esta fase enfermería indica al paciente la importancia del control periódico y el mantenimiento de las medidas restrictivas en cuanto a la dieta y el uso del tabaco; aquí se hace énfasis además en la necesidad de motivar al paciente para que adopte un estilo de vida cónsono con las indicaciones dada por el médico.”(19)

“Como puede notarse el papel de la enfermera debe propiciar las acciones que permitan al paciente su concientización sobre los efectos nocivos de estas sustancias y las complicaciones que pueden derivarse de su uso, ya que las mismas aumentan la presión arterial y favorecen la aparición de accidentes cerebrovasculares; razón por la cual se debe indicar al paciente su responsabilidad en la abstención en el uso y abuso de malos hábitos de estilos de vida con la finalidad de resguardar su salud de los efectos producidos por las complicaciones de cuadros de hipertensión arterial como resultado de la inobservancia de los autocuidados” (19)

V. HIPÓTESIS

Existe una relación significativa entre el nivel de adaptación y el estilo de vida (ansiedad y depresión) en el paciente adulto joven con hipertensión arterial.

VI. OBJETIVOS

6.1. General

Determinar la relación entre el nivel de adaptación (cifras de presión arterial) y el estilo de vida (ansiedad y depresión) del adulto joven con hipertensión arterial.

6.2. Específicos

- Describir el nivel de adaptación (cifras de presión arterial) del adulto joven con hipertensión arterial.
- Describir el estilo de vida (ansiedad y depresión) del adulto joven con hipertensión arterial.
- Relacionar el estilo de vida con el nivel de adaptación del adulto joven con hipertensión arterial.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio: Es un estudio de enfoque cuantitativo y aplicado.

Es de alcance analítico porque está avalado con fundamento teórico a través de un análisis, observación y correlación, lo que determinó el nivel de adaptación en cuanto a su relación con el estilo de vida (depresión) del paciente con hipertensión arterial.

7.2 Diseño metodológico: Este tipo de investigación es no experimental ya que no se manipularon variables de los participantes; es de carácter observacional en donde solamente se obtuvo el nivel de adaptación en el que se encuentra el sujeto de estudio y lo que concierne a todo aquello que influya para su adaptación a un estilo de vida saludable y tenga respuestas de adaptación eficaces.

Por lo que la forma de recolección de datos fue de fuente primaria directamente con los sujetos que cubran las características de interés para el estudio de manera analítica.

Este estudio es de medición transversal, pues se hizo una sola medición en un tiempo determinado.

7.3 Límites de espacio y tiempo: Este estudio de investigación se realizó en un lapso de tiempo que ocurre desde Enero a Septiembre 2010 en la colonia Moctezuma de Tepic Nayarit.

7.4 Universo y Muestra: “El universo de la población total que presentó el fenómeno estudiado es de 200 personas de 20 a 59 años de edad de la colonia Moctezuma de Tepic Nayarit”. (20)

7.4.1 Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

7.4.2 Tamaño de la muestra: El tamaño mínimo de muestra es de 99 (Ver Apéndice 1)

7.4.3 Criterios de inclusión:

Pacientes de 20 a 59 años de edad con hipertensión arterial.

Que hayan aceptado participar en el estudio, por escrito firmando un consentimiento informado, dado esto, mediante una entrevista se dialoga y se le explicó a cada persona el objetivo de la investigación y con esto se procede a la aplicación de dos cuestionarios.

7.4.4. Criterios de eliminación:

Personas de 20 a 59 años de edad que no se encuentren en el momento de la aplicación de la encuesta o que no deseen participar.

Cabe señalar que el tamaño de la muestra para este estudio de investigación fue de: 90 personas del universo de población y con el 10% adicional de la misma lo cual resultó un tamaño de muestra de 99 personas.

7.5 Recursos humanos, materiales y financieros.

Recursos humanos:

Responsable de la Investigación: Lic. En Enfría. Esther Berenice González Romero.

Director de tesis: Dr. Nicolás Padilla Raygoza

Co-directora de tesis: MCM. María de Lourdes García Campos

Recursos materiales y financieros:

La investigación se llevará a cabo con el apoyo de CONACYT y de manera autofinanciable por la misma autora de la investigación.

7.6 Procedimientos:

Este estudio de investigación se presentó ante el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato.

Una vez aprobado tal estudio se procedió a recolectar los consentimientos informados de las personas sujetos de la investigación, se realizó la aplicación de los instrumentos los cuales fueron 2 cuestionarios con preguntas de opción

múltiple, realizando para ello un entrevista donde se le informó ampliamente a la persona detectada el propósito de estudio, aclarando cualquier duda, asimismo indicando las instrucciones para el llenado de cada instrumento.

Enseguida se revisó tal información proporcionada y recolectada y se capturaron los datos de los cuestionarios en el programa estadístico STATA 10.0, desarrollando las variables numéricas con promedio y desviación estándar, para probar hipótesis se realizó la prueba de Z para dos proporciones y se obtuvo el valor p, para buscar asociación entre las variables se calculó la prueba de Chi cuadrada y el valor de p, insertando las categóricas mediante frecuencia y porcentaje.

7.7 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para todas las variables del estudio.

Para probar hipótesis se realizó la prueba de Z para dos proporciones y se obtuvo el valor de p; para buscar asociación entre las variables se calculó la prueba de chi cuadrada y el valor de p.

En todos los casos, para demostrar significancia estadística de los resultados el valor de alfa se fijó en 0.1.

Empleando además el paquete estadístico STATA 10.0® (College Station, TX, EUA).

7.8 Instrumentos

Instrumento Viveros03/Zerimar. (Ver Anexo 1).

El instrumento consta de 57 ítems, los primeros 15 valoran la autoestima, del 16 al 21 la imagen corporal, del 22 al 25 la sensación corporal, del ítem 26 al 33 el yo consiente, del 34 al 40 el yo ideal, del 41 al 47 el yo moral, del 48 al 52 el yo ético y del 53 al 57 el yo religioso. Este instrumento es un cuestionario

estructurado con una escala de proporción para calificar con 5 categorías: a) nada, b) poco, c) regular, d) suficiente, e) bastante.

Con una escala de calificación que va del 1 al 5, las preguntas están planteadas de manera positiva (4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57) en total 42 y el resto de las preguntas, es decir, 15 de manera negativa (1, 2, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 25, 41, 49, 50), la forma de calificarlas sería la siguiente:

Valores	Positivos	Negativos
Nada	(a) = 1	(a) = 5
Poco	(b) = 2	(b) = 4
Regular	(c) = 3	(c) = 3
Suficiente	(d) = 4	(d) = 2
Bastante	(e) = 5	(e) = 1

En donde la calificación mínima que podría obtener un paciente sería de 57 y la máxima de 285, de acuerdo a los conceptos de adaptación manejados por Callista Roy: integrado, compensatorio y comprometido por lo que se hacen rangos para calificar el nivel de adaptación del modo de autoconcepto: De 57 a 133 puntos nivel adaptativo comprometido, de 134 puntos de calificación a 209 nivel compensatorio y de 210 puntos de calificación a 285 nivel adaptativo integrado.

El presente instrumento se validó, la primera vez solicitando la participación de las maestras que conocen la teoría de Sor Callista Roy, así mismo a los compañeros de las instituciones de salud de Taxco e Iguala Guerrero, de los servicios de medicina Interna. Todas estas personas emitieron valiosos comentarios que han permeado para que el instrumento se modifique y se mejore así mismo se fundamenta con bases científicas a la luz de la teoría de Roy, después se solicitó a un médico su punto de vista en base a su experiencia por tratar a pacientes con

problemas crónico degenerativos, que él como profesional de la salud tiene y se afinó aún más el instrumento.

Al procesar los datos para calcular la confiabilidad, se usó el paquete estadístico S.P.S.S. versión 11.0, encontrándose un alfa de Cronbach; se obtuvo una confiabilidad de .8581, de los 67 ítems, es decir 57 preguntas para valorar el autoconcepto y 10 de las demás variables la confiabilidad fue de .6894.

Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). (Ver Anexo 2).

El Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) es un instrumento validado en nuestro país con la finalidad de evaluar la calidad de vida (CVRS) en este grupo de pacientes que permita, además, determinar la relación existente entre la CVRS y las variables clínicas.

El cuestionario de salud para la HTA fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca-Cusachs et al e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y la depresión.

Se ha estructurado un cuestionario autoaplicable de 62 ítems, con cuatro categorías de respuesta para cada ítem mediante una escala Likert («no, en absoluto»; «sí, algo»; «sí, bastante»; «sí, mucho») que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) con la intención de explorar concisa y suficientemente las siguientes áreas: ansiedad (10 ítems), depresión (16 ítems), efectos secundarios de los fármacos (20 ítems), quejas somáticas (8 ítems), y un valor global o conjunto total resumen cuyo monto podría oscilar entre un mínimo óptimo de 0 y un máximo deficiente de 180.

Para validar el cuestionario CHAL se realizó un estudio en el que se evaluó una muestra de 269 pacientes hipertensos no controlados, de ambos sexos, mayores de 17 años, provenientes de 92 centros de atención primaria (CAP) de España. Los pacientes se incluyeron consecutivamente en función de cuotas de edad (18-44 años, 45-64 años y más de 64 años) y sexo, con el fin de obtener una muestra representativa de la población española con HTA. Además, la muestra del estudio se estratificó en función de la afectación orgánica de la HTA.

Con el objetivo de evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario, se realizó una segunda visita al cabo de un mes de la inclusión. Se discriminó entre los pacientes que no declararon cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la fiabilidad test-retest, y los pacientes que declararon cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la sensibilidad al cambio del cuestionario.

En esta segunda visita se registraron de nuevo las características clínicas de los pacientes y se volvieron a administrar los cuestionarios (CHAL y EuroQol-5D) y una pregunta sobre el cambio en el estado de salud global del paciente. Para los controles normotensos sólo se realizó una visita de inclusión, en la que se recogió la misma información que los pacientes, a excepción de las variables clínicas no aplicables a individuos normotensos.

La validez convergente se evaluó mediante la correlación entre las dimensiones del CHAL y el nivel de problemas en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D (EQ-5D) y la puntuación de la Escala Visual Analógica (EVA), esperándose una correlación más alta entre las dimensiones comunes de ambos cuestionarios.

Se seleccionó el EQ-5D para evaluar la validez convergente del CHAL por tratarse de un instrumento genérico ampliamente validado en la población española tanto en población general como en grupos de pacientes, y que dispone de valores poblacionales de referencia para la comparación de distintos grupos de población. Además, el EuroQol-5D es un cuestionario muy sencillo y rápido de administrar

que contiene las dimensiones más importantes de la calidad de vida como otros cuestionarios genéricos más largos (SF-36 o el SIP).

Para evaluar la validez discriminante se compararon las puntuaciones del CHAL (recodificadas a una escala de 0-100, indicando 100 peor calidad de vida) entre pacientes y controles y entre distintos grupos de pacientes con distintos niveles de gravedad de la HTA.

La fiabilidad se evaluó en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest. Para el análisis de fiabilidad test-retest se incluyeron únicamente aquellos pacientes que declaraban no haber cambiado su estado de salud entre las 2 visitas de estudio.

7.9 Variables de estudio:

Nivel de adaptación.

Estilo de vida (depresión).

7.9.1 Conceptualización y operacionalización de variables (Ver Apéndice 2)

7.10 Cronograma de actividades. (Ver Apéndice 3)

7.11 Difusión

El lugar donde se publicarán los resultados de la Investigación será en el foro de difusión de investigación en enfermería.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Este estudio se considera una investigación con un riesgo mínimo teniendo en cuenta que para la obtención de los datos se realizaron procedimientos no invasivos y la aplicación de cuestionarios, asimismo tiene como objetivo colaborar en el aumento de la calidad de vida en el paciente con hipertensión arterial al

adaptarse adecuadamente en relación con su estilo de vida (depresión) y saber cómo manejar el mismo.

