

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad De Humanidades y Educación

Escuela de Psicología



Tema:

“Evaluación del bienestar psicológico y autoestima en los pacientes hipertensos, entre 35 y 75 años, atendidos en el Instituto Dominicano de Cardiología , en el período octubre 2018-enero 2019. Sto. Dgo. Rep.Dom”

SUSTENTANTES:

Diomarys Castillo 12-1968

Milagros Uribe 13-0743

Trabajo de grado para optar por el título de:

Licenciado(a) en Psicología Clínica

ASESOR:

Lic. Hilda Aquino

Santo Domingo, República Dominicana

30 de enero 2019

Índice de contenidos

Agradecimientos	V
Dedicatoria	VII
Resumen.....	XII
Introducción	1
Capítulo I Aspectos Generales.....	3
1.1 Antecedentes del estudio.....	4
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.2.1 Identificación del problema	6
1.2.2 Importancia de la situación.....	7
1.3 Preguntas de investigación.....	7
1.4 Objetivos	8
1.4.1 Objetivo general.....	8
1.4.2 Objetivos específicos	8
1.5 Idea a defender	8
1.6 Operacionalización de variables.....	9
1.7 Justificación	10
1.8 Alcances y limitaciones	11
Capítulo II Marco Teórico	12
2.1 Bienestar psicológico	13
2.1.1 Componentes del bienestar psicológico.....	17
2.1.2 Subescalas del bienestar psicológico	18
2.1.3 Modelos teóricos del bienestar psicológico	20
2.1.4 Bienestar psicológico y salud	21
2.1.5 Métodos para la medición del bienestar.....	22
2.2 Calidad de vida	22
2.3 La autoestima	28
2.3.1 Dimensiones de la autoestima	30

2.3.2 Componentes que conforman la autoestima	31
2.3.3 Buena y mala autoestima	33
2.3.4 Autoconcepto y autoestima.....	36
2.3.5 Desarrollo de la autoestima.....	37
2.3.6 Elementos para lograr una mejor autoestima.....	38
2.3.7 Beneficios de la autoestima	39
2.3.8 Influencia de personas significativas en la autoestima.....	40
2.4 Hipertensión arterial.....	41
2.4.1 Clasificación	44
2.4.2 Factores de riesgo de la hipertensión arterial.....	45
2.4.3 Evaluación.....	49
2.4.4 Hipertensión y emociones.....	49
2.4.5 Ansiedad e hipertensión	50
2.4.6 Ira e hipertensión.....	50
2.4.7 Papel del estrés en la Hipertensión Arterial Esencial	51
2.4.8 Psicocardiología.....	52
2.4.9 Estrategias de afrontamiento e hipertensión arterial	53
2.5 Contextualización	56
Capítulo III Marco Metodológico.....	57
3.1 Tipo de estudio.....	58
3.2 Método de investigación	58
3.3 Técnicas de recolección de datos	58
3.4 Descripción y validación de los instrumentos	59
3.5 Universo y muestra	59
3.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	60
3.7 Procedimientos.....	60
3.8 Plan de análisis de los datos.....	61

Capítulo IV Presentación y análisis de los datos.....	62
4.1 Presentación de los resultados	63
4.2 Análisis de los Resultados	86
4.3 Conclusión	91
4.4. Recomendaciones	95
4.5. Referencias.....	97
4.6 Anexos	118

**Evaluación del bienestar psicológico y autoestima en los pacientes hipertensos,
entre 35 y 75 años, atendidos en el Instituto Dominicano de Cardiología,
periodo octubre 2018-enero 2019, Sto. Dgo. Rep. Dom**

Agradecimientos

En primer lugar a Dios por darme la sabiduría y fortaleza durante todo este tiempo.

A mis padres por ser el motor principal en esta meta, gracias por su esfuerzo, les viviré eternamente agradecida. De igual manera a mi familia en general, los amo con el alma.

A mi alma máter (UNPHU) por las tantas enseñanzas y experiencias vividas, aquel lugar donde conocí personas que hoy son muy importantes en mi vida, por aquellos momentos que nunca se olvidarán. A los maestras/maestros que dieron lo mejor de sí y procuraban nuestro aprendizaje en todo momento. Gracias por la entrega y la dedicación.

A mis compañeras de la carrera porque de una forma u otra contribuyeron a que esto fuera posible.

A nuestra asesora Hilda Aquino por su paciencia y dedicación desde el inicio de este proceso, por siempre motivarnos a hacer las cosas lo mejor posible y también al Lic. Jesús Peña por su colaboración durante la investigación, gracias por todo.

Al departamento de Psicología por brindarme la oportunidad y apoyarnos y darnos soporte durante todo este recorrido por la carrera.

A todos muchas gracias.

Diomarys Castillo

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a la Universidad Nacional Pedro Enríquez Ureña (UNPHU), por abrirme las puertas durante este proceso de formación universitaria. Siempre estaré agradecida por todo lo que he ganado en ella, excelentes profesores de los cuales aprendí muchas cosas importantes no solo para mi carrera sino también para la vida, también he ganado amistades que sean convertido en hermanos de otra madre. Me siento agradecida de haber elegido estudiar aquí. ¡Gracias!

A mis queridos profesores, Pat Olga Galán, Liliana Díaz, Eufrasia Torres, Amauris Ventura, Julissa Cuello, Dulvis Mejia, Ana Joseline Martínez, Miguel Silverio, Ivonne Guzmán. Por ser entregados y brindarnos su conocimiento para ser excelentes profesionales. Gracias por los aportes significativos en mí, de los que estaré agradecida toda la vida.

Al departamento de psicología por siempre abrirnos las puertas y estar dispuesto cada vez que lo necesitamos, de manera especial a Anatalia Guzmán, por su comprensión y disposición.

Al director del IDC por permitir y darnos la autorización para realizar la investigación en dicho lugar. Muchas gracias.

A nuestra asesora Hilda Aquino burgos, gracias por brindarnos de su conocimiento y comprensión, por siempre apostar a nosotras y motivarnos a realizar un trabajo a la altura.

Milagros Uribe

Dedicatoria

A Dios mi padre, gracias señor por brindarme la oportunidad de ver realizado este sueño, el cual tu pusiste hace mucho en mi corazón, convertirme en Licenciada en Psicología para poder aportar de manera positiva al mundo. Gracias porque nunca me desamparaste y con tu luz alumbraste mi camino. Todo lo que soy y he logrado, es porque tu amor, misericordia y gracia han estado presentes en mí. Te amo Abba padre.

A mi tía, Ondina Encarnacion, aunque no esté presente sé que donde quiera que estés te sientes orgullosa de mí. Gracias porque siempre me inspiraste a cumplir mis metas, ser feliz y soñar sin límites. Gracias por ser el hombro donde apoyarme cuando más lo necesitaba y ser esa voz que tranquilizaba mis miedos. Hoy más que nunca te extraño y desde aquí te dedico este logro del cual después de Dios, sin ti no lo habría podido cumplir. Te amo.

A mi madre Santa Encarnación, mami gracias por ser madre y padre al mismo tiempo, mi mejor amiga, mi oído y confidente. Doy gracias a Dios porque siempre has sido una madre responsable, cariñosa y dedicada. Gracias por irte a trabajar fuera con el objetivo de que yo pudiera tener una mejor educación, este logro es el sueño por lo cual has trabajado por mucho tiempo. Eres el motor de mi vida te amo y estoy orgullosa de la madre que eres. Definitivamente Dios, Tia Ondina y tú, son los responsable de lo que hoy he logrado.

A mi abuelo Rosendo Matos, gracias abuelo por siempre estar presente y darme ánimos para terminar mi carrera. Te amo mi narizón!

A mi abuelita Ana Lucia, donde quiera que estés este logro es para ti, mi abu hermosa.

A mi padre Benjamín Uribe, te amo papi.

A mis hermanos, Kelvin, Jazmín, Wuascar, Rosalys Benjamín, Emmanuel. Los amo.

A mis primitas hermanas, Helen, Marlenny, Carolin y Ana patricia Peralta. Por siempre estar para mí dándome ánimos y apoyándome cada vez que me quedaba hasta la madrugada realizando tareas para la universidad. Gracias mis niñas ustedes son parte esencial en mi vida. Las amo.

A mi tío Ceferino Peralta, el cual ha sido como un padre para mí en estos 13 años que llevo viviendo con usted, gracias por siempre brindarme su apoyo incondicional.

A mi padrastro Robert Peralta por siempre estar presente en mi vida, y brindarme su apoyo. Gracias por ser como un padre para mí.

A mi tía Blanca Iris Reyes, Gracias tía por creer en mí y apoyarme cada vez que le necesité. De igual forma dar gracias a mis tíos Florencio y Samuel Elías por estar presentes y apoyarme.

A mi hermana de otra madre, Estephany Lara, por ser esa hermana que la vida y la universidad me regalaron. Gracias por siempre apoyarme y darme palabras de aliento las veces que pensé en tirar la toalla, te quiero y estoy agradecida de que esta carrera nos uniera.

A mi mejor amigo Alexander Alcántara, por siempre creer en mí y apoyarme en mis sueños. Eres más que un amigo, hermano de la vida. Te quiero

A Rosmery Lebrón doy gracias al señor por el lazo tan fuerte de amistad que hemos construido. Gracias porque siempre estás en mis momentos felices y en los tristes también.

Brindándome tú apoyo, cariño y comprensión. Estoy muy agradecida de haber conocido un ser humano tan hermoso como tú. Te quiero mi chililin.

A mis compañeras del team “Famulus” de las cuales me llevo bonitos recuerdos, los cuales guardare en mi corazón.

A Michelle Mieses por enseñarme que existe el compromiso y la entrega. Y que no hay cosa más hermosa que darse por los demás. Te quiero mi Mich.

A Lyan Rojas, por siempre brindarme su apoyo cuando más lo necesite, amiga que me regalo mi 6to cuatrimestre y de la cual he aprendido mucho. Te quiero chuchi.

A mis hermanos de la Iglesia de Dios plena gracia, los cuales se han convertido en mi segunda familia, gracias chicos por siempre brindarme su apoyo y tenerme en sus oraciones. Los quiero.

A Jesús Peña por ser un excelente profesional, comprometido y dedicado, por ayudarnos siempre que lo necesitamos y nunca cerrarnos las puertas. De corazón gracias.

A Ernesto Díaz Director del instituto Dominicano de Cardiología, por abrirnos las puertas para realizar nuestro trabajo. Muchas gracias.

Por último a mi compañera de tesis Diomarys Castillo, A la cual admiro mucho desde el primer día que empecé a trabajar con ella. Gracias por siempre confiar en mí, por estar dispuesta, comprometida, por todas las malas noches y esas largas horas de trabajo. Siempre supe que terminaríamos juntas este proceso y estoy agradecida de Dios por tu vida y de ponerte en la mía. Gracias por permitirme terminar este camino junto a ti

Milagros Uribe

Dedicatoria

Después de años de arduo trabajo y un gran esfuerzo terminar una meta de manera exitosa como lo es una carrera profesional, es algo muy gratificante e inigualable, ya que te das cuenta que el sacrificio valió la pena y que si eres capaz de lograr todo lo que te propongas.

Ahora que tengo la oportunidad de llegar a este punto de mi vida, al primero que quisiera dedicar este trabajo es a Dios, por permitir que ciertas situaciones que no estaban planeadas pasaran, lo que me dio la oportunidad de poder estudiar esta hermosa carrera y entender que en la vida todo pasa por un propósito, gracias porque no fue cuando yo quise sino cuando Tú consideraste que era mi tiempo perfecto.

Gracias Señor por darme las fuerzas necesarias para nunca desistir y hacer que diera lo mejor de mí en cada momento, aunque a veces se tornara difícil y pareciera imposible de lograr.

A mis padres: Diomedes Castillo y María Arias, lo mejor que Dios me dio, los que me dieron su apoyo incondicional de principio a fin, no solo económicamente, sino a través de su respaldo cuando más los necesitaba, por nunca decirme que no cuando de la universidad se trataba y por siempre velar para que yo tuviera la mejor educación. Ustedes son los mejores, estoy segura que no lo hubiera logrado sin su sostén. Su ejemplo y dedicación fueron mi impulso y modelo a seguir con tal de no defraudarles y darles la satisfacción de ver a su hija cumpliendo uno de sus sueños. Este logro es de ustedes más que mío. Los amo infinitamente.