También esta investigación se sujeta a los principios científicos y éticos así como lo dicta el Artículo 100 fracción 1 de la Ley General de Salud, también en la fracción IV de la misma ley que establece que se deberá contar con el consentimiento por escrito y firmado por el sujeto en quien se realizará la investigación.

Por lo tanto este estudio de investigación contó con el consentimiento informado (Ver Anexo 4) y por escrito del sujeto de investigación, se ajustó a los principios científicos y éticos, para las investigaciones en seres humanos contemplados en la declaración de Helsinki, en su artículo 21, ya que se respetó su integridad y la confidencialidad de la información del participante, explicándole ampliamente al sujeto de estudio los objetivos, beneficios y utilidad y si existieran riesgos de la investigación hacia él y hacia la sociedad y todo lo que concierne a responder las preguntas que puedan surgir, asegurándole que de ninguna manera se verá afectado, respetando su decisión si en algún momento deseara retirarse o abstenerse en participar garantizándole además que no habrá ninguna represalia por parte de la investigadora.

Todo lo anterior para reducir al máximo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

Las consideraciones éticas y legales fueron realizadas con la aprobación del estudio por el H. Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de Celaya, perteneciente a la Universidad de Guanajuato y la obtención del consentimiento informado firmado por las personas participantes en esta Investigación.

IX. RESULTADOS

La muestra estuvo integrada por 99 sujetos, con rango de edad de 20 a 59 años, con media de 40.02 años y desviación estándar de 11.87; predominaron los del

género femenino con 90 (90.91%), con pareja 71 (71.72%), desempleados 65 (65.66%) (Tabla IX.1).

Tabla IX.1 Características de los integrantes de la muestra, Tepic, Nay, 2011
(n=99)

Variable	N	%
Género		
Hombres	9	9.09
Mujeres	90	90.91
Estado civil		
Sin pareja	28	28.28
Con pareja	71	71.72
Ocupación		
Empleado	34	34.34
Desempleado	65	65.66

Fuente: Cuestionario del estudio

En la muestra 62 (62.63%) tuvieron depresión poco intensa, no presentaron ansiedad 62 (62.63%) y 60 (60.81%) tuvieron capacidades de adaptación compensadas (Tabla IX.2).

Tabla IX.2 Variables de estudio, adultos hipertensos, Tepic, Nay, 2012 (n=99)

Variables de estudio	n	%
Depresión		

Poco intensa	62	62.63
Intensa	27	27.27
Muy intensa	10	10.1
Ansiedad		
Sin	62	62.63
Con	37	37.37
Autoconcepto		
Integrado	16	16.16
Compensado	60	60.61
Comprometido	23	23.23

Fuente: Cuestionarios del estudio.

En la tabla IX.3 se muestran las puntuaciones obtenidas para cada variable en estudio.

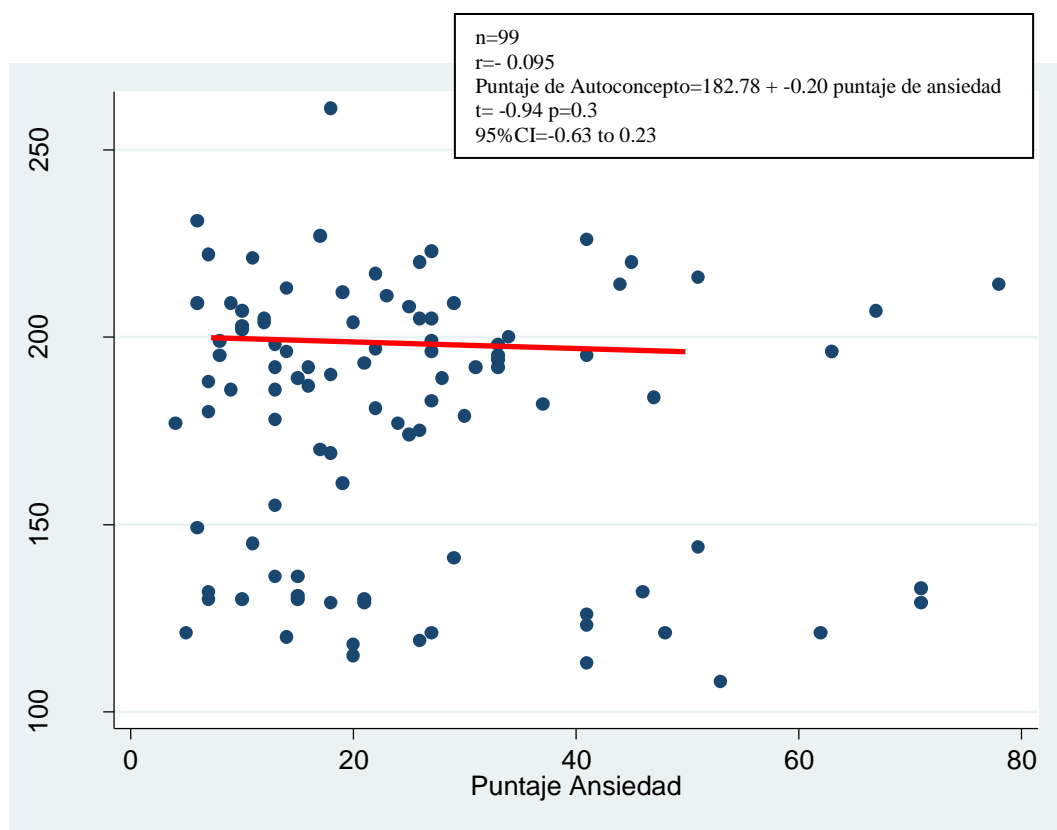
Tabla IX.3 Puntuaciones de las variables de estudio, Tepic, Nay, 2012 (n=99)

Puntuaciones	Rango	Media ± s
Depresión	5 a 59	23.88 ± 14.22
Ansiedad	4 a 78	25.30 ± 16.87
Autoconcepto	108 a 261	177.70 ± 35.83
Autoestima	26 a 60	45.98 ± 7.09
Imagen corporal	6 a 36	17.05 ± 5.19
Sensación corporal	4 a 19	10.42 ± 3.03
Yo consciente	8 a 40	24.71 ± 8.69
Yo ideal	9 a 37	24.17 ± 7.88
Yo moral	11 a 35	22.64 ± 6.06
Yo ético	8 a 24	15.46 ± 3.49
Yo religioso	6 a 25	17.52 ± 4.66

Fuente: Cuestionarios del estudio.

En la figura IX.1 se muestra que hay una leve correlación negativa entre las puntuaciones de ansiedad y del autoconcepto ($r = -0.095$) y no hay relación lineal entre ambas ($p > 0.05$).

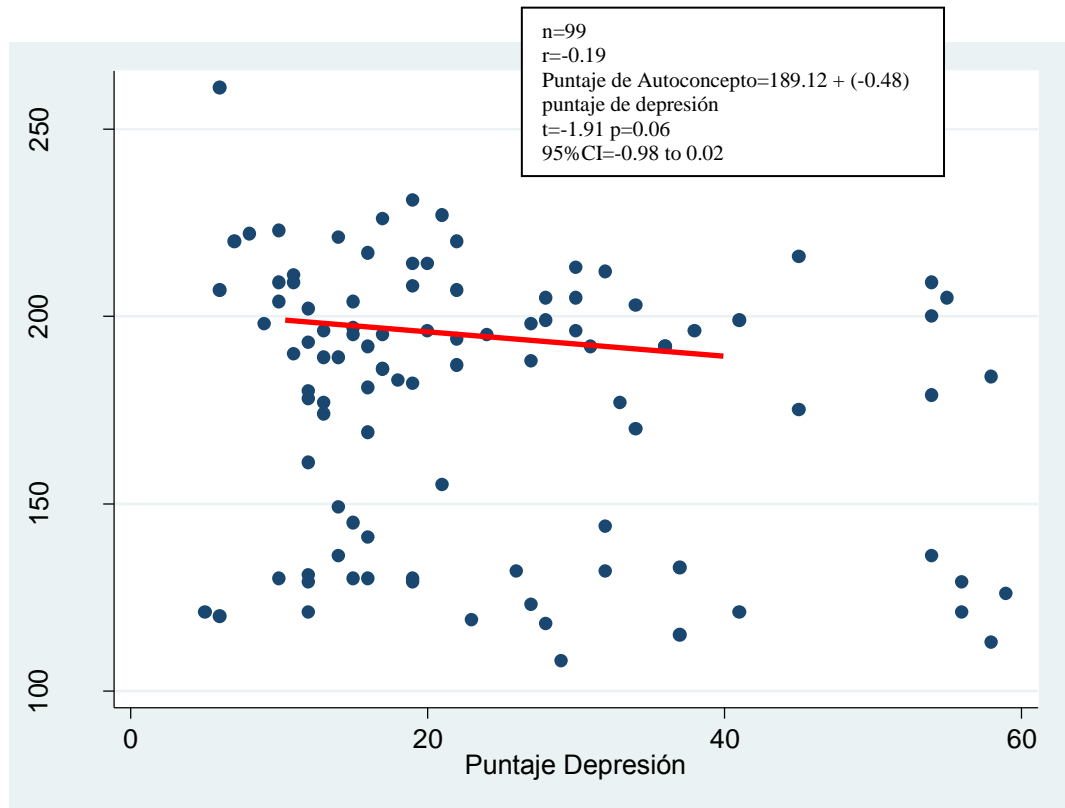
Figura IX.1 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y autoconcepto, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.2 se muestra una leve correlación negativa entre puntuación de depresión y puntuación de autoconcepto; no hay relación lineal entre ambas ($p > 0.05$).

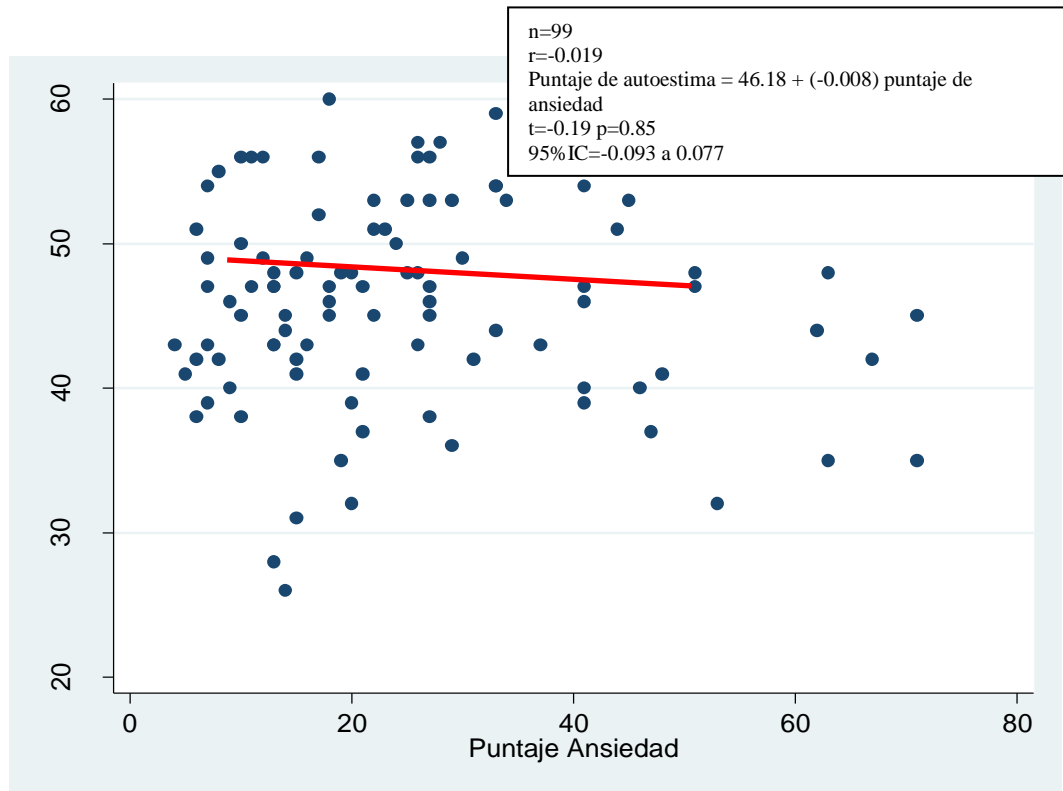
Figura IX.2 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión ansiedad y autoconcepto, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.3 se muestra una débil correlación negativa entre puntuaciones de ansiedad y de autoestima; no hay evidencia de relación lineal entre ambas.

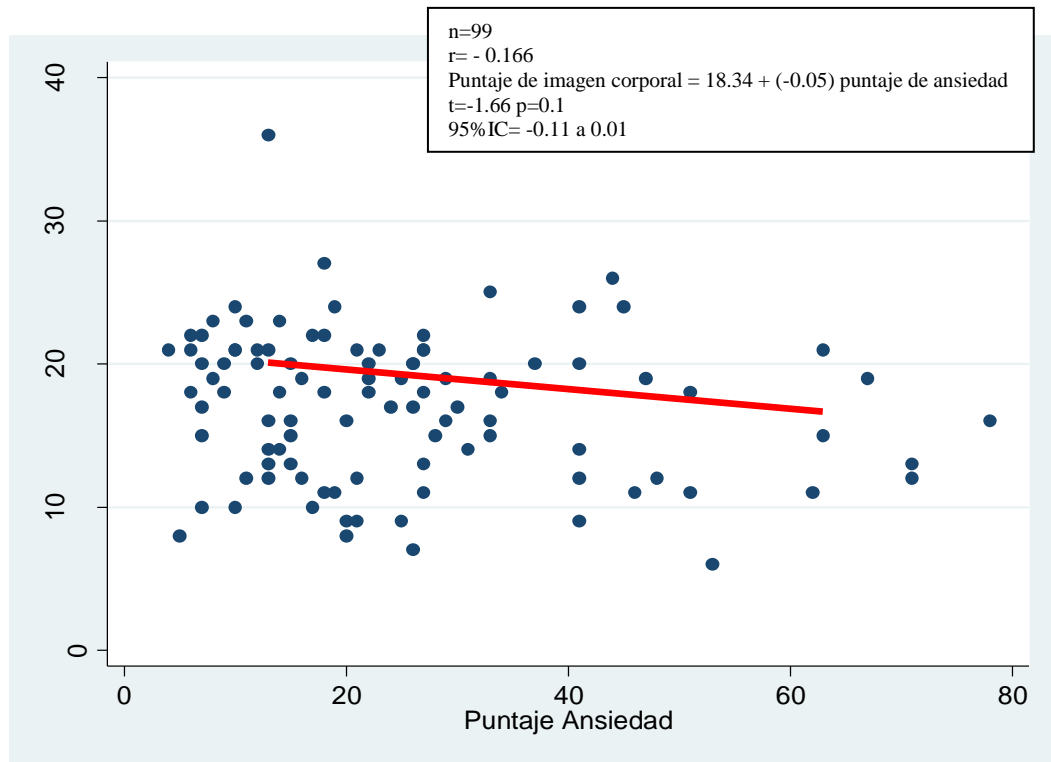
Figura IX.3 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y autoestima, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.4 se muestra la correlación entre puntuaciones de ansiedad e imagen corporal, siendo débil ($r=0.17$) y no hay relación lineal entre las puntuaciones de ambas variables ($p>0.05$).

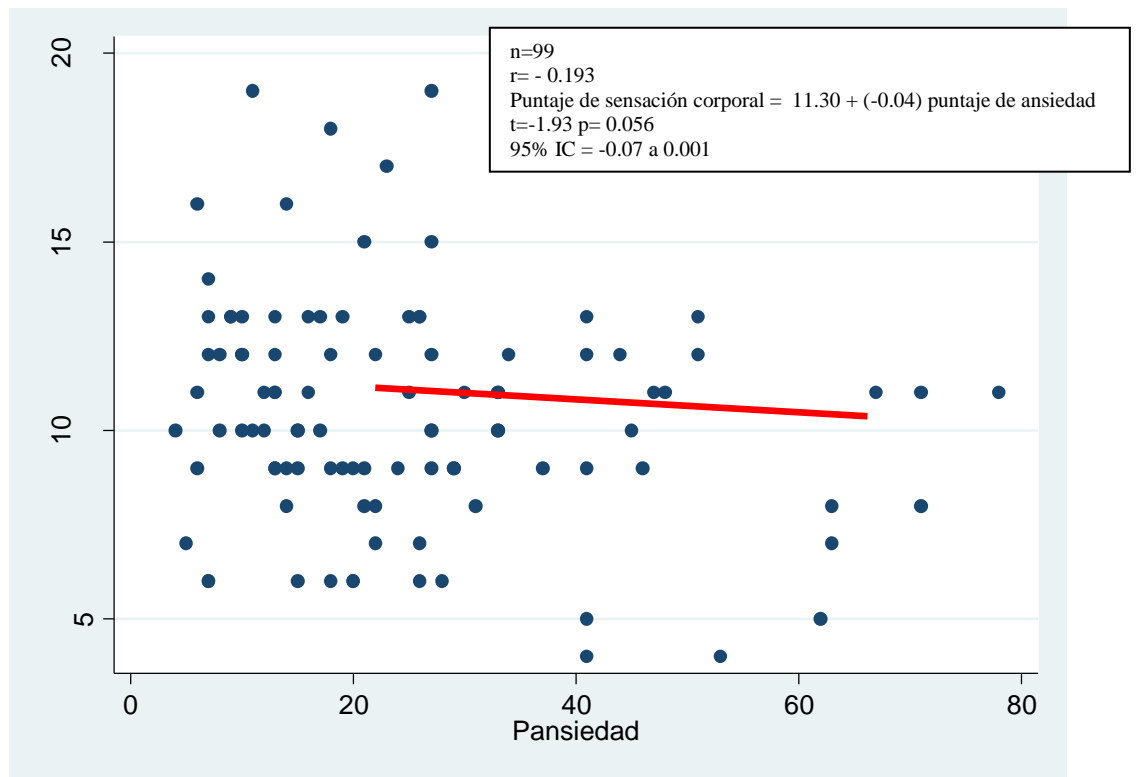
Figura IX.4 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad e imagen corporal, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de ansiedad y sensación corporal, se encuentra una correlación ($r=0.19$) y una relación lineal negativa entre ambas ($p=0.05$). A mayor puntuación de ansiedad menor puntuación de sensación corporal (Figura IX.5).

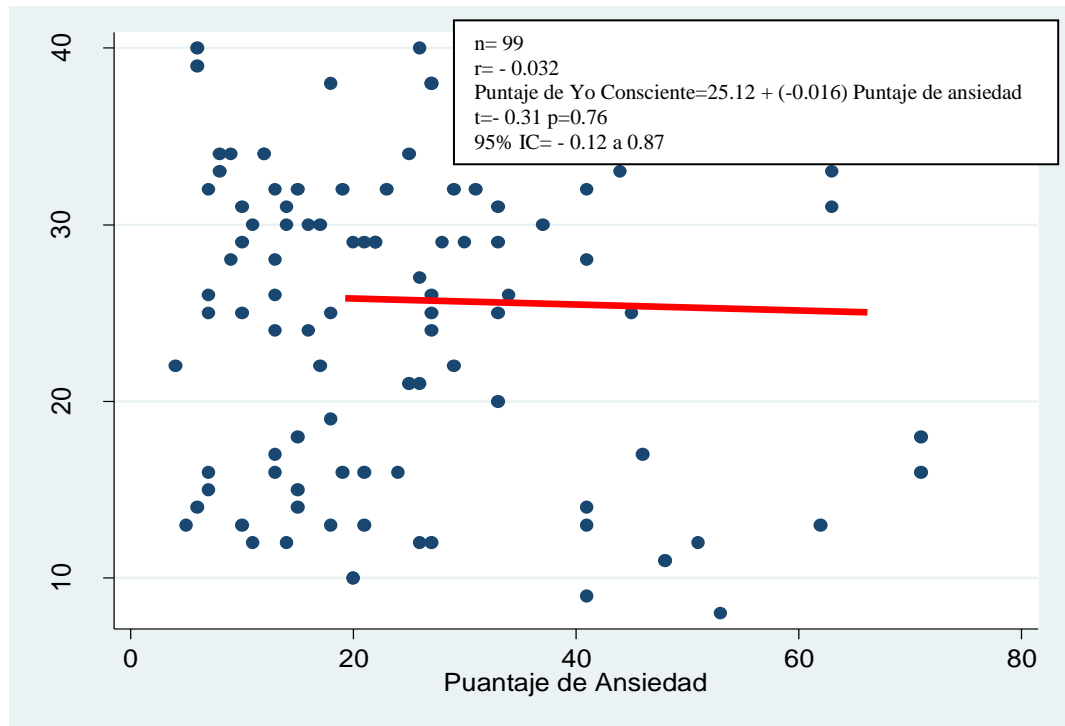
Figura IX.5 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y sensación corporal, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de ansiedad y Yo consciente, no se encuentra correlación ($r=0.03$) y no existe relación lineal entre ambas variables ($p>0.05$) (Figura IX.6).

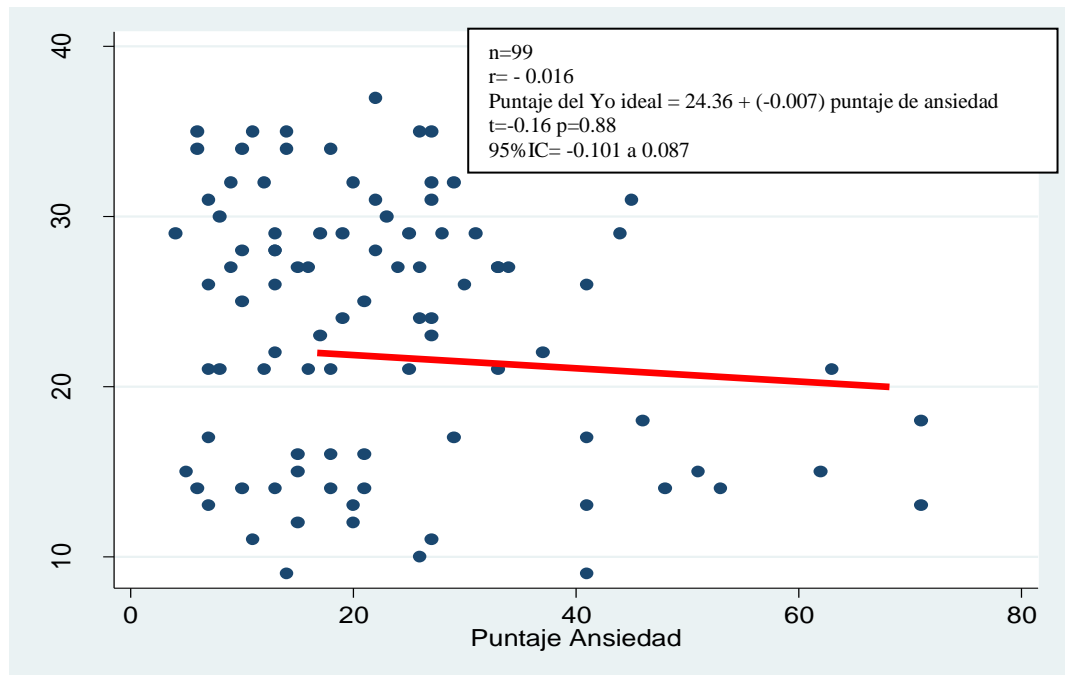
Figura IX.6 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y yo consciente, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.7 se muestra la relación entre puntuaciones de ansiedad y el Yo ideal, no existiendo una correlación entre ambas ($r=0.016$) y no se encuentra relación lineal entre ambas puntuaciones de las variables ($p>0.05$).