A mi hermana por su apoyo y ayuda cuando más la necesitaba, eres demasiado especial para mí, por soportarme cuando necesitaba quedarme despierta unas horas extras para seguir estudiando.

A mi esposo, Junior Pérez, gracias por tu comprensión y paciencia durante todos estos años de estudio, por apoyarme a lograr esta meta, por impulsarme a salir adelante y a no abandonar cuando las cosas se complicaban. Gracias por recogerme cada noche cuando mis clases se acababan muy tarde, solo por la preocupación de que no me pasara nada. Fuiste una pieza fundamental en este proceso, con amor te la dedico.

A mis familiares, tíos, primos, abuelos, por darme siempre seguimiento y ánimos. En especial a Gicela Zucco, por brindarme las puertas de su casa cuando tenía que ir a la universidad, por amarme incondicionalmente y por su apoyo, a ti también te la dedico.

A mis amigas de siempre Florangel y Alondra por su apoyo incondicional, por su amistad, por sus ánimos y buenos deseos para conmigo, las amo.

A todas las personas especiales que la UNPHU me dejó en especial a Mirelis de León, gracias por tu ayuda y apoyo, por ser una gran amiga y compañera.

A mis compañeras de la carrera: Rosmery, Michelle, Melanie, Paola, Scarlett, María Fernanda, Pamela, Daniela, Iliana, gracias porque de una forma u otra siempre estuvieron ahí, apoyándonos las unas a las otras, por los momentos de risas, de lágrimas, de tensión. Les deseo lo mejor del mundo.

A mi compañera de tesis, porque no pude haber elegido a una mejor. Gracias por tu dedicación, esfuerzo y comprensión, por querer al igual que yo que todo saliera perfecto, por dar el 100% siempre, por el buen trabajo en equipo que hicimos durante todos estos meses, y durante la carrera, por los momentos de estrés y desesperación que al final se quedarán en nuestra

memoria como un bonito y valioso recuerdo del que luego nos reiremos. Eres una hermana que la UNPHU me regaló Milagros Uribe y estoy muy agradecida por ello.

Diomarys Castillo

Resumen

El propósito de esta investigación fue evaluar el bienestar psicológico y la autoestima de los pacientes hipertensos de 35 a 75 años de edad, en el Instituto Dominicano de Cardiología en el período octubre 2018- enero 2019. La población objeto de estudio fueron hombres y mujeres. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo acompañado de un enfoque cuantitativo. Se aplicó una encuesta sobre bienestar psicológico y autoestima la cual fue suministrada a una muestra de 100 pacientes. Donde se demostró que el 43% de los pacientes se encontraban en edades de 61 a 70 años, dando a entender que es la edad donde más es propensa la enfermedad dentro de esta muestra. También se demostró que el 66% de los pacientes se siente feliz con el estilo de vida que lleva, mientras que el 90% considera que tiene buenas cualidades y un 99% está satisfecho consigo mismo, por otro lado el 99% no se siente inferior a los demás.

Concluimos que los pacientes encuestados tienen bienestar psicológico y una autoestima alta. Los cuales son favorables para la enfermedad y el tratamiento de la misma.

Palabras claves: bienestar psicológico, autoestima, hipertensión, cardiología,

Introducción

En el mundo las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes cada año, entre éstas la hipertensión arterial, la cual provoca alrededor de 9.4 millones de muertes. (OMS, 2013).

Esta investigación evalúa y describe la autoestima, así como también el bienestar psicológico de las personas que han sido diagnosticadas con hipertensión arterial. Según Mejía, Pastrana, J & Mejía, (2011), la autoestima es considerada como la opinión o creencia que la persona tiene de sí mismo, incluye emociones, pensamientos, experiencias que adquiere durante su vida. Por otro lado, el bienestar psicológico, se define como el nivel donde la persona juzga su vida en un todo positivo, es decir, si se siente a gusto con la vida que tiene. (Veenhoven, 2013).

Por esto es de vital importancia evaluar estos dos aspectos en los pacientes hipertensos debido a los cambios que se producen en el estilo de vida luego de recibir un diagnóstico de esta naturaleza.

El objetivo principal que se persigue con la realización de la investigación es conocer la evaluación que el individuo hace sobre su vida, si se siente comprometido consigo mismo o se acepta como es.

La importancia de la investigación radica en el impacto que podría tener en un futuro, ya que se pudiera cambiar el tratamiento tradicional para la hipertensión arterial involucrando a la psicología en el proceso.

En la investigación se expondrán en primer lugar los aspectos generales de la situación o problema, así como también los objetivos a lograr al finalizar el estudio y entre otras cosas el contexto en que se llevará a cabo. Por otro lado, se exponen otros estudios ya realizados en torno al tema.

La segunda parte proporciona el marco teórico, sobre el cual se basan las teorías y los conceptos más importantes sobre las principales variables de estudio, en este caso: bienestar psicológico y autoestima.

Finalmente se explican los métodos e instrumentos utilizados para llevar a cabo la investigación de forma satisfactoria y objetiva y se exponen detalladamente los resultados encontrados, luego del análisis riguroso de los datos. Para concluir se proponen recomendaciones que deberían tomarse en cuenta a partir de la información encontrada en el estudio.

Capítulo 1

Aspectos Generales

1.1 Antecedentes del estudio

1.1.1 Antecedentes Nacionales

Custodio A, Báez M, Luciano M, (2016) realizaron una investigación de tipo descriptiva cualitativa con un diseño transversal, cuyo objetivo fue determinar los niveles de autoestima y depresión en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asistían al Hospital Municipal de Los Minas durante el periodo noviembre -2015-marzo-2016.

El estudio fue realizado con una muestra de 39 adultos hipertensos. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Depresión de Beck. Encontraron que más de la mitad de la muestra obtuvo un nivel bajo de autoestima, siendo este el más frecuente y los pacientes se encontraban en un rango de edad entre 50-59 años.

Otra investigación realizada por Espinal R. (2016) evaluó la calidad de vida y bienestar psicológico de pacientes oncológicos del Centro de Cáncer del Hospital Metropolitano de Santiago en el periodo enero-marzo (2016). El estudio fue de tipo descriptivo con un corte transversal. Utilizaron los cuestionarios EBP Y SF-36 para medir el bienestar psicológico y calidad de vida respectivamente. La muestra utilizada fue de 40 personas, 20 de sexo masculino y 20 de sexo femenino.

El 43% de los pacientes mostró un funcionamiento físico del 50%. La mitad presentó limitaciones de rol por problemas emocionales que incluyen ausencias en el trabajo.

1.1.2 Antecedentes Internacionales

Un grupo de investigadores, hicieron un estudio de la calidad de vida y el bienestar psicológico de 75 pacientes postquirúrgicos y con tratamiento para el cáncer de tiroides en un hospital de Chile. Para lograr su objetivo aplicaron el instrumento de calidad de vida SF-36 y el IBP o índice de bienestar psicológico.

Los resultados mostraron una relación positiva entre el tiempo después a la tiroidectomía y el bienestar psicológico y la calidad de vida. (M, Novoa Gómez, 2010).

Se realizó otra investigación en San Paulo Brasil con el objetivo de conocer la calidad de vida en los pacientes con cáncer de pulmón en comparación a individuos que no tenían cáncer. Para esto usaron el cuestionario SF-36 en 57 pacientes con cáncer de pulmón y 57 controles. Llegaron a la conclusión de que el grupo de cáncer de pulmón tenía una calidad de vida más pobre especialmente en aspectos físicos en comparación al grupo control. (Franceschin, 2008).

En el año 2008 se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, en el Hospital Clínico Quirúrgico de La Habana en una muestra formada por 50 pacientes atendidos en consulta de Cardiología, del Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán con diagnóstico clínico de HTA esencial acorde con el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Tensión Arterial del Ministerio de Salud Pública, a estos se les aplicó el Inventario de autoestima de Coopersmith. Llegaron a la conclusión de que la autoestima en los pacientes portadores de hipertensión arterial pudiera constituir un factor predictivo en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Identificación del problema

Siendo la hipertensión arterial una de las principales causas de muerte en el mundo, analizar la calidad de vida de estos pacientes se ha convertido en una importante variable de estudio.

Luego de recibir un diagnóstico de hipertensión arterial, adaptarse a los cambios, al nuevo estilo de vida no es una situación sencilla. Al ser una enfermedad crónica requiere de la participación constante y activa de los pacientes en su respectivo tratamiento, ya que la misma le acompañará para toda la vida, afectando con esto sus actividades cotidianas.

La manera en que cada paciente enfrenta la enfermedad es diferente y depende de sus características individuales y personalidad, así como también de la importancia que le otorga al padecimiento, provocando con su constante preocupación que enfermedades como la ciática, el insomnio, la depresión aumenten sus crisis de hipertensión, como también la interrogante de si podrán sobrellevar los gastos económicos que requiere un tratamiento de dicha enfermedad, por esto pueden llegar a experimentar sentimientos como melancolía, tristeza, miedo, inseguridad e ira.

Los individuos que sufren de una enfermedad crónica como lo es la hipertensión arterial, expresan que al principio del padecimiento presentan problemas para adaptarse. En este período experimentan alteraciones en su estado de ánimo y emociones, las cuales impiden el control de la hipertensión y los lleva a crear un estilo de vida riguroso, privándose de actividades y dietas alimenticias más rígidas que la debida. Viven con el temor constante de sufrir un infarto letal o tener complicaciones relacionadas con la muerte, y todos estos comportamientos requieren que el paciente desarrolle autoaceptación con respecto a su diagnóstico.

A raíz de esto, nace la interrogante de cómo viven, emocionalmente hablando, estos pacientes, cómo es su autoestima, al tener que cambiar su estilo de vida radicalmente en todos los aspectos, así como también cuáles de sus propios recursos emocionales o sociales utilizan para hacer frente a la enfermedad y quiénes son sus principales redes de apoyo.

1.2.2 Importancia de la situación o problema

Estudiar la calidad de vida supone explicar la satisfacción moral, bienestar y felicidad, estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad de estos pacientes, lo cual da una visión de la salud en general y también a nivel emocional, así como también las limitaciones que esta enfermedad crónica trae consigo. Es importante levantar esta información a través de este estudio ya que se intenta entender las necesidades que requiere y posee cada paciente con esta condición médica.

El bienestar psicológico se refiere a la evaluación de la vida en un todo positivo. (Veenhoven, 2013), por lo que se concluye en la pregunta siguiente:

¿Cómo es el bienestar psicológico y autoestima en los pacientes con hipertensión arterial?

1.3 Preguntas de Investigación

1. ¿Cómo es el bienestar psicológico en los pacientes con hipertensión?
2. ¿Cómo es la autoestima en los pacientes con hipertensión arterial?
3. ¿En qué edades es más prevalente la hipertensión arterial?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar el bienestar psicológico y autoestima de los pacientes que padecen de hipertensión arterial del Instituto Dominicano de Cardiología durante el período octubre 2018-enero 2019.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el bienestar psicológico en los pacientes con hipertensión arterial.
2. Evaluar la autoestima de los pacientes con hipertensión arterial.
3. Identificar las edades en las que es más prevalente la hipertensión arterial.

1.5 Idea a defender

- Si los pacientes entre 35 y 75 años, atendidos en el Instituto Dominicano de Cardiología durante el periodo octubre 2018-enero 2019 que padecen de hipertensión arterial poseen un alto nivel de bienestar psicológico y autoestima, es probable que tengan un tratamiento más exitoso y un estilo de vida más saludable.