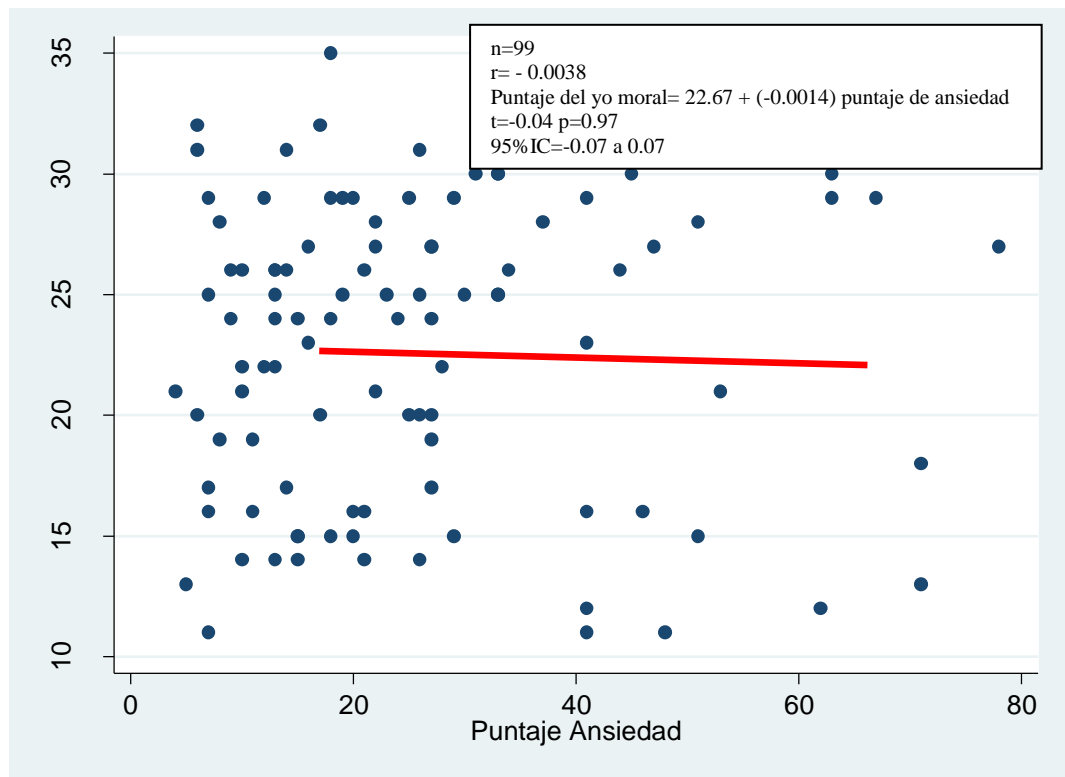
Figura IX.7 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y yo ideal, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.8 se muestra la relación entre puntuaciones de ansiedad y el Yo moral, existiendo una débil correlación entre ambas ($r=0.003$) por lo que no se encuentra relación lineal entre ambas puntuaciones de las variables ($p>0.97$).

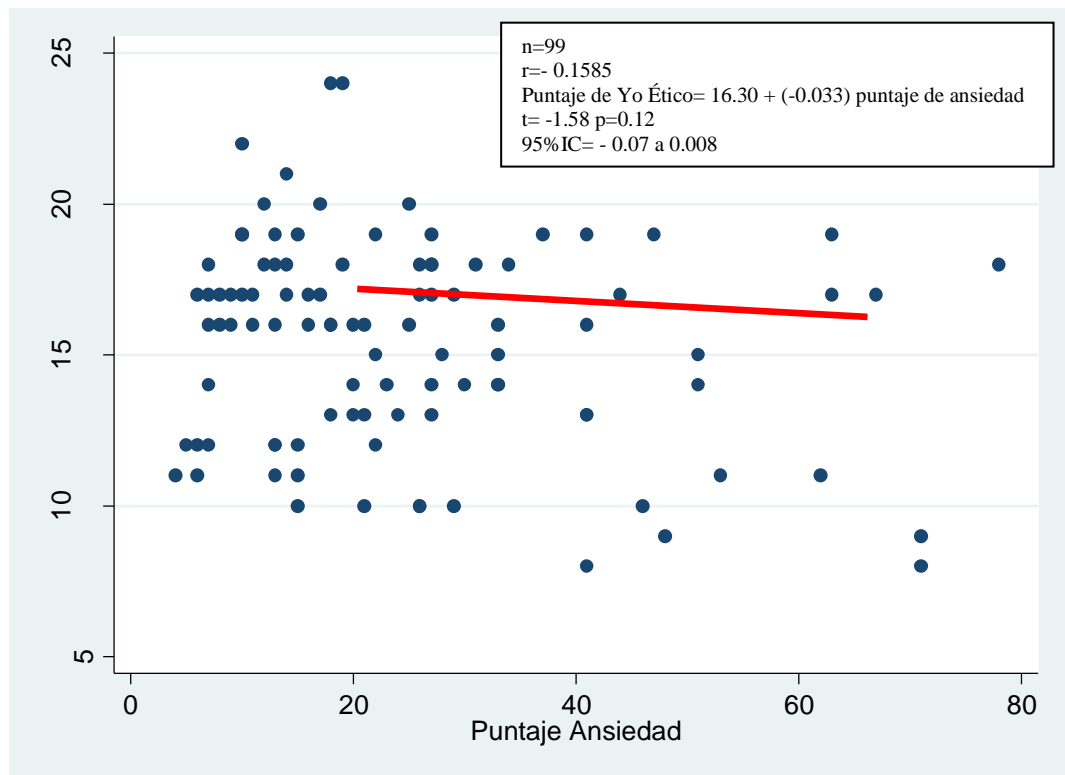
Figura IX.8 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y yo moral, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.9 se muestra la relación entre puntuaciones de ansiedad y el Yo moral, existiendo una débil correlación entre ambas ($r=0.158$) sin embargo no se encuentra relación lineal entre ambas puntuaciones de las variables ($p>0.12$).

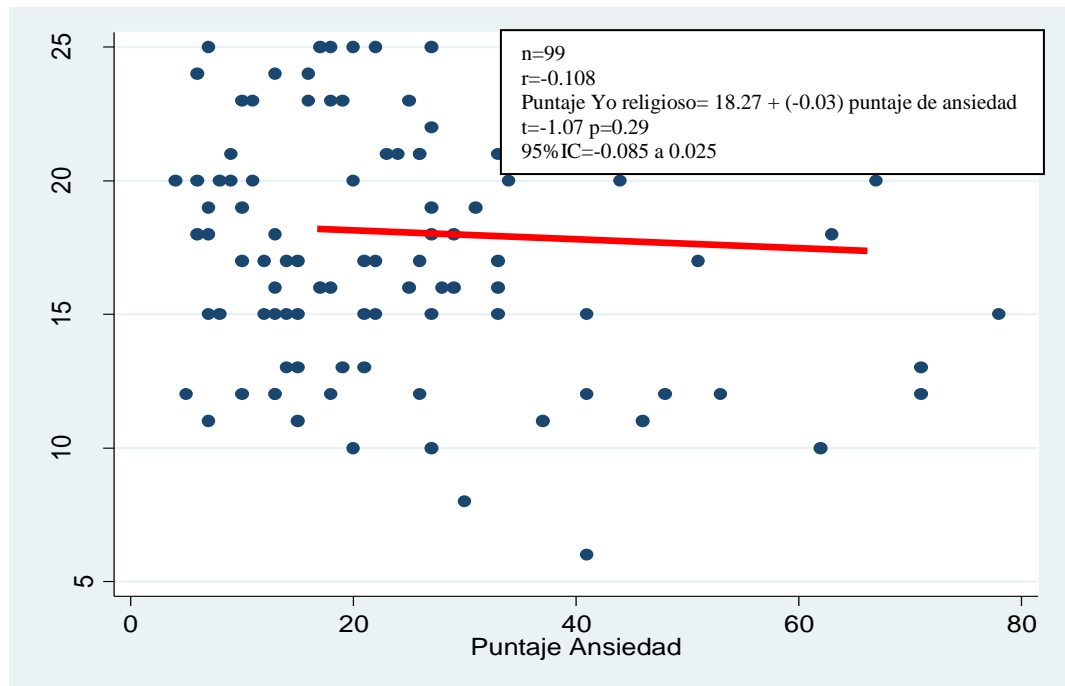
Figura IX.9 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y Yo moral, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de ansiedad y Yo religioso, se encuentra correlación ($r=0.108$) y no existe relación lineal entre ambas variables ($p>0.29$) (Figura IX.10).

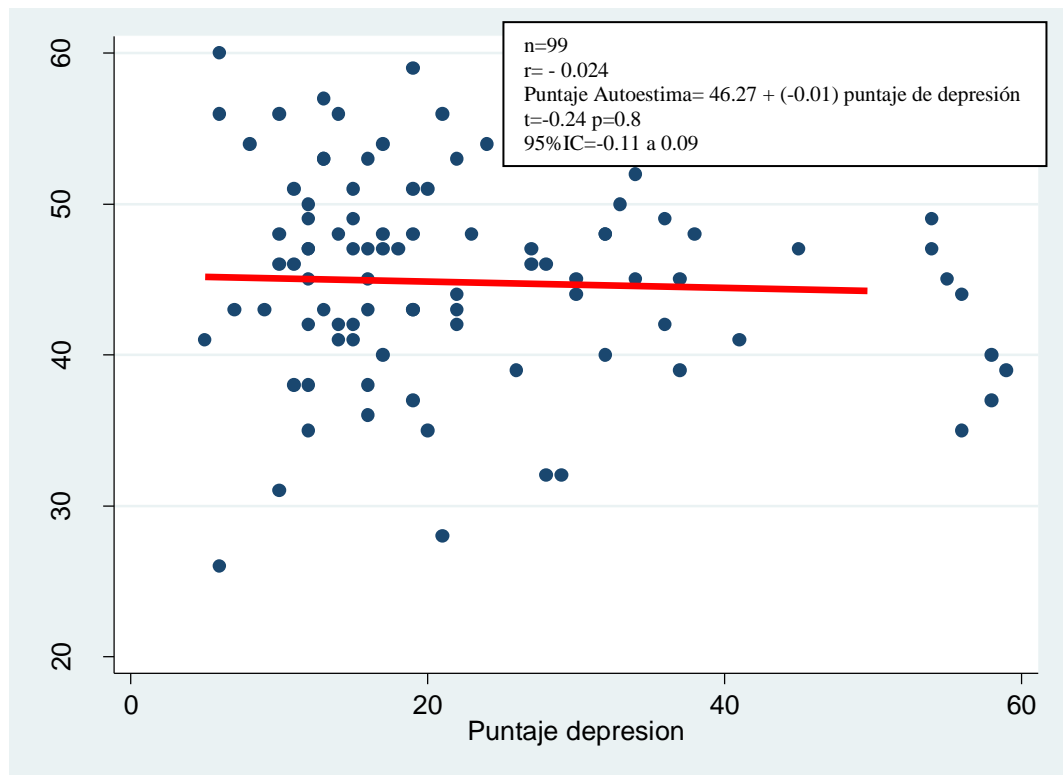
Figura IX.10 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de ansiedad y Yo religioso, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de depresión y autoestima, no se encuentra correlación ($r=0.024$) por lo que no existe relación lineal entre ambas variables ($p>0.8$) (Figura IX.11).

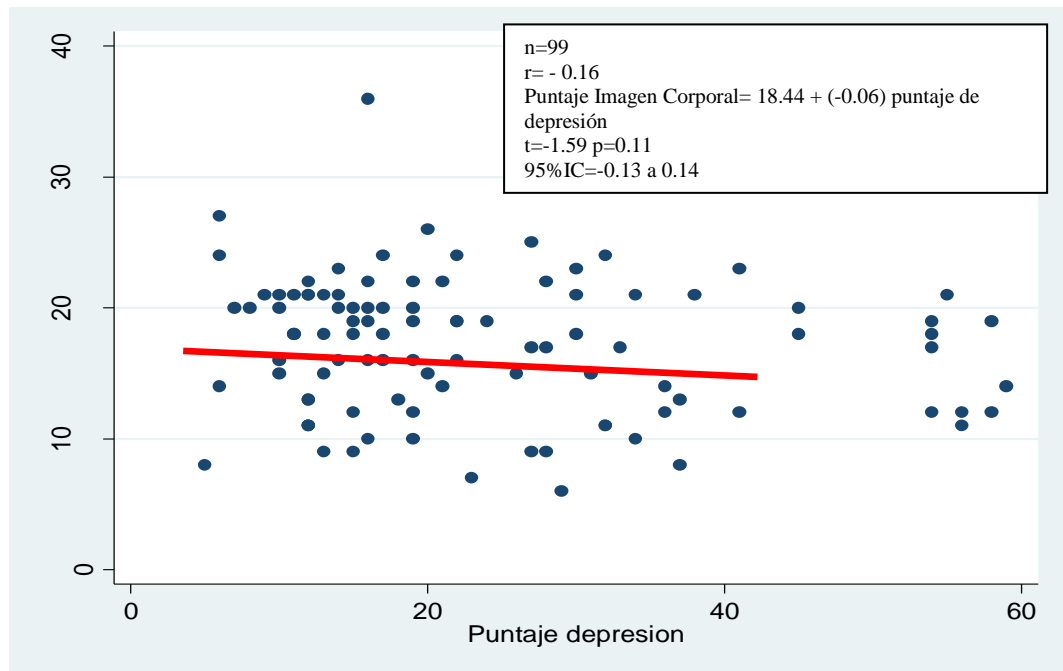
Figura IX.11 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y autoestima, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de depresión e imagen corporal, se encuentra correlación ($r=0.16$) y no existiendo relación lineal entre ambas variables ($p>0.11$) (Figura IX.12).

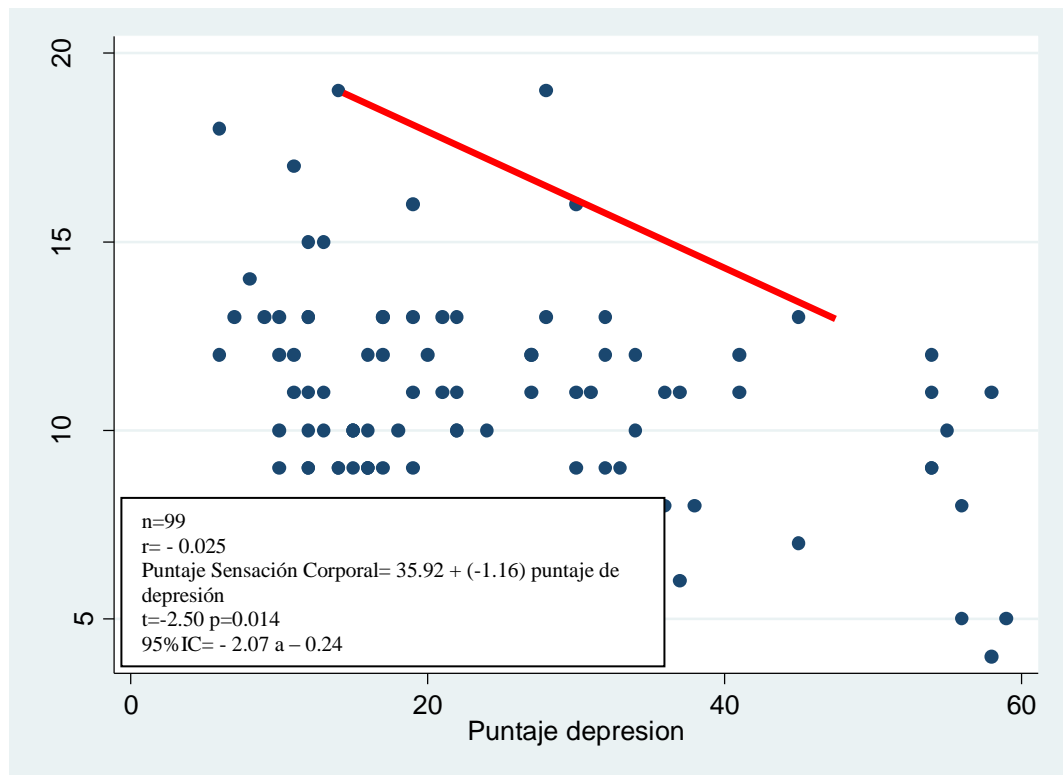
Figura IX.12 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión e imagen corporal, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de depresión y sensación corporal, no se encuentra correlación ($r=0.025$) y no existe relación lineal entre ambas variables ($p>0.11$) (Figura IX.13).

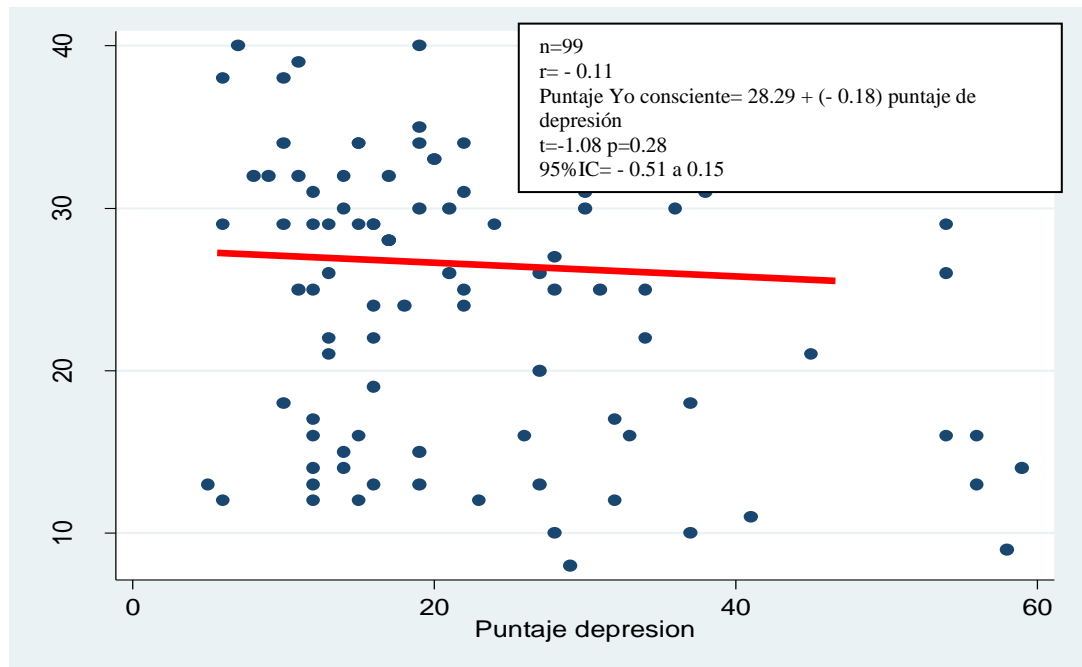
Figura IX.13 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y sensación corporal, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.14 se muestra la relación entre puntuaciones de depresión y el Yo consciente no existiendo correlación entre ambas ($r=0.11$) y también no se encuentra relación lineal entre ambas puntuaciones de las variables ($p>0.28$).

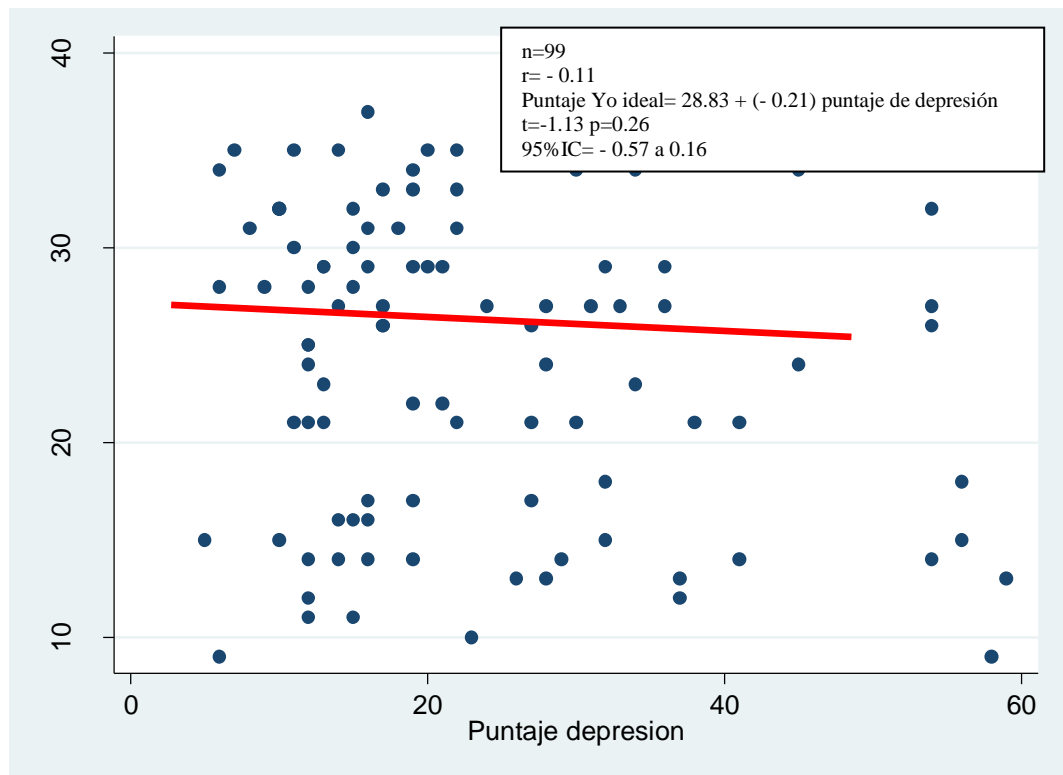
Figura IX.14 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo consciente, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de depresión y Yo ideal, se encuentra una leve correlación ($r=0.11$) sin embargo no hay relación lineal entre ambas variables ($p>0.26$) (Figura IX.15).