1.6 Operacionalización de las variables

Objetivo	Variable	Definición de variable	Instrumento de recolección	Fuente
Obj 1 Determinar el bienestar psicológico de los pacientes con hipertensión arterial	Bienestar psicológico	Nivel en que un individuo evalúa su vida como un todo positivo (Veenhoven, 2013)	Encuesta de bienestar psicológico y autoestima	Pacientes que asisten a la consulta del Instituto Dominicano de Cardiología
Obj 2 Evaluar la autoestima de los pacientes con hipertensión arterial	Autoestima	Sentimiento valorativo que tiene el individuo de su propio ser. (Gardner, 2005)	Encuesta de bienestar psicológico y autoestima	Pacientes que asisten a la consulta del Instituto Dominicano de Cardiología
Obj 3 Identificar las edades en las que es más prevalente la hipertensión arterial	Prevalencia de la edad	Edades en que es más frecuente que sufran de hipertensión arterial	Ficha de datos personales	Pacientes que asisten a la consulta del Instituto Dominicano de Cardiología

1.7 Justificación e importancia

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar el bienestar psicológico (calidad de vida) y el nivel de autoestima de los pacientes con hipertensión arterial los cuales acuden al Instituto Dominicano de Cardiología. Ante todas las manifestaciones y cambios provocados por la enfermedad, la cual en ocasiones es asintomática, resulta importante investigar cómo afecta el conocimiento de padecer una enfermedad de alta prevalencia y riesgo.

Trabajar el bienestar emocional de los hipertensos prevendría la muerte temprana de todos los que la padecen, debido a que su estrés y preocupación por el padecimiento de la misma y la no aceptación a su nuevo estilo de vida intensifica la enfermedad y da cabida a enfermedades psicosomáticas.

La investigación contribuiría a que se actualice y se complemente el personal de salud que se encarga del tratamiento de la enfermedad, ya que generalmente solo se centran en los aspectos biológicos y físicos de la enfermedad, excluyendo la parte psicológica y emocional que son también de vital importancia para el desarrollo y permanencia de una enfermedad crónica como lo es la hipertensión arterial.

Un tratamiento integral y completo, podría mejorar el pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida, prevenir complicaciones. De igual manera que cuenten con estrategias de afrontamiento que fortalezcan su autoestima y bienestar psicológico.

Por otra parte se considera pertinente que al momento de diagnosticar una enfermedad se refiera paralelamente a un psicólogo, debido a que independientemente de la gravedad del padecimiento el paciente se verá sometido a un cambio en su estilo de vida que puede afectar su salud psicológica y su bienestar emocional.

La investigación aporta a la psicología clínica, ya que ofrece información importante sobre el estado emocional de los pacientes hipertensos, lo cual puede influenciar en el desarrollo de estrategias de intervención para los mismos, así como también concientizarlos sobre la importancia de la salud mental, además de que se comprueba una vez más que las enfermedades físicas no siempre tienen una causa biológica, sino que las emociones pueden llegar de manera significativa. Reforzar el bienestar psicológico y la autoestima en estos pacientes debe ser considerada como una de las principales tareas del psicólogo clínico, especialista en psicología de la salud.

Por otro lado, a la Psicología de la Salud, que se encarga de estudiar como los procesos psicológicos influyen en el desarrollo de las enfermedades y permitirá mediante los datos arrojados de los pacientes encuestados determinar el impacto que tiene en las personas el diagnóstico de la enfermedad.

1.8 Alcances y limitaciones

1.8.1 Alcances

Este trabajo de investigación está comprendido dentro del ámbito general de la Psicología de la Salud específicamente en el subcampo de estudio del bienestar psicológico y autoestima de los pacientes hipertensos entre 35 y 75 años del Instituto Dominicano de Cardiología. Estos fueron evaluados sin distinción de sexo.

1.8.2 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, solo se considera como tal la falta de colaboración de los pacientes con los instrumentos de investigación. Se cuenta con la autorización de la institución para aplicar los instrumentos, así como también con el acceso directo a los pacientes. También se

tiene el tiempo y los materiales y recursos económicos necesarios para llevar a cabo el estudio.
Por último, se tienen las fuentes de información necesarias que sustentarán la investigación.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Bienestar psicológico

En la última década se han realizado diversos estudios acerca del bienestar psicológico (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Díaz y Sánchez, 2002), que han profundizado la perspectiva que se tiene sobre este tema. Ryan y Deci (2001) propusieron el bienestar hedónico relacionado con la felicidad y por otro lado el bienestar eudaimónico relacionado con el desarrollo de la capacidad humana.

Veenhoven (2013) define el bienestar psicológico como el nivel donde el individuo juzga su vida en términos positivos, es decir, donde este se encuentra complacido con la vida que tiene.

El bienestar psicológico, está asociado a estados de humor positivo, baja sintomatología depresiva y alta autoestima. (Diener ,1994).

El bienestar psicológico, es la evaluación que hace el individuo sobre su vida. Esta evaluación es importante ya que el individuo por medio de ella eleva el nivel de bienestar psicológico, esto ayuda a sentirse bien, comprometido consigo mismo y realizado, demostrando su capacidad frente a los demás. (Papalia, 2005).

El bienestar psicológico tiene tres elementos característicos: carácter subjetivo, el cual hace hincapié en la experiencia propia de la persona, la dimensión global, donde el individuo hace una valoración de las áreas de su vida y la apreciación positiva, la cual no se limita a los factores negativos. (Veenhoven, 1994).

Para la tradición hedónica el bienestar psicológico es una señal de la calidad de vida que se relaciona con las características del ambiente y la satisfacción que experimentan las personas. (Campbell, Converse, y Rodgers, 1976).

Luego diversos autores empezaron a definirlo como agrado y satisfacción con la vida, la valoración que las personas le dan a la misma. (Diener, 1994; Veenhoven, 1994; Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita, 2000; Cabañero et al., 2004). Otros en cambio, lo definieron con respecto a la felicidad, una estimación de los aspectos positivos y negativos que han afectado nuestras vidas. (Bradburn, 1969).

El bienestar psicológico está compuesto por tres partes: satisfacción con la vida, afecto positivo, y afecto negativo. (Lucas, Diener y Suh, 1996)

Villar y Triadó (2008), citan a Ryff, donde este autor propone la idea de las dimensiones del bienestar psicológico en base a factores como enfermedades y a los cambios y progresos de la persona durante la historia de su vida, son los siguientes:

En la naturaleza humana hay dos aspectos indispensables que se forman de positivo y negativo, lo que provoca que una persona pueda reconocer cuales son las destrezas, habilidades y capacidades que posee, aceptando de esta manera su realidad, por lo que para este autor es necesario tomar en cuenta el factor no depender de nadie para tener paz interior.

La autoaceptación consiste en que las personas tratan de sentirse bien consigo misma sabiendo hasta sus propias limitantes. Una característica esencial del funcionamiento psicológico positivo es tener actitudes positivas con nuestra propia persona. (Keyes et al., 2002). También se define como la capacidad para entablar relaciones de manera positiva con otras personas a su

alrededor. (Erikson, 1996; Ryff y Singer, 1998). Para Allardt, (1996) la capacidad de amar es importante para el bienestar y también para la salud mental.

Relaciones positivas con otros: para el crecimiento personal es necesario compartir nuestras ideas, pensamientos y sentimientos con los demás en nuestro día a día, esto con el objetivo de solucionar situaciones que afectan la creatividad del ser humano por problemas personales y/o una baja autoestima. Por ende, para prevenir el aislamiento y la soledad es importante la comunicación, teniendo en cuenta factores como el respeto, la empatía, comprensión e igualdad de género.

Investigaciones han demostrado que el retraimiento social y la soledad aumentan el riesgo de desarrollar una enfermedad y disminuye el tiempo de vida. (Berkman, 1995; Davis, Morris, y Kraus, 1998; House, Landis, y Umberson, 1988).

La autonomía, por otro lado, expone que las personas necesitan tener autodeterminación, independencia y autoridad personal. (Ryff y Keyes, 1995).

Cada ser humano se considera libre porque es responsable de sus actitudes, objetivos, metas y proyectos. Para la toma de decisiones correctas se debe mantener la autoridad para de esa manera obtener el objetivo final y poder lograr un cambio en la sociedad para los problemas que se viven día a día en la misma. Esto sirve como ejemplo para aquellos que por diversos factores como falta de apoyo familiar o de amistades luchan por salir adelante. El tener autonomía no significa que no debamos tomar en cuenta las opiniones de las demás personas en ciertas ocasiones, que puede ayudar a encontrar buenas soluciones.

Competencia ambiental: el ambiente donde nos desarrollamos influye en gran manera en la toma de buenas decisiones y en como entendemos la vida para alcanzar un bienestar óptimo

basado en nuestros propios valores y no en la opinión de las demás personas. Cuando no atendemos a este factor el bienestar de la persona tiende a disminuir.

Propósito en la vida: para vivir en paz tanto con uno mismo como con los demás que nos rodean, se necesita de la felicidad, amor al prójimo y la libertad, se podría decir que nadie existe por casualidad, ya que cada uno tiene un objetivo a cumplir con respecto a los principios y valores que ayudarán a dirigir a otros seres humanos.

Crecimiento personal: este depende de la voluntad de cada persona, de su disposición para aprender de los errores cometidos y plantearse nuevos retos y desafíos para nuestra vida. Por otro lado, es imposible crecer como persona, sino nos conocemos. Una persona con grandes objetivos puede llegar a lograr cosas grandiosas sintiéndose de esta manera motivado y en busca de la oportunidad que aún no llega para su vida.

El dominio del entorno es también otro aspecto a considerar para el afecto positivo que se refiere a la capacidad de cada persona para constituir ambientes propicios para satisfacer las propias necesidades. Estas personas necesitan tener más control sobre el mundo, necesitan trazarse metas y objetivos, esto es tener un propósito en la vida. También está dentro de este rango el crecimiento personal que es la motivación para seguir creciendo en todos los aspectos de la vida y maximizar sus capacidades. (Keyes et al, 2002).

Perspectiva hedónica

Para estos psicólogos el estudio del bienestar psicológico se centra en la preferencia por los placeres de la persona tanto a nivel mental como a nivel del cuerpo. (Kubovy, 1999). Incluso

también consideran que el bienestar es producto de la felicidad basada en la experiencia de placer. (Ryan y Deci, 2000).

Perspectiva eudemónica

Durante la historia de la humanidad se ha discutido si la felicidad por sí sola, puede ser el principio más importante para el bienestar psicológico, incluso el propio concepto de felicidad debe ser analizado debido al cambio que ha sufrido. (Díaz, 2006).

Waterman (1993), uno de los primeros en hablar sobre el bienestar psicológico desde esta perspectiva, considera que este se relaciona con las actividades realizadas por la persona, con cosas que tienen sentido para la misma y la hacen sentir satisfecha.

2.1.1 Componentes del bienestar psicológico

Según Morales (2011) existen dos componentes esenciales en el bienestar psicológico y son el afecto positivo y el afecto negativo:

- El afecto positivo: está compuesto por la dimensión de emocionalidad placentera, la cual se expresa mediante la energía, motivación, deseo de afiliación, logro y sentimientos de dominio. El autor sostiene que cuando el individuo está motivado, realiza actividades que sean beneficioso para el bienestar personal.
- El afecto negativo: está compuesto por la dimensión de emocionalidad no placentera, se manifiesta mediante inseguridades, miedos, inhibiciones, fracasos y frustración.

El autor plantea, que el individuo desde que está en el vientre de su madre puede tener dificultad para adquirir capacidad intelectual, habilidades y destrezas para enfrentarse a situaciones, lo cual es el resultado de una mala socialización. También puede presentar inconvenientes para confrontar la realidad.

Por su lado Castro (2010) difiere del autor anterior en que el bienestar psicológico tiene tres componentes esenciales, el componente positivo, componente negativo y el componente cognitivo. Este sostiene que el componente cognitivo, es el producto de la fusión cognitiva que hace el individuo cuando evalúa como le está yendo o como le fue durante el curso de su vida. Esto quiere decir que el bienestar es un juicio cognitivo.

2.1.2 Subescalas de bienestar psicológico

Existen cuatro subescalas de bienestar psicológico son: bienestar subjetivo, material y de relación de pareja.

Bienestar subjetivo

Los factores del bienestar subjetivo son aquellos que influyen a que el individuo sea un ser exitoso, que tenga una verdadera satisfacción personal, y que pueda alcanzar aquellas cosas con las que se identifique. Esos factores son, las relaciones familiares, satisfacción en el trabajo, amigos, salud, valores personales y libertad personal. (Layard, 2005).