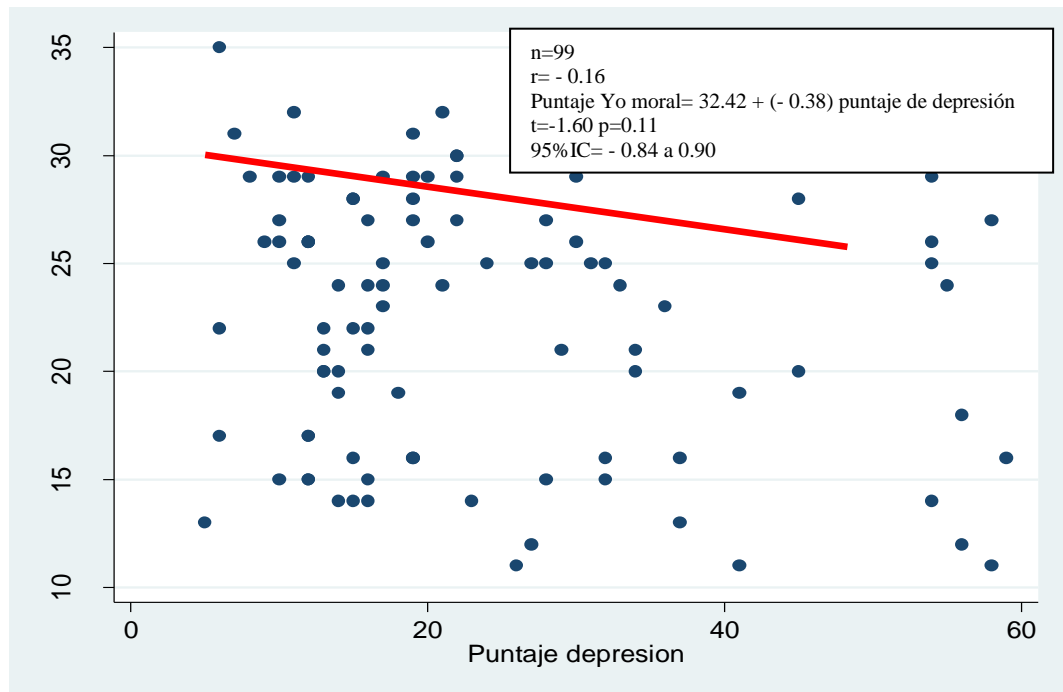
Figura IX.15 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo ideal, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de depresión y Yo moral, existe correlación ($r=0.16$) sin embargo no existe relación lineal entre ambas variables ($p>0.11$) (Figura IX.16).

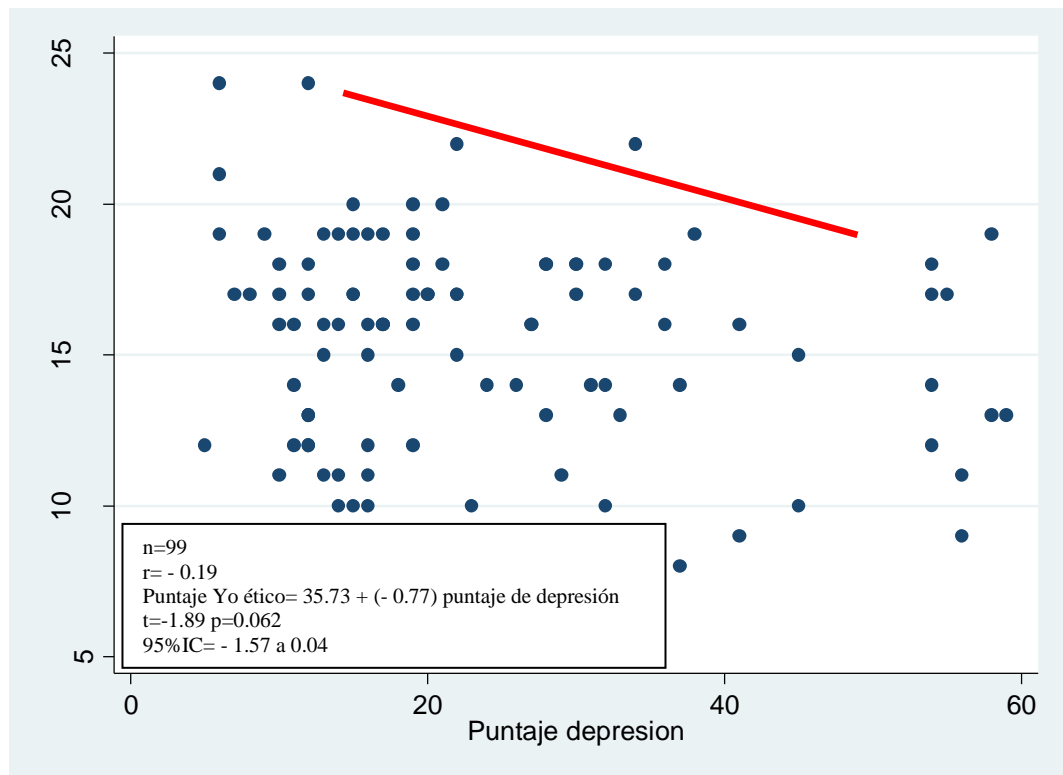
Figura IX.16 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo moral, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En las puntuaciones de depresión y Yo ético, se encuentra correlación ($r=0.19$) y no existe relación lineal entre ambas variables ($p>0.062$) (Figura IX.17).

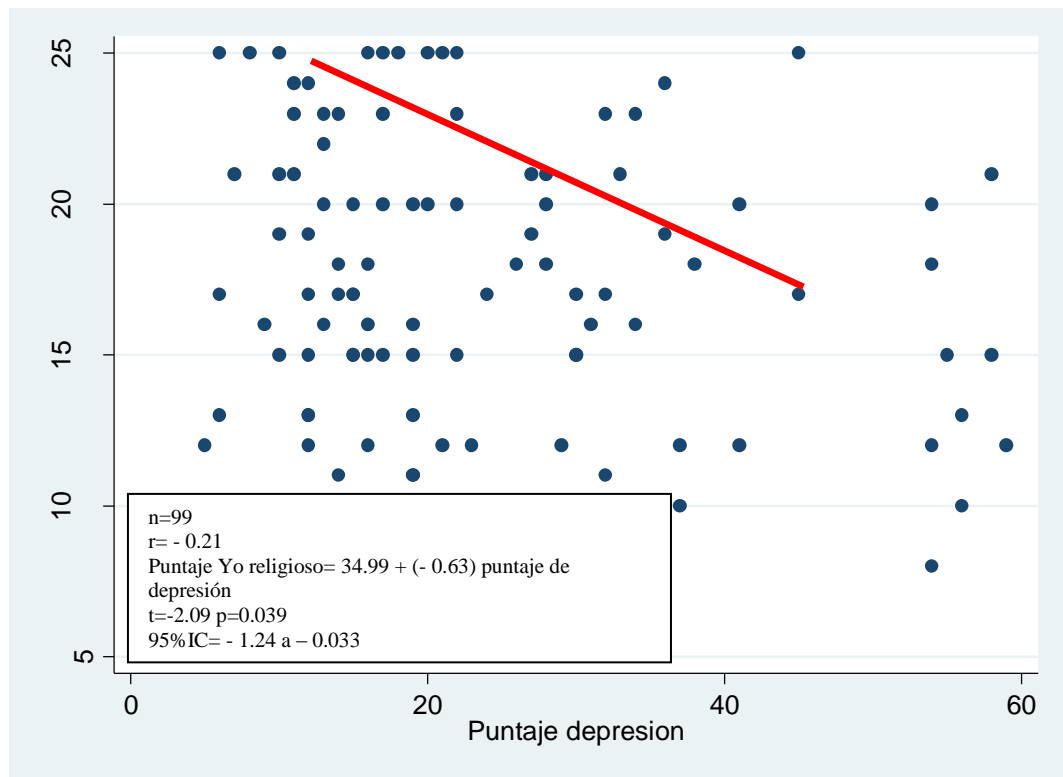
Figura IX.17 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo ético, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

En la figura IX.18 se muestra la relación entre puntuaciones de depresión y Yo religioso existiendo correlación entre ambas ($r=0.21$) asimismo se encuentra relación lineal significativa entre ambas puntuaciones de las variables ($p>0.039$).

Figura IX.18 Correlación y ecuación de regresión lineal entre puntuaciones de depresión y Yo religioso, Tepic, 2012 (n=99)



Fuente: Cuestionarios y formas del estudio.

X. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como fortalezas el tema de la investigación, ya que la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas degenerativas con más morbi-mortalidad en México y en el mundo, al igual que la ansiedad y depresión siendo factores consecuentes y desencadenantes de esta enfermedad y también el tipo de población pues el grupo de personas de 20 a 59 años de edad es amplio y además se obtuvo disposición para su abordaje, esta investigación no fue experimental por lo tanto, no se afectó el sujeto de estudio sólo se le interrogó obteniendo información necesaria y concientización para elevar su calidad de vida adquiriendo, o modificando estilos de vida saludables.

Cabe señalar, que la ubicación geográfica de la población fue accesible además el universo y muestra que fueron seleccionados resultaron ser de una localidad similar a las demás localidades de la región nayarita y sus datos arrojados a esta problemática son convergentes.

Como debilidades de esta investigación se tienen que en relación a los cuestionarios las personas se limitaban al contestar las preguntas ya que querían expresar de manera más profunda lo que sentían y lo que pensaban y sólo se tenían que concretar a lo que se les estaba preguntando debido a que se estaban calificando solamente ciertos criterios del autoconcepto.

Los resultados de esta investigación arrojan los siguientes datos:

La muestra estuvo integrada por 99 sujetos, con rango de edad de 20 a 59 años, con media de 40.02 años y desviación estándar de 11.87; predominaron los del género femenino con 90 (90.91), con pareja 71 (71.72%), desempleados 65 (65.66%).

En la muestra 62 (62.63%) tuvieron depresión poco intensa, no presentaron ansiedad 62 (62.63%) y 60 (60.81%) tuvieron capacidades de adaptación compensadas.

Esta información permite saber que la mayoría de la población de este estudio se encuentra en condiciones favorables para llevar un estilo de vida saludable y con esto tener una relación satisfactoria entre el nivel de adaptación y su estilo de vida (ansiedad y depresión) ya que el mayor porcentaje de la población es joven, oscila entre los 40 años de edad, es de género femenino, con pareja pero se encuentra desempleada siendo éste junto con la propia hipertensión arterial uno de los factores desencadenantes para generar la depresión poco intensa.

Los resultados obtenidos en este estudio de investigación concuerdan con lo que afirma Águila F.J y colaboradores en su estudio que realizó en el 2013 que un 15 y un 20% de los pacientes con hipertensión clínica tenían un mal pronóstico en términos de morbimortalidad en relación con la ansiedad y depresión, semejando también dicho estudio con trabajos internacionales realizados sobre el tema, donde se publican tasas que van del 22 % al 33 % entre pacientes que sufren de enfermedades físicas o médicas (Suárez Richards) y tasas del 15 % al 62 % en pacientes hipertensos. Y en donde vemos que un 40% de los pacientes padecían trastornos del humor, condicionando esto su evolución, el tratamiento y el eventual pronóstico en este tipo de pacientes. Dando lugar a confirmar que las personas afectadas de hipertensión tienen un riesgo mayor de padecer depresión.

En un estudio que se realizó en el año 2011 sobre relación entre depresión en pacientes con diabetes e hipertensión arterial menciona que la depresión está relacionada a un conjunto amplio de causas relacionadas con su patogenia, en las que hay que tener en cuenta las enfermedades crónicas; pues muchas de las personas que padecen de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial también padecen algún grado de depresión, que en la mayoría de las veces no son

diagnosticadas, debido a que lo consideran normal por su patología, se considera que apenas un 15% de casos llegan a la consulta por este trastorno, razón por la que no reciben tratamiento, trayendo consigo otras consecuencias como alteración de estado general, volverse más susceptible para sufrir otras enfermedades además afectando al correcto control de sus patologías de base. Por lo que es necesario reconocerlas y tratarlas correctamente para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y probablemente su evolución cardiológica, sin embargo en esta presente investigación no se encontraron pacientes con ansiedad sólo con depresión poco intensa por lo que se puede relacionar más la hipertensión arterial con el apareamiento de la depresión en este tipo de pacientes.

También en otro estudio que realizó Cristal del Rosario Zaldívar Mejía y colaboradores sobre la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial en el año 2014 menciona que a mayor edad y un número mayor de comorbilidades peor calidad de vida en los pacientes, la edad no es una variable modificable, sin embargo las condiciones físicas que esta condiciona se pueden mejorar acondicionando el organismo a base de ejercicio, y la comorbilidad son altamente prevenibles a base de un diagnóstico y tratamiento oportuno. Se observó que la variable edad y la variable sexo afectan a la calidad de vida, en la variable sexo las mujeres obtuvieron peores resultados, por lo que estos datos obtenidos se asemejan a los resultados de esta investigación que reflejan que el aspecto de autoconcepto se ve afectado en la hipertensión arterial siendo las mujeres las que se vieron más afectadas y su nivel de adaptación se encuentra compensado.

Sor Callista Roy, afirma que la interacción de la persona con el ambiente cambia constantemente y la significación de cualquier estímulo también, por lo que es importante que la enfermera reconozca e identifique de manera eficiente los estímulos (focales, contextuales o residuales) elevando su nivel de adaptación para lograr unas respuestas de adaptación y la persona se integre al mundo.

Con este estudio de investigación se ha demostrado que al considerarse la Hipertensión Arterial como una enfermedad crónica degenerativa que trae muchas complicaciones afectando la salud del individuo y que también epidemiológicamente es un problema de salud pública es necesario buscar estrategias y programas específicos de prevención, y control para combatirla y elevar la calidad de vida de quien la padece, de tal manera que la persona sea lo mejor productiva posible y sobre todo su autoconcepto se eleve y de esta forma interactúe con un entorno cambiante del cual recibe estímulos de diversa índole, dirigiendo a que sus respuestas sean eficaces para poder adaptarse y no morir.

XI. CONCLUSIONES

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónico degenerativas más importantes, que trae complicaciones cardiovasculares y renales incluso la muerte, resultando también en la últimas décadas la elevación de los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud.

Se ha documentado en esta investigación que personas de entre los 20 y 59 años de edad padecen esta enfermedad, la falta de apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico que incluye la modificación o adquisición de estilos de vida saludables hace que no exista un cuidado de la enfermedad y que el nivel de adaptación de estas personas sea comprometido con respuestas de adaptación ineficaces según el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

Sor Callista Roy afirma que la persona (sistema adaptativo) es un ser biológico, psicológico y social en interacción con el entorno cambiante así como las circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo de un individuo (estímulos), a la enfermería como un sistema teórico de conocimientos que ordena el proceso de análisis y acción para promover la salud y será la interacción entre el sujeto y el entorno lo que permita que se refleje la adaptación de la persona.

Es por ello, que con esta investigación se quiere enfatizar que la persona con hipertensión arterial como ser adaptativo está interactuando con un entorno cambiante del cual recibe ciertos estímulos que dependiendo a su condición va a generar respuestas las cuales pueden ser adaptativas o ineficaces, requiere apoyo tanto de él mismo como de su familia, de la sociedad e instituciones de salud, por lo tanto se necesitan acciones de educación sanitaria, prevención y seguimiento para que exista concientización a fin de modificar estilos de vida (estímulos) y que

estos sean saludables contribuyendo así a elevar la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial o evitando al máximo las complicaciones que conducen a la muerte afectando de esta manera a nuestro país.

En los resultados de esta investigación no aparece que el estilo de vida (ansiedad) se relacione con el nivel de adaptación del paciente con hipertensión arterial pero el estilo de vida (depresión) se relaciona de manera poco intensa existiendo en este grupo de población un nivel de adaptación compensatorio, lo que significa que según la teoría de Sor Callista Roy, estas personas se encuentran luchando afrontando los procesos de integración (depresión) para evitar complicaciones o que su nivel de adaptación se convierta a un nivel comprometido y generen respuestas ineficaces.

XII. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Debido a que la Hipertensión Arterial representa un verdadero reto de Salud Pública, a través de este estudio de investigación se sugiere la unión del gobierno, instituciones de salud (públicas y privadas), de la sociedad, de las familias y de los mismos pacientes implementando estrategias para la disminución, modificación o adquisición de estilos de vida saludables es decir, acciones que contrarresten la depresión implementando medidas no farmacológicas como: espacios de recreación en los que se realicen técnicas de relajación mejorando aspectos psicológicos y sociales, dietas en las que exista combinación de frutas y vegetales, apoyos psicológicos, terapias conductuales, apoyo económico y laboral a quien lo requiera, con la finalidad de obtener respuestas eficaces a un nivel de adaptación lo más integrador posible.

Y con esto, los individuos, familias, comunidades mejorarán su calidad de vida, evitando complicaciones, disminuyendo muertes y promoviendo un país mejor, productivo, con individuos más sanos y felices y por ende familias más felices.

De igual forma se propone que se realice un estudio comparativo entre pacientes con Hipertensión Arterial con un estilo de vida saludable y pacientes que no llevan un estilo de vida saludable con la finalidad de conocer el nivel de adaptación en que se encuentran estas personas y conocer la manera específica por medio de la cual se les pueda ayudar a través de programas específicos.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. Evidencia para mejorar el diagnóstico oportuno y el control. Evidencia para la política y el control. 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HipertensionArterialAdultos.pdf>.
2. Secretaría de salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Riesgo Cardiovascular. Primera edición 2008. D.R. © Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez. 06696 México, D.F. ISBN: 978-607-460-041-4. Disponible en: URL: <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/cardio.pdf>
3. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio una crisis de salud pública mundial. Día Mundial de la salud 2013. Organización Mundial de la Salud. 2013. Disponible en: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf.
4. Aracely Diaz Oviedo M.C.E. Investigación Basada En el Modelo de Adaptación. Page 2. Disponible en: www.chospab.es/investen/diferido/presentaciones/mesa17/DiazOviedo.pdf
5. Jarillo Ibáñez, et, al. La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Intersedes. Revista electrónica de las sedes regionales de la Universidad de Costa Rica. Vol. XIII (262012) 144-156 ISSN: 2215-2458. 2012. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intersedes/article/viewFile/2994/2906>.

6. Jaén Agula F, et, al. Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. *Hipertens Riesgo Vas.* 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2013.08.001>
7. SIS (Sistema de Información en Salud) 2013.
8. Álvarez WJL. Valoración de Enfermería al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Departamento de Salud Pública. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. *Revista Científica de Enfermería.* Vol. XII, No. 7. Julio-Diciembre 2012. Disponible en: http://www.sibiup.up.ac.pa.pa/otrosenlaces/enfoque/julio_diciembre%202012/VALORACION%20DE%20ENFERMERIA.pdf.
9. Arriola Ortega María Maira. Intervención de enfermería en el modo autoconcepto e interdependencia en el cuidador del adulto mayor. Celaya, Gto. Septiembre 2010. p. 14,15.
10. Guía Clínica. Depresión en personas de 15 años y más. Ministerio de Salud. Serie Guías Clínicas. Santiago, MINSAL. 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
11. Adulto intermedio o Adultez. Síntesis, Adulto Intermedio. Octubre 2013. Disponible en: <http://www.ucn.edu.co/virtualmente/escuela-familia/Documents/Documentos/2013/Octubre/SintesisAdultoIntermedio.pdf>.
12. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponible en: URL: <http://www.guanajuato.gob.mx/ssg/prescripcion/normas/030SSA29.pdf>

13. Muñoz JM. Tesis. 2013. Disponible en:
<http://www.academia.edu/7160832/TESIS>.
14. Ledón Llanes Loraine. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev. Cubana Salud Pública. 2011. Diciembre; 37(4): 488-499. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&Ing=es.
15. Bustamante R. Ansiedad en Adolescentes y Jóvenes. Aspectos Genéticos y Epigenéticos. X Congreso Internacional de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes “Comprometidos siempre”. UNMSM. Agosto 2013. Disponible en:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Ansiedad%20-Bustamante.pdf>.
16. Depresión. Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/topic/depression/es/>.
17. Sanar la hipertensión, librerarse de presiones. Octubre 2011. Disponible en:
<http://www.umaketzali.wordpress.com/2011/10/page/7/>
18. Espinosa R. García-Vera. et, al. Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Febrero 2012; Vol (2): 44-49. Disponible en:
http://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/257734090_Factores_psicosociales_implicados_en_el_control_de_la_hipertensin_arterial/links/00b49528628c87403d000000.pdf.

19. JAC Talavera. Participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial. Universidad Tecnológica Intercontinental. Caazapá, Paraguay. Julio. 2013. Disponible en: <http://www.utic.edu.py/investigacion/attachments/article/79/Tesis%20completa%20de%20los%20A9%20Colm%20A1n.pdf>.

20. Información obtenida a través de cédulas familiares de los habitantes de la colonia Moctezuma de Tepic Nayarit.

XIV. APÉNDICES

14.1 Apéndice 1. Tamaño de muestra para estimación de proporciones

Tamaño de la población	<i>N</i>	200
Proporción de la población que posee la característica de estudio	<i>p</i>	0,5
Proporción de la población. que no posee la característica de estudio	<i>q</i>	0,5
Límite para el error de estimación	<i>e</i>	0,1
Nivel de confianza $Z_{\alpha/2}$ (90%=1.645, 95%=1.96, 99%=2.575)	<i>k</i>	2.575
Tamaño de muestra de la fórmula	<i>n</i>	90
10% adicional		9
Tamaño de muestra con 10% adicional		99

FÓRMULA:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pqN}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 pq}$$

14.2 Apéndice 2. Conceptualización y operacionalización de variables

Definición de variables y unidades de medida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Codificación
Estilo de vida (Ansiedad)	Estado o sensación a aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro.	Estado que puede ser consecuencia de una respuesta racional a determinada situación que produce tensión.	Respuesta emocional	Ansioso Puntuación 27 pts No ansioso Puntuación inferior a 27 pts	0= Nada 1= Poco 2= Regular 3= Suficiente 4= Bastante
Estilo de vida (Depresión)	Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía abatimiento y disminución del autoestima.	Trastorno del humor caracterizado por sensaciones de tristeza, desesperación y falta de ánimo.	Respuesta emocional	Muy intensa Puntuación 54 pts Intensa Puntuación 27 pts Poco intensa Puntuación inferior a 27 pts	0= Nada 1= Poco 2= Regular 3= Suficiente 4= Bastante
Autoconcepto	Conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse a sí misma.	Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).	Físico, personal y social	Integrado Puntuación 211-261 pts Compensado Puntuación 136- 209 pts Comprometido Puntuación 108- 133 pts	0= Nada 1= Poco 2= Regular 3= Suficiente 4= Bastante
Nivel de adaptación	Es la capacidad de involucrarse en el entorno y hacer parte de este una simbiosis que les permita a ambos disponer del otro.	Representa la condición de los procesos de la vida que se encuentran en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido y es un punto que cambia constantemente, y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos	Psicosocial	Mucho Puntuación 180pts Poco Puntuación 130 pts Nada Puntuación inferior a 90	0= No, en absoluto 1= Sí, algo 2= Sí, bastante 3= Sí, mucho

		con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación.			
Hipertensión arterial	Es una condición médica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial por encima de 140/90 mmHg y considerada una de los problemas de salud pública en países desarrollados afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial.	Es el aumento desproporcionado de los valores de la presión en relación, principalmente con la edad. La presión arterial normal en un adulto alcanza un valor de máxima no mayor de 140 mmhg (milímetros de mercurio) y de mínima no mayor de 90 mmhg, por encima de estos valores hay hipertensión (alta presión).	Físico	Más de 140/90 130/90	Controlado Descontrolado
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido desde que nació.	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida.	Años cumplidos 20-59	Numérica discreta	Media y desviación estándar
Género	División del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos dos grupos a uno de los dos géneros. La persona es o de género femenino o masculino.	Se refiere a las relaciones entre mujeres y hombres basadas en roles definidos socialmente que se asignan a uno o a otro género.	Masculino Femenino	Categoría dicotómica	Frecuencia y porcentaje
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Con pareja Sin pareja	Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje
Ocupación	El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo,	Trabajo asalariado al servicio de un empleador, vocación	Empleado Desempleado	Cualitativa nominal	Frecuencia y porcentaje

labor o quehacer. (deseo de desempeñar una profesión o actividad aunque todavía no se han adquirido los conocimientos y aptitudes necesarias para desempeñar la misma) y profesión (acción o función que se despliega en un ámbito, empresa, organización, por la cual se recibe un sustento y que suele requerir de conocimiento especializados adquiridos siempre a través de educación formal).