Por su lado, Márquez y Vallejo (2009) sostienen que el bienestar subjetivo es el sentimiento de placer con la vida, familia y el trabajo. Ellos sostienen que cuando el individuo alcanza una verdadera satisfacción, le es posible alcanzar sus objetivos, los cuales le ayudaran a sentirse bien. Un individuo con bienestar subjetivo, proyecta respeto, cariño, entusiasmo e iniciativa para

enfrentarse a los retos que trae consigo la vida y el ambiente en donde se desarrolla, ya que hay una fuerza psíquica que tiene su origen dentro y tiene su principio en el sentimiento de humanismo.

Rice (1997) citado por Papalia (2005) hablan del bienestar subjetivo como la manera en que los adultos se sienten con su vida, consigo mismos y con los demás.

Bienestar material

El bienestar material es el conglomerado de bienes materiales los cuales son necesarios para vivir dignamente; en la actualidad hay que tener claro, que para tener una vida en paz y plena, se debe tener algunos bienes los cuales nos diferencian de los demás, tener un título universitario, ahorrar dinero, comprar inmuebles, estos bienes pueden hacer feliz a un individuo. (Díaz, 2005).

García (2006) sostiene que el bienestar material, es una buena alimentación, salud, higiene, mejores condiciones de vida y bienes de consumo.

Bienestar Laboral

Es aquel donde se resaltan varios factores importantes, el clima en el equipo de trabajo, remuneración, seguridad, higiene, relacionarse con sus pares y la armonía del ambiente, por otro lado están, los inapropiados elementos de trabajo, falta de motivación, etc.

Los recursos para lograr satisfacer sus necesidades se dan en medio de estos factores, si estos no se desarrollan se dificulta el satisfacer las necesidades, el propósito de vida y sentirse feliz. Cuando el ser humano no logra tener esto, tiene cierta inclinación hacia las conductas destructivas. (Muñoz, 2007).

Se ha demostrado que existe una gran relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción de vida, cuando existe dificultad en el área laboral, trae consigo problemas que afectan en el bienestar psicológico. (Toledo, 2011).

Bienestar de relación de pareja

Según De Lourdes (2007) la mayoría de las civilizaciones han salvaguardado a la familia y la pareja, ya que estas son consideradas como las responsables de asegurar la continuidad de la vida y la civilización. La vida viene de una pareja o familia, de aquí parte la premisa de que se deben formar buenos seres humanos, ya que de estos provienen los principios y valores.

Por otro lado, Mingote y Revenga (2013) señalan que existen otras dimensiones a nivel personal, son las siguientes:

- El bienestar vital: es aquel que proviene del nivel de satisfacción que se obtiene luego de construir un objetivo, cuando es de provecho y para incrementar el grado de felicidad.
- Bienestar sensorial: es la satisfacción que se experimenta y con la cual se lleva a cabo el quehacer cotidiano en favor del mismo bienestar, que sirve para estar alejado de los inconvenientes que generan los habitantes del entorno.
- El bienestar psicológico: es aquel donde lo más importante es el bienestar enfocado en el amor y la felicidad como pieza primordial en la personalidad del individuo, para que este se sienta bien y pueda expresar sus ideas.

2.1.3 Modelos teóricos del bienestar psicológico

Para Solano (2009) existen tres modelos teóricos para el bienestar psicológico:

- Teorías universalistas que proponen que la satisfacción se logra cuando son cumplidos los objetivos y necesidades primordiales, por ley de la naturaleza los humanos se sienten conformes y complacidos al lograr una meta importante para sus vidas.
- Teorías de la adaptación, para estas el principal elemento para la felicidad es la adaptación. Exponen que para relacionarse con los demás deben entender su lenguaje. Por naturaleza el ser humano es un ser sociable, debe adaptarse al entorno, según las condiciones dadas en el lugar, por lo que emprende una nueva vida para demostrar sus habilidades personales, de aquí llega la felicidad, ya que según esta teoría no hay mejor felicidad que compartir con nuevas personas.
- Teorías de las discrepancias, Michalos (2006) considera que el bienestar psicológico no tiene una única causa, sino que más bien es multicausal. Para él es importante encontrar la satisfacción y nuevas opciones para salir de la rutina del día a día.

2.1.4 Bienestar psicológico y salud

El bienestar psicológico se relaciona de manera directa con la salud tanto a nivel físico, psicológico y social. Es importante destacar que no solo importa sentirse bien, tener un buen estado de salud, estabilidad emocional y tener una salud débil, sino que bienestar y salud deben ir de la mano, para poder considerar a una persona con un aspecto físico aceptable. (Oblitas, 2011).

Mingote (2013) opina que tener una salud perfecta es mantener alejada las enfermedades por las siguientes capacidades:

- Desafío: entender una enfermedad como un cambio repentino en el cuerpo es la manera de aceptar la enfermedad como parte de una vida en progreso.

- Compromiso: poseer capacidad de automotivación y estima para lidiar con el dolor y sufrimiento producido por la sociedad donde disminuye el tiempo de vida por la falta de respeto hacia la misma.
- Control: se considera importante implantar estrategias para aprovechar los beneficios del bienestar basado en la calidad de vida, de esa manera evitando enfermedades futuras.

2.1.5 Métodos para la medición del bienestar

Existen dos maneras para medir el bienestar psicológico. La primera se basa en evaluar las emociones positivas y que tan satisfecha se siente la persona con relación a su vida en general, a lo que se llamó bienestar emocional. Se evalúa el afecto que predomine más ya sea el positivo o el negativo. (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

La otra perspectiva considera que hay que tomar en cuenta el entorno y aspectos sociales. (Keyes, 1998; Ryff, 1989, Ryff y Keyes, 1995). Según estos autores el bienestar psicológico está formado por seis dimensiones: la creencia de que la vida tiene propósito y un significado, una apreciación positiva de sí mismo, la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, el sentimiento de que se va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida, sentido de la autodeterminación.

2.2 Calidad de vida

La calidad de vida no depende únicamente de tener un estado de salud física adecuado, sino que influye también cierto nivel de bienestar psicológico y social. (Castellón y Romero, 2004). Al momento de definir la calidad de vida de una persona se debe tomar en cuenta la felicidad, la satisfacción y la autoestima. (Real, 2008).

Es importante destacar que según Schalock y Verdugo (2003) existen más de cien definiciones sobre este concepto.

Lehr (2004) afirma que es casi imposible ofrecer una definición para este término y que a su vez diferencie el mismo con conceptos como envejecimiento satisfactorio, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo. Para este autor han sido utilizados por diversos autores como si fueran sinónimos.

Con respecto a la calidad de vida existe un desacuerdo en dos aspectos principalmente (Real, 2008; Yanguas, 2006). Algunos exponen que la calidad de vida se refiere a una impresión particular sobre algunas condiciones como por ejemplo las relaciones sociales, el trabajo entre otras. Otros consideran que debe englobar tanto los objetivos de vida de la persona como su percepción personal.

La otra polémica se basa en saber si es cada individuo de manera personal el que establece cuales son los elementos que componen su calidad de vida o si existen unos generales para todas las personas que sean considerados como los ideales.

La OMS (1996) define la calidad de vida como la visión propia de cada individuo sobre el hecho de su existencia con respecto a su cultura y la sociedad en la que se desarrolla, además de sus valores. Es un concepto muy complejo que incluye la salud física del sujeto, su vida social, su salud mental, y su grado de independencia.

Por otro lado, Yanguas (2006) expresa que se refiere al grado de satisfacción que tienen las personas con respecto a unas dimensiones específicas externas como son: la situación económica, la educación, el sistema de partidos, y lo relacionado con la salud y las internas serían las que pudieran afectar su salud y su bienestar en general.

Gómez y Sabej (2000) agrupan la calidad de vida en cuatro grupos principales: calidad de vida respecto a las condiciones de vida que tiene la persona, la satisfacción sentida por la persona por las condiciones de su vida, combinación de la calidad de las condiciones de vida y la satisfacción por las mismas, esta combinación que depende de los valores personales, anhelos y proyectos y las propias expectativas.

Schalock (1996) realizó un planteamiento con respecto a cinco principios fundamentales de la calidad de vida:

1. Está formado por las mismas señales que se consideran relevantes para todas las personas en una etapa específica del ciclo vital.
2. La calidad de vida se experimenta en sí cuando son saciadas y satisfechas y cuando se da la oportunidad de mejorar en las áreas más importantes.
3. Está compuesto por elementos subjetivos y objetivos, pero se considera importante la percepción personal del individuo sobre la calidad de vida que siente.
4. La calidad de vida se basa en las necesidades individuales y en las decisiones.
5. Es un concepto que depende y está influenciado por varios factores: intimidad, la familia, las relaciones sociales, trabajo, la comunidad, la ciudad, educación, salud y el estado en el que se encuentra el país donde vive.

Lawton (1991), describe varios factores tanto subjetivos como objetivos para la calidad de vida, entre los objetivos están:

- Calidad del ambiente en el que se desarrolla: vivienda, contaminación, ambiente familiar, laboral y social.
- Ingresos económicos
- Sus redes de apoyo social
- Factores culturales como la percepción del trabajo y la jubilación
- Uso y disponibilidad de los recursos

Dentro de los subjetivos o personales describe los siguientes:

- Apoyo social funcional: apoyo recibido en las relaciones sociales
- Bienestar subjetivo
- Actividades en el tiempo libre
- La salud que se percibe
- Autoestima
- Habilidades funcionales y competencia

Galli (2005) expone que en los componentes objetivos de la calidad de vida se dividen en el estado de salud y en el aspecto económico del individuo, el aspecto subjetivo se compone por la percepción de la calidad de vida a nivel individual.

Por otro lado, Castellón y Romero (2004) describen cuales son los elementos que ellos consideran componentes la calidad de vida:

- Salud a nivel general
- Relaciones adecuadas con la familia, amigos y vecinos

- Capacidad para desempeñarse de manera óptima en la vida diaria
- Correcta distribución del tiempo para tener tiempo de ocio y satisfacción con la misma
- Satisfacción con la vivienda donde reside
- Satisfacción con la vida en general
- Educación
- Ingresos económicos
- Servicios sociales y sanitarios

La calidad de vida sería entonces una combinación de los factores externos de la persona como condiciones económicas, culturales y ambientales, estos van a posibilitar o impedir el desarrollo de la persona y los factores subjetivos que se relaciona con la valoración que el individuo hace sobre su propia vida, tomando en cuenta los aspectos que considera más importantes. (García-Viniegras y González, 2000). Por esto, la apreciación que la persona tiene sobre su vida es un factor elemental para la calidad de vida. (Schalock et al., 2002).

Lawton (2001), desarrollo un modelo ecológico que está compuesto por cuatro niveles que determinan la calidad de vida:

- Calidad de vida física: está relacionada con lo físico y lo biológico, con el estado de salud, presencia o ausencia de dolor, síntomas, indicios de problemas cognitivos o funcionales.
- Calidad de vida social: se refiere a las relaciones de la persona con el ambiente, aquí se incluye el tamaño de la red social, frecuencia de la comunicación y nivel de participación con los mismos.

- Calidad de vida percibida: la persona valora la calidad de las relaciones sociales que sostiene con la familia, amigos, el tiempo que le dedica o la economía.
- Calidad de vida psicológica: se basa en el estado de ánimo, los afectos, necesidades y puntos de vista. Aquí también se incluye las variables motivaciones como el control primario y secundario. (Schulz y Heckhausen, 1996). La dependencia por el contrario está en contra de la calidad de vida.

Para Schalock y Verdugo (2003) existen tres niveles que pueden afectar la calidad de vida de las personas:

- La familia, el hogar, ambiente y lugar de trabajo, los pares afectan de manera directa la vida de las personas.
- La comunidad y las instituciones afectan al microsistema y por tanto puede llegar a influir indirectamente al individuo.
- La sociedad en general, los sistemas económicos y otros factores de la sociedad donde vive la persona.

Schalock (1996, 2000; Schalock y Verdugo, 2003) expone que existen ocho dimensiones fundamentales de calidad de vida:

1. Bienestar físico:

- Actividades de la vida diaria (AVD)
- Salud
- Atención de salud
- Inactividad y ocio

2. Bienestar emocional

- Carencia de estrés

- Autoconcepto
 - Felicidad
3. Relaciones interpersonales
- Vida y redes sociales
 - Relaciones en generales
 - Apoyo emocional, físico y económico
4. Inclusión social
- Participación activa de la comunidad
 - Roles comunitarios
 - Apoyo social
5. Desarrollo personal
- Educación
 - Desempeño
 - Competencia personal
6. Bienestar material
- Trabajo
 - Situación económica
 - Hogar
7. Autodeterminación
- Control personal /autonomía
 - Metas y valores
 - Decisiones
8. Derechos

- Humanos
- Legales

2.3 La autoestima

La autoestima es el valor o mérito que cada persona se otorga a sí misma. Es considerada por este autor como la señal del alma y lo que da dignidad a la existencia humana. (Rice, 2000).

El primero en hacer mención sobre la autoestima fue Williams James en 1890 que en su libro “Principios de Psicología” expresó que la estima (como le llamaba) que nos tenemos nosotros mismos depende de lo que queremos ser y hacer. Evaluaba la estima con respecto a sus éxitos y aspiraciones. (Monbourquette, 2008). Este mismo autor también nos habla sobre Abraham Maslow que se destacaba por no estudiar a las personas desde el punto de vista de las enfermedades mentales como tal, sino más bien por su salud emocional, mental y espiritual.

No volvió a tocarse este tema hasta sesenta años más tarde, con el término ya establecido de autoestima, por Sigmund Freud y su teoría acerca del ego. (Mruk, 1999).

La mayoría de las personas que no alcanzan un alto nivel de autoestima, no llegan a obtener la autorrealización. (Santrock, 2002). Expresa Mezerville (2004) que Abraham Maslow ha sido de los personajes de la psicología humanista que más ha propagado la importancia que tiene la autoestima en la vida de las personas, ya que incluye la misma en su jerarquía de necesidades.

Desde el punto de vista Montoya y Sol (2001) la autoestima es la valoración que cada persona hace de sí misma, que se basa en la experiencia del día a día.

La autoestima no solo incluye los sentimientos y las emociones, sino que también engloba aspectos perceptuales y cognitivos. (Mruk 1999)

Branden, N (1995) expresó una visión humanista del concepto, expone que la autoestima es una necesidad de los seres humanos que influye sobre nuestra conducta y debemos aprender a satisfacerla.

Según Güell y Muñoz (2000), “la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima”. Expresan también que “Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo”.

Bonet (1997, p.38) sostiene que la autoestima es la valoración propia que tiene el ser humano, la actitud hacia sí mismo, forma de sentir, pensar y comportarse consigo mismo.

La autoestima no es innata, se logra a través de las experiencias que van teniendo cada individuo, en su interacción con los demás. La autoestima es el sentimiento de valor hacia nuestro ser, quienes somos, nuestra forma de ser, los rasgos corporales, espirituales y mentales que conforman nuestra personalidad.

Se aprende, mejora y cambia. A los 5-6 años se forma el concepto a través de las personas que están en nuestro ambiente, nuestros padres, compañeros, amigos, maestros y las experiencias que vamos obteniendo. (Gardner, 2005).

Para Molina (1996) la definición de autoestima se debe dividir en cuatro componentes fundamentales:

- Es una actitud, ya que incluye las formas acostumbradas de pensar, actuar, amar, sentir.
- Posee un componente cognitivo, ya que plasma las ideas, creencias, opiniones y procesamiento de la información, que posee la persona respecto de sí mismo.

- También abarca un aspecto afectivo: valoración de lo positivo y lo negativo, lo favorable y lo desfavorable, además de lo agradable o desagradable que las personas perciben de sí mismas.
- Tiene un componente conductual, ya que abarca la intención y decisión de actuar y de tener un pensamiento coherente a la hora de emitir conductas.

2.3.1 Dimensiones de la autoestima

Según Rosenberg y Schooler (1989). La autoestima se divide en dos dimensiones:

- **Autoestima global:** está relacionada con la actitud positiva o negativa que tiene el individuo hacia el Yo; el grado de respeto y autoaceptación. Tiene que ver con la salud mental o salud psicológica de la persona.
- **Autoestima específica:** está relacionada con la ejecución del individuo, es una faceta específica del yo; donde se forma su autoestima, en esta interactúan elementos cognitivos, se es más juicioso y evaluativo. Tiene que ver con componentes del comportamiento.

La autoestima está relacionada con las siguientes dimensiones del Yo, Yo físico, Yo social, Yo psíquico, Yo biopsicosocial. Según Campos (2004) son las siguientes:

- Yo Físico, está constituida por el funcionamiento del cuerpo. Necesita atención y cuidados, para así poder incrementar sus capacidades y poder transformarlas en habilidades.
- Yo Social, está constituido por las relaciones consigo mismo y su entorno. El rol que ejerce la persona como: hijo, amigo, padre, vecino, etc.
- Yo Psíquico, es la parte interna y se divide en tres: lo emotivo, la mente y el espíritu. Lo emotivo está compuesto por los sentimientos, emociones y estados de ánimos de la

persona. Mientras que la mente, es la que posee los talentos que hacen que el individuo sea productivo, de los cuales es necesario estar conscientes para poder usarlos positivamente. Por último se encuentra el espíritu, este busca el significado de la vida, es la parte dinámica e interna, esta se manifiesta mediante lo que la persona quiere lograr y cómo lo quiere hacer.

- Yo biopsicosocial: está compuesta por los tres Yo, antes expuestos. Donde cada Yo tiene su importancia y son necesarios para que el individuo funcione de modo integral, donde pueda desarrollar sus capacidades y satisfacer sus necesidades.

2.3.2 Componentes que conforman la autoestima

Según Lorenzo (2007), apoyándose en la teoría de Branden, plantea que la autoestima está construida por tres componentes; los cuales se relacionan entre sí. Algún aumento positivo o disminución de uno de estos traen consigo una modificación en el mismo sentido.

Los componentes son:

- Componente Cognoscitivo: son los conocimientos, creencias, percepciones y opiniones que conforman la personalidad del individuo. La representación mental que la persona elabora sobre sí mismo.
- Componente Emocional: está constituido por los sentimientos hacia sí mismo, sirve de base para determinar la autoestima, la cual ayuda a la autorrealización que el individuo desea conseguir, es decir sentirnos bien o en disgusto con nosotros mismos. Es el valor que le asignamos a nuestras cualidades personales.
- Componente conductual: sostiene que la autoestima es evaluarse, aceptarse y conocerse. Llevar a la práctica un comportamiento coherente.

La autoestima está formada por factores tanto internos como externos. Los factores internos son: las ideas, prácticas, conductas y creencias.

Los factores externos son los factores del entorno, por ejemplo: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, experiencias inspiradas por los padres, los educadores, las personas importantes para nosotros, las organizaciones y la cultura. (Mézerville, 2004).

Gastón de Mézerville (2004) expresó que existen varios componentes que forman la autoestima. A partir de esto, desarrolló su propio modelo que nombró proceso de la autoestima.

En esta se divide a la autoestima en dos dimensiones complementarias una actitudinal inferida formada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza y una dimensión conductual observable formada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización. Así mismo este autor define cada uno de estos componentes.

La autoimagen consiste en la capacidad de verse con las virtudes y defectos, como la persona que es. Las personas con autoestima alta son conscientes de sus errores, por ende la autoestima no se relaciona con ser perfecto o perfecta.

La mayor parte del tiempo los problemas de autoestima se relacionan con una baja autoimagen, aunque también la superioridad pueda ser señal de problemas en este aspecto, lo que se conoce como pseudoautoestima.

La autovaloración se refiere a que la persona se considere importante para sí misma, pero también para las demás en su entorno. En otras palabras, percibir con agrado la imagen que la persona tiene de sí. Según Branden (2001) la autovaloración se refiere a “La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de

tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos”.

La autoconfianza se refiere a que la persona crea en sí misma y en sus propias capacidades para los retos que tenga que enfrentar durante toda su vida, motivándose con esto a buscar oportunidades para demostrar sus capacidades y competencias.

El autocontrol se refiere a tener dominio propio que ayude tanto al bienestar propio como al del grupo del que se es parte. El término autocontrol abarca el autocuidado, la autodisciplina, la organización propia o el manejo de sí mismo o de sí misma.

La autoafirmación es la libertad para ser uno mismo y tener autonomía y madurez. Incluye la autodirección y la asertividad personal.

2.3.3 Buena y mala autoestima

Existen diversas conductas que están relacionadas con la buena y mala autoestima. Estas son las siguientes: asertividad, estilos para afrontar el estrés, nivel de aspiraciones, temor al fracaso, expectativas hacia el futuro. (Eisenberg y Patterson ,1981).

Según la psicóloga Olga Castanyer (1996) “la asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular ni manipular a los demás”. Las personas asertivas son aquellas que conocen cuáles son sus derechos y los defienden, respetando a los demás.

Esta autora sostiene que las persona asertivas poseen un comportamiento externo, donde pueden expresar sus emociones tanto positivas como negativas, se defienden sin agresión, tienen capacidad de discrepar abiertamente, saben aceptar sus errores y no se les dificulta decir “no”. Estos saben y creen en los derechos para sí mismos y para los demás, y sus convicciones en su mayoría son racionales. De igual forma poseen buena autoestima, no se sienten inferiores o

superiores a los demás, tiene satisfacción en las relaciones, y sensación de control emocional. Es importante resaltar que las conductas asertivas tienen a tener consecuencias en el entorno y la conducta de los demás. (Castanyer, 1996).

Molina, Baldares y Maya (1996) se refieren a las personas con buena autoestima de la siguiente manera: “Una persona con buena autoestima no se considera a sí misma como el centro del universo y mejor que los demás y las demás. Simplemente conoce muchos aspectos de sí misma, tiene auto-respeto y tiene consciencia de su propio valor como persona única e irrepetible. Reconoce sus cualidades buenas, pero no se cree perfecta. Al contrario, puede ser que tenga mucha consciencia sobre sus defectos y del hecho de que ella comete errores. Pero no ve sus defectos y errores como representativos de alguien sin valor, ella los entiendo como representativos del ser humano”.

Jourard y Landsman (1987) explican que una personalidad saludable deriva de una buena autoestima, y para estos la misma es la manera de actuar guiada por la inteligencia y el respeto a la vida.

Según García (2005) estas son las características de una persona con buena autoestima:

- Cree consistentemente en ciertos valores y principios y siempre dispuestos a defenderlos sin importar las oposiciones y obstáculos que se le presenten, siempre estará dispuesta a cambiar esos valores y principios si nuevas experiencias lo ameritan o le indican que estaba equivocada.
- Es capaz de actuar confiando en su propio criterio, sin sentirse culpable cuando otras personas están en desacuerdo con sus acciones.
- No se pasa demasiado tiempo pensando en lo ya ocurrido ni en el futuro.

- Tiene confianza suficiente para resolver sus propios problemas sin importar los fracasos y las dificultades.
- Se considera igual a todas las personas, aunque reconoce las diferencias a nivel profesional y económico.
- Da por hecho que es una persona interesante y valiosa para otras.
- No se deja manipular por las personas.
- Reconoce y acepta sentimientos positivos y negativos en sí misma y está dispuesto a revelarlas a otra persona si lo considera necesario.
- Disfruta actividades diversas como estudiar, jugar, trabajar, descansar y pasar tiempo con los amigos.
- Tiene sensibilidad a las necesidades de otras personas, respeta las normas de convivencia.

Una persona con mala autoestima tiene grandes niveles de inseguridad acerca de sí misma. Su autoestima depende en lo que cree que las demás personas piensan sobre ella, afectando con esto su autonomía e individualidad. Tienden a disfrazar su autoestima en presencia de otras personas. (Satir, 1980).

Las personas con mala autoestima expone Molina (1996) tienen características como agresividad, arrogancia, impaciencia, crítica, competitividad, timidez, perfeccionismo, crítica y rebeldía ante figuras de autoridad.

De acuerdo con García (2005) estas son las actitudes y comportamientos más habituales de las personas con baja autoestima:

- Autocrítica en exceso que provoca insatisfacción en la persona.
- Mucha sensibilidad ante la crítica, generalmente se siente atacada o herida, desarrolla resentimiento hacia los demás y culpa a las personas por sus fracasos.

- Indecisión extrema por temor a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, es decir, no se atreve a decir que no por miedo a desagradar.
- Perfeccionismo extremo, sintiéndome culpable cuando las cosas no le salen como lo planificaron.
- Culpabilidad neurótica.
- Hostilidad e irritabilidad frente a asuntos de poca importancia.
- Incapacidad para vivir y disfrutar de la vida.