14.4 Apéndice 4. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: _____

Por medio la presente: _____

Autorizo participar en el protocolo de investigación titulado: **Relación entre el nivel de adaptación y el estilo de vida (depresión) del paciente adulto joven con hipertensión arterial.**

Evaluado por el comité de bio-ética

El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre estilo de vida (depresión) y el nivel de adaptación del paciente con hipertensión arterial.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

- Contestar un cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: riesgo antes, durante y posterior a la realización de esta investigación no hay. Los beneficios que usted obtendría sería una educación para su salud, información confiable y oportuna.

El investigador responsable se ha comprometido a proporcionarme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar mis dudas que pudieran surgir así como los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en lo que considere conveniente, sin existir ningún tipo de presión ni de represalia por parte del investigador.

El investigador responsable me ha brindado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, en el momento que yo lo solicite.

Nombre y firma del representante legal: _____

Nombre, firma y matricula del investigador responsable: **Esther Berenice González Romero**

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: Tel. Casa: 01 311 2 10 06 15 Cel. 311 197 73 65

Testigos:

Nombre y Firma: _____

Nombre y Firma: _____

14.5 Apéndice 5. Recursos materiales y financieros

PRESUPUESTO

RECURSOS MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
		\$	\$
Computadora (renta)	2	10 ⁰⁰	1,800 ⁰⁰
Impresiones	81	Color 5 ⁰⁰ b/n 1 ⁰⁰	105 ⁰⁰
Diskets	3	6 ⁰⁰	18 ⁰⁰
Fotocopias	229	.30 ⁰⁰	687 ⁵⁰
Hojas blancas	1000	.20 ⁰⁰	200 ⁰⁰
Lápices	5	2 ⁵⁰	12 ⁵⁰
Lapiceras	5	3 ⁰⁰	15 ⁰⁰
Borradores	3	3 ⁰⁰	9 ⁰⁰
Sacapuntas	3	2 ⁰⁰	6 ⁰⁰
Fólderes	10	2 ⁰⁰	20 ⁰⁰
Pasaje	3	340 ⁰⁰	1,020 ⁰⁰
Agua	3	12 ⁰⁰	36 ⁰⁰
Comestible	6	30 ⁰⁰	180 ⁰⁰
Recursos humanos	3	15,000 ⁰⁰	45,000 ⁰⁰
Total			49,109 ⁰⁰

XV. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



15.1 Anexo 1. Cuestionario para medir el Autoconcepto Viveros 03

No. de cuestionario: _____

Fecha: _____

INSTRUMENTO Viveros 03.

Objetivo: Conocer la adaptación en el modo autoconcepto de las personas.

Se le garantiza que toda la información que usted proporcione será tratada con suma confidencialidad, y que los resultados que se obtengan serán proporcionados de manera individual a los interesados.

Instrucciones: Anote en el paréntesis la letra de respuesta según corresponda a su sentir, manejando sólo una respuesta, la línea de lado derecho déjala en blanco.

Ejemplo:

No.	Pregunta	Nada	Poco	Regular	Suficiente	Bastante
	¿Le gusta la estación de primavera?					X

No.	Pregunta	Nada	Poco	Regular	Suficiente	Bastante
1	¿Le interesa lo que digan los demás de Ud.?					
2	¿Le afecta lo que dice su familia de Ud.?					
3	¿Comúnmente le afectan los problemas?					
4	¿Cree que tiene gran valor?					
5	¿Se le dificulta tomar decisión?					
6	¿Tiene confianza en los demás?					
7	¿Le gusta relacionarse con los demás?					
8	¿Es valioso para usted, mantener la vida?					

- 9 ¿Tiene aceptación por las personas del sexo opuesto?
- 10 ¿Se cuida físicamente?
- 11 ¿Se siente aceptado (a) entre su familia?
- 12 ¿Es difícil para usted hablar en público?
- 13 ¿Se enoja fácilmente?
- 14 ¿Le da trabajo acostumbrarse a algo nuevo?
- 15 ¿Es complicada su vida?
- 16 ¿Le gustaría cambiar algo de su persona?
- 17 ¿Es atractivo (a)?
- 18 ¿Cree que es una persona muy desarreglada?
- 19 ¿Le gustaría estar siempre bien arreglado (a) y limpio (a)?
- 20 ¿Es su cuerpo armonioso?
- 21 ¿Es cuidadoso (a) con su apariencia?
- 22 ¿Se siente una persona bien presentada?
- 23 ¿Siente que está muy alto (a) o muy bajo (a)?
- 24 ¿En una reunión desea atraer la atención de los demás?
- 25 ¿Siente que está pasado (a) de peso o que le falta peso?
- 26 ¿Cree que es amistoso?
- 27 ¿Considera que tiene buena salud?
- 28 ¿Cree que es una persona alegre?
- 29 ¿Se siente contento (a) con lo que tiene?
- 30 ¿Cuando se propone algo lo logra?
- 31 ¿Es tranquilo (a)?
- 32 ¿Se siente satisfecho (a) con sus relaciones sexuales?
- 33 ¿Es una persona inteligente?
- 34 ¿Se siente contento con lo que es?
- 35 ¿Está a gusto con su sexo?
- 36 ¿Tiene una familia bien integrada?
- 37 ¿Está a gusto con su edad?
- 38 ¿Tiene una familia feliz?
- 39 ¿Tiene dominio sobre si mismo (a)?
- 40 ¿Le gusta la opinión que tiene su familia de

usted?

- 41 ¿Cree que es una persona mala?
- 42 ¿Cree que es una persona decente?
- 43 ¿Las personas que conoce tienen confianza en usted?
- 44 ¿Trata de mantener una conducta moral adecuada?
- 45 ¿Cree que atiende a sus padres como debe? (o cuando los tenía los atendía como debía)?
- 46 ¿Se porta de una manera cortés con los que lo rodean?
- 47 ¿Le gusta la manera como se comporta con los que lo rodean?
- 48 ¿Siente que es honrado (a)?
- 49 ¿Acostumbra decir mentiras?
- 50 ¿Lo único que le importa es ganar independientemente de cómo lo haga?
- 51 ¿Hace generalmente lo que es debido?
- 52 ¿En su trabajo se comporta de forma correcta?
- 53 ¿Mantiene relación con Dios?
- 54 ¿Es una persona religiosa?
- 55 ¿Se siente satisfecho con su relación con Dios?
- 56 ¿Está a gusto con su vida religiosa?
- 57 ¿Quisiera que fuera parte importante de su vida diaria?



15.2 Anexo 2. Cuestionario de calidad de vida en Hipertensión Arterial (CHAL)

Un saludo cordial, mi nombre es Esther Berenice González Romero alumna de Maestría en Ciencias de Enfermería, por razones de titulación estoy realizando una investigación y le pido por favor su cooperación para el llenado de este cuestionario, ya que servirá de apoyo para llevar a cabo este estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de adaptación y el estilo de vida (depresión) del paciente con hipertensión arterial.

Cabe señalar que los datos que proporcione serán confidenciales y anónimos respetando su identidad y privacidad.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

Nombre.....
Apellidos.....
Edad.....Sexo.....Estado civil.....
Ocupación.....Fecha.....

INSTRUCCIONES:

A continuación hallará algunas preguntas que hacen referencia a cómo se ha encontrado usted en los últimos meses. Lea cada pregunta y señale la puntuación que indique mejor su situación reciente. escoja una sola respuesta y conteste trazando una cruz sobre el cuadro correspondiente.

	No, en abso- luto	Sí, algo	Sí, bas- tante	Sí, Mucho		No, en abso- luto	Sí, algo	Sí, bas- tante	Sí, mucho
¿Desde hace 3 meses.....					11... se ha sentido satisfecho en sus relaciones familiares?				
1... ha tenido dificultades para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12... le ha resultado fácil entenderse con la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2... ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13... siente que está jugando un papel útil en la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3... ha pasado noches inquietas o intranquilas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14... siente que es capaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4... se despierta y es incapaz de volverse a dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15... se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5... se despierta cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16... tiene la sensación de que no puede superar sus dificultades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6... ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17... vive bajo la impresión de que la vida es una lucha continua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7... le cuesta más tiempo hacer las cosas habituales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18... es usted capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8... ha tenido dificultades en mantener sus actividades laborales habituales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19... se ha sentido con los nervios a flor de piel y mal humorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9... ha perdido interés en su apariencia y arreglo personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20... se ha sentido poco feliz y deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10... ha tenido dificultades para mantener sus relaciones sociales habituales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21... ha perdido confianza en sí mismo y cree que no vale para nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continuación...	No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho		No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
22... ve su futuro con esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44... ha notado sequedad de boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23... ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45... ha notado que la nariz se le tapa a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24... ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46... ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25... ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47... ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26... se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48... se le han puesto los dedos blancos con el frío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27... teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49... ha disminuido su apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28... se ha sentido agotado y sin fuerzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50... ha aumentado de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29... ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51... ha notado palpitaciones frecuentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30... ha notado flojedad en las piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52... ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31... cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53... ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32... ha padecido dolor o pesadez de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54... ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33... ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55... ha mantenido relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34... esta sensación de mareo o inestabilidad se produce sólo cuando está de pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56... su interés sexual es menor que lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35... le cuesta concentrarse en lo que hace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57... Si es usted varón, ha notado dificultades en mantener la erección durante la relación sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36... ha sufrido de visión borrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58... Si es usted varón, ha notado imposibilidad de eyacular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37... ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59... su hipertensión o el tratamiento de la misma le ha supuesto un trastorno en su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38... ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60... Indique, por favor, el número de días que ha faltado al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39... ha padecido sofocos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61... Indique, por favor, los motivos por los que ha faltado al trabajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40... se le han hinchado los tobillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62... Indique, por favor, el número de horas que duerme diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41... han aparecido deposiciones sueltas o líquidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
42... nota que ha tenido que orinar más a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
43... esta mayor necesidad de orinar interfiere en su actividad habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					