2.3.4 Autoconcepto y autoestima

El término de autoconcepto se ha venido utilizando indistintamente con palabras como autoestima, autoimagen, self, yo, autopercepción, autonciencia, sí mismo, percepción de sí, identidad, actitud hacia uno mismo, entre otras más (Rodríguez, 2008).

Sin embargo, los términos más relacionados a la percepción de sí mismo en psicología son autoconcepto y autoestima y los demás se engloban dentro de estos dos. Según Hattie, (1992) las palabras que pueden usarse por autoconcepto son: self, autoidentidad, autovaloración, autoimagen, autoconocimiento y autoconciencia y para la autoestima la autoconsideración, autogeneración, autoaceptación, autorrespeto, autovalía, autoevaluación.

A pesar de que ambos son parte de la percepción de sí mismo, tienen significados distintos, sin embargo, los mismos tienden a ser intercambiados, pues su diferencia no se ha demostrado a nivel empírico ni conceptual. (Rodríguez, 2008).

El autoconcepto es el concepto que tiene la persona sobre sí misma como un ser social, físico y espiritual. Es “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo, que hacen referencia a sí mismo”. (Rosenberg, 1979). Posee un componente cognitivo.

Por otro lado, Laing (1973, citado en Gonzales, Arratia, 2001) define la autoestima, como el juicio valorativo que tiene la persona sobre sí misma. Rogers (1967), sostiene que la autoestima es la estructura experiencial la cual está formada por las percepciones que se refieren al Yo, a las relaciones con el medio, los demás y la vida en general, de igual forma el valor que el individuo le da a la misma. Posee un componente emocional.

Cuando los adolescentes construyen conceptos sobre sí mismos, deben hacer frente a la estima que tienen sobre sí. Cuando poseen el autoconocimiento pasan a la etapa de autoaceptación y aprobación, y es allí cuando tienen la autoestima suficiente como para aceptarse. Para que las personas tengan sentimientos de valía debe haber un balance entre el autoconcepto y los yo ideales. (Rice, 2000).

Eisenberg y Patterson (1981) destacan que el aumento del conocimiento del yo es una pieza fundamental para estimular el crecimiento, la toma de decisiones acertada, autopercepción y cambio en la conducta.

2.3.5 Desarrollo de la autoestima

El ser humano tiende a querer ser reconocido, querido, apreciado y que lo valoren en las cosas que realiza, esto sirve como génesis para formar la autoestima del individuo. A continuación varios autores hacen hincapié en los factores que influyen en el desarrollo de la misma.

Una enfermedad crónica como lo es la hipertensión, puede llegar a disminuir la autoestima, ya que afecta la identidad y la autoimagen, reducen la sensación de control y de seguridad que tiene el individuo, incrementando la dependencia de este y sus sentimientos de incapacidad. La autora sostiene que la actitud y autoestima del individuo, hacen una gran

diferencia, ya que aunque la enfermedad no tenga cura, este puede mejorar su calidad de vida y las respuestas emocionales de este. (Russek, 2007).

Se debe tomar encuentra para favorecer la salud del individuo, crear un ambiente donde se desarrolle una atmósfera que mejore la autoestima, para contribuir a moderar aquellos efectos negativos de eventos estresantes (enfermedad) que ocurren en la vida de la persona. (Rodríguez, 1995).

La autoestima es el resultado de las experiencias personales, lo que ellos creen de sí mismo, y de la identificación que tengan con el ambiente (familia, amigos, etc). (Aragón, 2001).

La autoestima surge desde el primer acercamiento afectivo que tiene la madre y el niño entre la madre y el niño. Adhiriendo la importancia que tienen los padres en la adquisición de la autoestima. La forma en que la madre acepta al niño influye mucho. Los sentimientos de autovaloración y confianza en sí mismo no son innatos, más bien se obtienen mediante el aprendizaje de las interacciones que se hace con el ambiente. (Pulido ,1998),

La autoestima se desarrolla desde tempranas edades. Cuando los niños son expuestos al reconocimiento y el elogio de las personas que están en su ambiente (Eguia, 1998).

2.3.6 Elementos para lograr o mejorar la autoestima

Según Rodríguez (1988) y González (1993), los individuos deben obtener los siguientes elementos para lograr o mejorar la autoestima:

- **Autoconocimiento:** Es el descubrimiento del propio yo, necesidades y habilidades; y el rol que tiene la persona en la sociedad. Es la capacidad que tiene el individuo para lograr tener una personalidad integrada y fuerte, que se da mediante la unificación de los componentes antes expuestos.

- **Autoconcepto:** Es la creencia que tiene el individuo sobre sí mismo, la cual se llega a manifestar en su conducta.
- **Autoevaluación:** Es la capacidad que tiene la persona de valorarse internamente, tanto las cosas positivas como las negativas. Lo que le hace crecer, aprender y lo que le hace daño y no le permite crecer.
- **Auto aceptación:** Es la capacidad que tiene la persona de reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, mediante la aceptación se transforma aquello que le afecta.
- **Autorespeto:** Es la capacidad que tiene la persona de manejar y expresar sus emociones, satisfacer sus necesidades y valores. Valorar las cosas que le hacen sentir bien; sin necesidad de culparse o hacerse daño.
- **Autoestima:** Es el resumen de los componentes antes expuestos. Si una persona se conoce acepta y respeta, es consciente de las cosas positivas y negativas que tiene, sabe expresar sus emociones, etc. Tiene lo que se conoce como autoestima.

2.3.7 Beneficios de la autoestima

La salud mental es uno de los beneficios principales de la autoestima. Estos plantean que los individuos con una autoestima alta poseen, una buena salud mental a largo plazo y un buen equilibrio emocional. Por otro lado afirman que aquellos con una autoestima poco desarrollada, manifiestan síntomas psicossomáticos de ansiedad. (Mackay y Fanning, 1999).

La competencia interpersonal y el ajuste es también otro beneficio de la autoestima. Tener un bajo ajuste social tiende a relacionarse con un bajo auto concepto y baja autoestima.

Se manifiesta en la poca participación del individuo en actividades sociales o clubes, no defienden sus derechos ni expresan sus opiniones. (Mackay y Fanning, 1999).

Branden (1995), describe los seis pilares fundamentales y que deben formar parte de la vida de las personas, los mismos están basados en diferentes prácticas:

- La práctica de vivir de manera consciente
- La práctica de asumir las propias responsabilidades
- La práctica de autoaceptarse
- La práctica de vivir con un propósito establecido
- La práctica de la autoafirmación
- La práctica de la integridad personal

Cuando estos pilares se encuentran ausentes la autoestima se ve afectada significativamente. (Branden, 1995).Según este los pilares ayudaran a vivir en paz y armonía, tener mejor disposición, conciencia para saber que necesitamos voluntad, perseverancia y valor.

2.3.8 Influencia de personas significativas en la autoestima

Para Jourard y Landsman, (1987) las personas pueden influir significativamente en la manera en que la persona piense y perciba, pudiendo lograr que se pierda la propia perspectiva, es decir, que las creencias que la persona tiene de sí, no se basa únicamente en el yo, sino que se van afianzando de lo que se escucha decir a otras personas sobre nosotros.

2.4 Hipertensión Arterial

Para la Sociedad Europea de Cardiología (2003), la hipertensión arterial es la elevación de la presión sanguínea en las arterias sostenida en el tiempo, ya sea por el incremento de la

presión diastólica, como por la sistólica o ambas. En otras palabras, elevación de los niveles de la presión en el organismo por encima de los que éste requiere.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades que está afectando en gran manera a los países desarrollados y en vías de desarrollo. Según estudios es la causa principal por lo cual cerca de un tercio de la población acude a los servicios médicos de atención primaria. El riesgo de un evento cardiovascular aumenta cuando, las cifras de 115/75 de presión arterial por cada aumento de 20 mmHg de la presión Sistólica o 10 mmHg de la presión diastólica. (Weber, et al. 2014).

“La hipertensión arterial (HTA) es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica, diastólica o de ambas que afecta a una parte muy importante de la población adulta, especialmente a los de mayor edad. Su importancia reside en el hecho de que, cuanto más elevadas sean las cifras de presión tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos”. (Rozman, Farreras, 2012, p.513).

La hipertensión arterial provoca un deterioro lento y progresivo de los órganos de quien la sufre, si no es tratada a tiempo, ya que generalmente es una enfermedad silenciosa y que no causa ningún tipo de dolor. (González-Juanatey et al., 2003).

La intervención psicológica desde la primera fase de la enfermedad, lo que juega un papel importante a la hora de reducir la mortalidad y el impacto social y económico, la misma ayudará a educar al paciente, después de un episodio de incremento de la presión arterial acerca de la prevención de estos episodios y a incitarlo a practicar actividad física apropiada que beneficiará al paciente a largo plazo. (Pastemak R, 2006).

Se ha demostrado que durante la primera fase de la enfermedad, la intervención psicológica ayuda al equilibrio y estabilidad del paciente, ya que se comienza a cambiar la actitud respecto a la enfermedad, hacerlos conscientes de la necesidad de cambio en su estilo de vida, involucrando también a la familia dentro del proceso de rehabilitación. (Rodríguez TC, Castro CJ, Navarro JJ, Bernal JL, Herrera LF, 2008).

Las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial son causantes de más de 17 millones de muertes anuales, de estos 9.4 millones son por complicación de la enfermedad en los países del tercer mundo. (OMS, 2013).

Por otra parte, en Latinoamérica alrededor de 18 millones de personas mueren por enfermedades cardiovasculares, de este grupo, 8 millones corresponden a hipertensión arterial y el 80% de estos fallecimientos se dan en países con más alto desarrollo. (Chicaiza, 2015).

En Ecuador de cada 100,000 personas 1,373 sufren de hipertensión arterial, según la OMS lo que coincide con una investigación realizada por la Encuesta Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística y Censo, que llegaron a la conclusión que más de un tercio de los ciudadanos con edad mayor a 10 años es pre-hipertenso y alrededor de 717.529 en edades 10 a 59 años sufre de hipertensión. (PP el verdadero, 2014).

Según Espinoza, et al. (2010), el sexo masculino es el más propenso a tener hipertensión arterial frente al sexo femenino, esto cambia debido a que las mujeres tienen durante un tiempo hormonas protectoras las cuales las protegen de esta enfermedad, al llegar a la etapa donde ocurre la menopausia las hormonas desaparecen y la frecuencia se iguala. Se recomienda estar atento a las mujeres en los años siguientes a la menopausia.

Varias investigaciones han demostrado que el predominio de las HTA en el mundo ocupa un 30 % promedio. En prevalencia y peores controles Latinoamérica ocupa las tasas más altas. (Wyss F, 2016). Lo difícil de este problema es que en un mismo país la prevalencia llega a cambiar mucho y tener gran impacto entre los habitantes. (Wyss F, 2016).

La Organización Panamericana de Salud (OPS) fomenta políticas y proyectos para influir desde la salud pública en la precaución de las HTA. Debido a que solo uno de cada cinco individuos con hipertensión En el Caribe y América Latina logra tener la presión arterial por debajo de 140/90. (OPS/ OMS, 2015).

Según Zubeldia LL, et al. (2016), en términos de mortalidad la hipertensión es un gran factor de riesgo atribuible y modificable en lo que concierne a factores de riesgo cardiovascular.

El predominio de esta aumenta con la edad, puede llegar a causar insuficiencia renal, cardiopatías, mortalidad, accidentes cerebrovasculares y discapacidad prematura. (Prieto, M.I.D, González R.M.C, 2017).

Para 2019 los países de América han adquirido el compromiso de que el 35 % de las personas con hipertensión tengan la presión arterial bajo control. Por el momento solo Canadá con 68%, Cuba con un 36% y Estados Unidos con un 52%, superan la meta. (OPS/ OMS, 2015).

Se espera que para 2025 la hipertensión arterial este afectando a unos 1,500 millones de personas, lo que equivale a un tercio de la población mundial, debido al aumento notable de las tasas de obesidad en la población, así como también el envejecimiento. (Cecil y Goldman, 2013).

Esta enfermedad causa importantes consecuencias a nivel personal, económico y sanitario. Se encuentra en todas las regiones a nivel mundial, afectando a alrededor de 20% de personas. (Carhuallanqui R, Diestra Cabrera G, Tang Herrera J, Málaga G, 2010).

A pesar de los esfuerzos y avances realizados para la detección y tratamiento de la HA, su prevalencia continua en aumento en la población rural y la urbana. (Pérez CMD, Dueñas HA, Alfonso GJ, Vázquez VA, Navarro PD, H del Pozo, et al, 2008).

La hipertensión arterial se considera como uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de padecimientos como: hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia cardiaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, la mortalidad total, la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita. Además de la hipertensión existen otros factores importantes tales como la edad, el género, tabaquismo, colesterol alto, antecedentes de la enfermedad en la familia, diabetes, obesidad y un estilo de vida sedentario. (Martín et al., 2005).

El primer indicio de hipertensión comienza cuando una persona deja de lado el corazón como el principal regulador de las emociones y lo empieza a considerar como una bomba de sangre. Para esto, se tuvo que llegar a la conclusión de que la hipertensión es una variable al igual que la respiración, la frecuencia cardiaca, o la temperatura. Para esto se procedió a inventar un aparato para medirla. (Guerra JP, Caballero MD, Cueto MJ, García Barreto D. 2009).

2.4.1 Clasificación

Primaria o esencial: es aquella hipertensión de origen desconocido, se dice que tiene un componente genético aunque por el momento no se he demostrado un gen responsable de la misma. Es la más común con prevalencia de 90 %. (Brangold, M., et al 2010).

Secundaria: es aquella hipertensión con causa implícita identificable. En los adultos, las causas más comunes identificadas son las enfermedades renales, causas endocrinas, etc. En los adolescentes y niños, la causa principal, son las enfermedades renales. (Abad Alermen, et al. 2015).

Hipertensión de Bata Blanca

Pickering (1988) fue el primer en introducir el termino Hipertensión de Bata Blanca, para referirse a los individuos con una presión arterial elevada en el ambiente clínico, presenta cifras normales en ambientes fueras de este.

Ayman y Golshine (1940) demostraron que la presión arterial que se les registraba a los individuos en sus hogares era más baja que la que se registraba en los hospitales por los médicos.

Por otro lado, muchos han sustituido el nombre por Hipertensión clínica aislada, ya que no se conoce el con exactitud el origen, ya que al parecer el efecto no es inducido única y exclusivamente por la bata blanca, ya que el aumento en la presión ocurre incluso cuando el médico no tiene la bata. (Mancia y Zancheti, 1996; García Vera, Sanz y Labrador, 1999 y Amigo, 1994).

2.4.2 Factores de riesgo de la hipertensión arterial

Si bien es cierto que todavía no se conocen las causas específicas de la hipertensión arterial existen factores que son comunes a las personas que la padecen: dieta alta en sal, grasa, colesterol, diabetes, antecedentes familiares de la enfermedad, falta de actividad física, sobrepeso, consumo de tabaco y alcohol en exceso. (OMS, 2016).

Esta enfermedad puede llegar a convertirse en un factor de riesgo para otras enfermedades, entre estas: el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda , la insuficiencia cardiaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, la mortalidad total, la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita. Sin embargo existen otros factores como la edad, el género, antecedentes en la familia de hipertensión arterial u otra enfermedad cardiovascular precoz, elevación de la presión arterial sistólica o diastólica, uso del tabaco, aumento del

colesterol total, antecedentes de episodios cardiovasculares, accidentes cerebrovascular, diabetes, nefropatía, microalbuminuria. (Baena, del Val García, Tomás, Martínez, Martín, et. al., 2005).

Entre los factores de riesgo de la hipertensión arterial se distinguen los de naturaleza genética y de naturaleza psicosocial. Entre los genéticos están: la edad, el sexo, la raza, y los antecedentes familiares de la enfermedad. Por otro lado en los psicosociales destacan: hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés. (Coca A, De la Sierra A, 2002).

La predisposición genética y los factores ambientales son los que determinan la aparición de la hipertensión arterial. Pero es sabido que la hipertensión también se acompaña de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático, del riñón y del sistema renina-angiotensina y de otros mecanismos humorales.

Es por esto que la hipertensión, produce cambios estructurales del sistema cardiovascular, ocasiona lento y progresivo deterioro, es indolora y silenciosa. (González-Juanatey, Mazón, Soria, Barrios, Rodríguez y Bertomeu, 2003).

Entre los principales factores de riesgo se encuentran:

Edad: existe una gran relación entre la presión arterial y la edad, ya que el 60% de prevalencia de la hipertensión arterial más alta en pacientes con más de 65 años. (Weschenfelder D, Gue J, 2012).

Factores genéticos

Según Ferreras R. (20102), se desconoce a ciencia cierta si existe un gen en específico; el cual influye en el desarrollo de la hipertensión arterial. Esto se debe a que la hipertensión arterial cuenta con una gran interacción compleja de genes. Los factores genéticos pueden llegar a ser modificados por otros ambientales.

Antecedentes familiares

Por otro lado Hernández L, et al (2014), plantean que el riesgo de desarrollar hipertensión aumenta si hay algún antecedente familiar de alguna enfermedad del corazón. Y es aún más grave si algún familiar murió joven de un infarto.

Género

La prevalencia de la hipertensión arterial es parecida entre hombres y mujeres, aunque puede llegar a variar en el sexo masculino hasta los 50 años, a partir de la quinta década cambia. Por otro lado las mujeres son menos propensas en edades más tempranas, debido a que durante la etapa reproductiva producen hormonas, las cuales ayudan a reducir el riesgo de experimentar alguna enfermedad cardiovascular.

Por otro lado, esto no afirma que las mujeres que están en edades fértiles sean inmunes a las enfermedades cardiovasculares. (Weschenfelder D, Gue J, 2012).

Según Pacheco, J. (2010), en los Estados Unidos 1 de cada 17 mujeres, antes de los 60 años de edad, ha presentado un evento coronario, en comparación con 1 de cada 5 hombres. Mientras que después de los 60 años de edad, una de cada 4 mujeres muere de enfermedades coronarias semejante a uno de cada 4 hombres, atribuyéndose esto a una de la principal causa de muerte en las mujeres.

Tabaquismo

El tabaco es considerado como uno de los factores de riesgo importante, este apresura la aterosclerosis (acumulación de grasas, y otras sustancias en las paredes de las arterias) y produce daños vasculares, debido a que el tabaco aumenta los niveles de colesterol, obesidad, etc. (Hernández L, et al, 2014).

Por otro lado Barona Sevilla, A. V. (2015), plantearon que según un informe publicado por la American Heart Association en 1956, afirmaba que la evidencia que se tenía sobre el tabaquismo como una causa real de cardiopatía; no era bastante para dar por hecho que consumir cigarrillo influían en el desarrollo de las enfermedades coronarias.

Sin embargo, El Framingham Study y el Albany Cardiovascular Health Center Study más tarde demostraron que los fumadores tenían un alto riesgo de infarto o muerte súbita. Esto tenía relación con los cigarrillos que utilizaban al día. Por otro lado los pacientes que eran ex fumadores tenían una morbimortalidad por EC igual a la de las personas que no habían fumado nunca. Más adelante estos resultados fueron corroborados por otros estudios epidemiológicos, donde le dieron lugar al tabaquismo como un factor importante en los programas de prevención realizados.

Sobrepeso y obesidad

Se demostró que el 70 % de los casos sobre hipertensión arterial se le asigna al aumento de sobrepeso u obesidad. El aumento de peso tiende a relacionarse con la hipertensión arterial desde edades temprana y vida adulta. (Weschenfelder D y Gue J, 2012).

Barona Sevilla, A. V. (2015) plantea que un factor importante para evitar las enfermedades cardiovasculares, se encuentra en la prevención y el monitoreo de la obesidad y el sobrepeso en niños como en adultos.

2.4.3 Evaluación

Para Prince JC (2007), la evaluación de los pacientes hipertensos debe basarse en por lo menos seis objetivos:

- Evaluación del estilo de vida que lleva el paciente.
- Identificar factores de riesgo vasculares coexistentes.
- Buscar si existen causas curables de la enfermedad.
- Determinar si la HT es mantenida o no, así como también su magnitud.
- Identificar la presencia de la enfermedad en órganos diana.
- Determinar si existen otras enfermedades simultáneas con la hipertensión que pudieran afectar el tratamiento y el diagnóstico.

2.4.4 Hipertensión y emociones

Las múltiples investigaciones realizadas sobre el papel de las emociones en la salud, han motivado a los investigadores a evaluar el funcionamiento emocional de los pacientes con hipertensión, centrándose en las tres emociones negativas: depresión, ira y la ansiedad. (Molerio, 2004).

Fernández Abascal E, Martín D, Domínguez FJ (2003) plantean que parte de los cambios que ocurren con la presión arterial, se deben a la actividad psicológica, precisamente los procesos emocionales.

Varias investigaciones han demostrado que con frecuencia los pacientes con hipertensión arterial, presentan síntomas asociados a la depresión, los más frecuentes son: tristeza, aislamiento, pérdida de energía, dificultades para concentrarse, etc. (Reynoso L, Seligson I. 2003).

Varios investigadores en su intento de crear el perfil psicológico del paciente hipertenso, llegaron a la conclusión de que las variables psicológicas en mantenimiento y desarrollo de la hipertensión arterial puede llegar a ser confusas, ya que no se ha podido descifrar si las variables psicológicas son causas o consecuencias de la enfermedad, esto se debe a que los pacientes utilizados en las investigaciones son pacientes hipertensos ya diagnosticados y muchas veces ya sometidos a tratamientos farmacológico antihipertensivo. (Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. 1998).

Investigaciones han demostrado que las reacciones emocionales como la ira, ansiedad y la tristeza tienen relación fisiológicas que afectan la presión arterial, por lo que hoy en día, hipertensión arterial es considerada como un trastorno psicofisiológico. (Molerio & García, 2004b).

2.4.5 Ansiedad e Hipertensión

Los pacientes hipertensos tienen alta posibilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras enfermedades crónicas. Debido a que la ansiedad posee una asociación natural por las reacciones fisiológicas que esta implica y su sintomatología. (Sherbourne, Kenneth, Wells y Lewis, 1996).

Por otro lado, Sommers y Greenberg (1989), plantearon que los hipertensos presentan gran dificultad con la expresión de la cólera y gran ansiedad interpersonal, también utilizan frecuentemente mecanismos defensivos en sus experiencias emocionales.

2.4.6 Ira e hipertensión

Diamond (1982), plantea que la ira y la hostilidad se postulan como relevantes variables, las cuales influyen en el desarrollo y empeoramiento de la hipertensión.

En un estudio realizado con pacientes hipertensos y personas normotensos (presión sanguínea normal) donde se utilizó el inventario de expresión de la ira (STAXI- 2) , el cual dio como resultado que los sujetos normotensos, se distinguen de los hipertensos por la continuidad con la que manifiestan la ira , haciendo gran distinción en los pacientes hipertensos un perfil en la ira interna la cual se caracteriza por frenar o suprimir la expresión . (Miguel Tobal, J. J., et al 2001).

Por otro, lado existe otra variable, la cual ha sido también vinculada muchas veces con los trastornos hipertensivos. Patrón de conducta tipo A la cual se caracteriza por lo siguiente:

Según Friedman y Ulmer (1984) el patrón de conducta tipo A, es aquella la cual se caracteriza por una acusada competitividad y ambición, hostilidad y sentido de urgencia. Este patrón comportamental, está asociado a enfermedades cardiovasculares, varias investigaciones han demostrado que las personas reaccionan a situaciones estresantes con aumentos exagerados en la presión arterial y tasa cardíaca. (Bermúdez, 1984).

Algunas investigaciones señalan que aunque la variable tipo A, constituye un factor de riesgo en las enfermedades cardiocoronarias, no hay hasta el momento relación con la hipertensión. (González y Amigo, 1992).

2.4.7 Papel del estrés en la Hipertensión Arterial Esencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) ha hecho hincapié en el importante papel que tiene el estrés en los trastornos hipertensivos; aunque ha hecho énfasis en que es difícil cuantificar la influencia de este en el desarrollo de estas enfermedades, debido a que no se tiene evidencia que atribuya al estrés un papel determinante en origen de la hipertensión, si se reconoce que en mayor en menor medida estos tienen relación.

El estrés juega un papel significativo, ya que el gasto cardiaco aumenta, debido a la activación beta adrenérgica asociada con los factores de comportamientos mediante los cuales se desencadenan reacciones de defensas, incrementando la activación beta. (Obriest, 1981).

Por otro lado, en algunas condiciones el estrés puede generar estados emocionales negativos como lo son la ansiedad y la depresión, los cuales pueden desencadenar o agudizar determinados trastornos como lo es la hipertensión. (Molerio y García, 2004a).

2.4.8 Psicocardiología

Desde la década de 1970 que se estableció la Psicología de la Salud, esta ha intentado buscar soluciones a muchas de las enfermedades. Surgió por una nueva forma de pensamiento con respecto al proceso de salud-enfermedad. (Godoy JF, 1999).

Según Mirtha Laham (2009) la psicocardiología se originó como un área derivada de la psicología de la salud. Identifica y trabaja sobre los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de enfermedades coronarias que impiden su recuperación.

El concepto de psicocardiología, se refiere a todos los aspectos psicológicos que se relacionan con cualquier enfermedad cardiovascular, pero no solo en la prevención primaria y secundaria o su rehabilitación, sino también a la hospitalización, estado grave, emociones que conlleva la enfermedad, actitudes y comportamientos sexuales. También demanda atención psicológica por el daño que se pudiera generar en las funciones cognitivas, también incluir a las familias en el proceso. (Rodríguez T, 2008).

Esta disciplina de reciente auge se considera como importante, tomando en cuenta que cuando se interviene de manera positiva en las emociones se favorece la competencia inmunológica del individuo que es fundamental cuando se realizan procedimientos invasivos,

como cateterismo, la implantación del marcapaso, la coronariografía, hasta las grandes cirugías cardiacas. (Arce S, 2007).

Hace un siglo solo el 10% de las muertes se debían a enfermedades cardiovasculares, en la actualidad, constituyen la primera causa de fallecimientos en diversos países del mundo desarrollado y en vías de desarrollarse. En el 2020 se estima que podrían morir alrededor de 25 millones de personas y sobrepasaran las enfermedades infecciosas como causa de mortalidad. (Gaziano M, 2006).

2.4.9 Estrategias de afrontamiento e hipertensión arterial

Según el modelo psicosocial de estos autores, existe una interrelación entre el cuerpo y la mente, el cual plantea que los problemas somáticos de la presión arterial, los estados emocionales negativos (depresión y ansiedad), son el resultado de un afrontamiento inadecuado de las situaciones de estrés. Por lo cual es necesario constituir el vínculo entre estrés, presión arterial y las estrategias que usa la persona para afrontarla en un momento preciso. (Lemos, Restrepo y Richard, 2010).

El uso de estas estrategias se desarrolla por la modificación individual en la personalidad y por los aprendizajes anteriores. (Merino, Manrique, Angulo, & Isla, 2007); la estrategia que el individuo utiliza al momento de enfrentarse a un estímulo altamente estresor, tiene influencia en la forma que el individuo asuma la situación como estresante, eliminando la apreciación de estrés y ayudando a la adaptación al medio. De esta forma los componentes estructurales de la personalidad, moderan las diferencias individuales, a través de elementos que ayudan a la instauración de elementos que permiten cultivar el manejo de las situaciones (Gonzales, 2007).

Es importante resaltar que la constitución de la personalidad se lleva a cabo dentro de un contexto social y dinámico, desde tempranas edades mediante periodos de procesamiento de la información cognitivo emocional unido al interpersonal. (Caprara y Zimbardo, 1996).

Por otro lado los estilos de afrontamiento activos y pasivos. Los activos hacen mención a aquellos esfuerzos hechos por el individuo para seguir adelante con su vida a pesar del dolor. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y está ligado con un nivel superior de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos (Carrobbles et al., 2003). Mientras los estilos pasivos tienen tendencia a perder el control sobre las circunstancias y se pasa a vivir a expensas de otros. Estos estilos pasivos se han vinculado con un crecimiento en el rigor del dolor, depresión y un aumento en el deterioro funcional (Brown y Nicassio, 1987; Brown, Nicassio y Woolston, 1989).

Según Lazarus y Folkman. (1984), cuando la persona se encuentra frente a una situación estresante, hace valoración cognitiva, puede ser primaria como secundaria. La valoración primaria es aquella donde el individuo evalúa las consecuencias que puede traer la situación para su vida, mientras que en la secundaria, piensa en los recursos que tiene para reducir o esquivar las negativas consecuencias de las situaciones.

Desde este planteamiento se define el afrontamiento como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 164).

Martin, Jiménez y Fernández Abascal, (2002) plantean que el afrontamiento se desenvuelve a través de estrategias, las cuales pueden variar y moldearse para ser utilizadas como estilo de reacción personal, según la situación a la que se enfrente.

En un estudio realizado con inmigrantes de Nueva York para ver cuál era la relación entre las estrategias de afrontamiento circunstanciales y la presión arterial. Se demostró que la exhibición extensa al estrés y a las estrategias de afrontamiento maladaptativas llegan a afectar la salud cardiovascular de los individuos. Llegaron a la conclusión de que cuando el individuo tiene estrategias de afrontamiento enfocados en las emociones, se dan menores niveles de presión arterial, antes y después del evento que le causa estrés. (Lee y Suchday, 2009).

Por su lado, Cea, Brazal y González-Pinto (2001) querían saber la relación que tenían las estrategias de afrontamiento y la presión arterial, como un estilo en el individuo. Estos encontraron que en los individuos hipertensos, predominan habilidades de afrontamiento cognitivas y no suelen buscar apoyo emocional en las demás personas.

Se realizó una investigación, donde se aplicó el cuestionario estado- rasgo de Spielberger a 42 pacientes hipertensos y 25 pacientes normotensos. Se demostró que los individuos con hipertensión arterial tienen mayores niveles de rasgos de ansiedad que los normotesos, lo que llevo a la conclusión de que estos dos grupos, tienen claramente diferencias de personalidad. (Sanz, García-Vera, Magán, Espinosa y Fortuna, 2010)

En su intento de estudiar la relación entre la presión arterial y la psicopatología, de Geus, Van Dyck et al (2009) realizaron una investigación, donde tomaron una muestra de 2.028

personas con depresión y ansiedad, 1384 no tomaban antidepresivos, mientras que 644 si tomaban antidepresivos tricíclicos, y un grupo control de 590.

Con este estudio se llegó a la conclusión de que los pacientes depresivos tenían menores niveles de presión arterial sistólica, por lo que era menos propensos a sufrir hipertensión.

2.5 Contextualización de la investigación

Esta investigación se realizó en el Instituto Dominicano de Cardiología (IDC), con pacientes hipertensos que llevan tiempo conociendo su condición, y en edades de 35 a 75 años.

El IDC, es una institución sin fines de lucro, fruto de la iniciativa de un grupo de prestigiosos cardiólogos, que unieron sus esfuerzos para ofrecer una asistencia médica dentro del área cardiovascular a partir del año 1964.

Misión: Proporcionar servicios de salud a la población que requiera atención ambulatoria o internamiento de manera humanizada de forma integral, oportuna, continua, con calidad, apoyado en normas, sin discriminaciones de carácter étnico, económico, cultural o de procedencia.

Visión: Ser la institución líder en los servicios cardiovasculares, la formación médica continua y la investigación científica, para optimizar la salud de nuestros pacientes.

Valores: vocación de servicio, excelencia, integridad, relaciones humanas, trabajo en equipo, ética, responsabilidad, credibilidad.

Para el diagnóstico de la enfermedad se ajustan a las guías y clasificación americana que considera la presión alta entre los siguientes valores: 130-180 MmHg.

Capítulo 3
Marco Metodológico

3.1 Tipo de Estudio

Es un estudio de tipo descriptivo-exploratorio que permitió describir el bienestar psicológico (calidad de vida) y autoestima de los pacientes con hipertensión. Según Sampieri (1998, pag 60), los estudios descriptivos son aquellos que explican las circunstancias y eventos, describen las características de las personas o situaciones que sean sujeto a algún tipo de estudio. En este se describió la calidad de vida en general de las personas con hipertensión del mencionado centro de atención, por lo tanto, es considerado como descriptivo. El estudio está también acompañado de un enfoque cuantitativo mediante el cual se plantea la realidad de éstos en su contexto natural; con una línea temporal transversal y de fuente primaria.

3.2 Método de investigación

El método de investigación que se utilizó fue la encuesta. Según García Ferrando, (1993) una encuesta “es una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características”.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Luego de haber seleccionado una muestra representativa de la población a estudiar, se procedió a pasar una encuesta que evaluaba el bienestar psicológico y autoestima de los pacientes que se presentaron al instituto que correspondían al rango de edad establecido.

Se utilizó una encuesta por la facilidad y rapidez en la administración, además de que permitió conseguir datos precisos y concisos sobre los objetivos a los que queríamos darle respuesta.

3.4 Descripción y validación de los instrumentos

Para lograr los objetivos de la investigación se creó una encuesta, y para su realización se tomó como referencia, la “Escala de Autoestima de Rosenberg”. Estuvo compuesta por 21 ítems o preguntas, tanto sobre bienestar psicológico como de autoestima, así como también de estrategias de afrontamiento a la enfermedad, dichas preguntas eran cerradas.

Las preguntas que forman la encuesta son elementos que componen tanto el bienestar psicológico como la autoestima.

El instrumento fue evaluado por los asesores asignados a la investigación, con el mismo objetivo también se aplicó una prueba piloto a 10 pacientes pertenecientes a la población de pacientes hipertensos, donde se encontró preguntas mal abordadas, esto se hizo para comprobar que todo estuviera en| orden y que las preguntas pudieran ser entendidas, luego se hicieron las correcciones de lugar según lo observado.

El instrumento fue diseñado a partir de los objetivos planteados y las preguntas de investigación.

3.5 Universo y muestra

3.5.1 Universo

La población estuvo compuesta por los pacientes que asistieron al Instituto Dominicano de Cardiología durante el periodo octubre 2018-enero 2019.

3.5.2 Muestra

La muestra fue de 100 pacientes. Se utilizó un análisis de muestreo no probabilístico de selección intencional. Fueron aplicadas veinte encuestas durante cinco días.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

En esta investigación se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial entre 35-75 años atendidos en el Instituto Dominicano de Cardiología, también aquellos que estén llevando un tratamiento farmacológico para la enfermedad. Por otro lado, la investigación se realizó sin distinción de género, pudiendo participar tanto hombres como mujeres. Formaron parte de la investigación también aquellos pacientes hipertensos dispuestos a colaborar con la misma.

3.6.2 Criterios de exclusión

Pacientes que presenten algún trastorno mental, ni aquellos que no tuvieran un diagnóstico formal de hipertensión arterial. Por último, no se incluirán personas menores de 35 años y mayores de 75.

3.7 Procedimientos

En primer lugar, se solicitó una carta a la universidad en la que se requería el permiso del Instituto de Cardiología para realizar la investigación.

Luego, se procedió a visitar el lugar con una cita previa, en la cual se interactuó con el director del mismo (Ernesto Díaz), explicándole en qué consistía el estudio y qué queríamos lograr con éste.

Después de ser otorgada la autorización, se empezó a aplicar el instrumento a los pacientes, preguntándoles en primer lugar si estaban diagnosticados con hipertensión y si cumplían con el rango de edad que se buscaba. Se les brindó una explicación clara y concisa sobre lo que se estaba realizando, además cada uno de ellos firmó un consentimiento, el cual corrobora su aprobación para participar en la encuesta.

3.8 Plan de análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron registrados estadísticamente, a través de tablas y gráficos, estos describen la realidad encontrada con la investigación. Se analizaron a la luz del marco teórico y de manera cualitativa. El análisis antes expuesto aparece en el apartado IV, en las conclusiones se pueden apreciar cómo fueron alcanzados los objetivos y las respuestas de las preguntas. Luego de las conclusiones se encuentran las recomendaciones, de acuerdo a lo encontrado en la investigación y el criterio de las investigadoras.

Capítulo 4
Presentación y análisis de los resultados

4.1 Presentación de los resultados

A continuación se presentarán los resultados arrojados luego de la aplicación de la escala a través de tablas y gráficos:

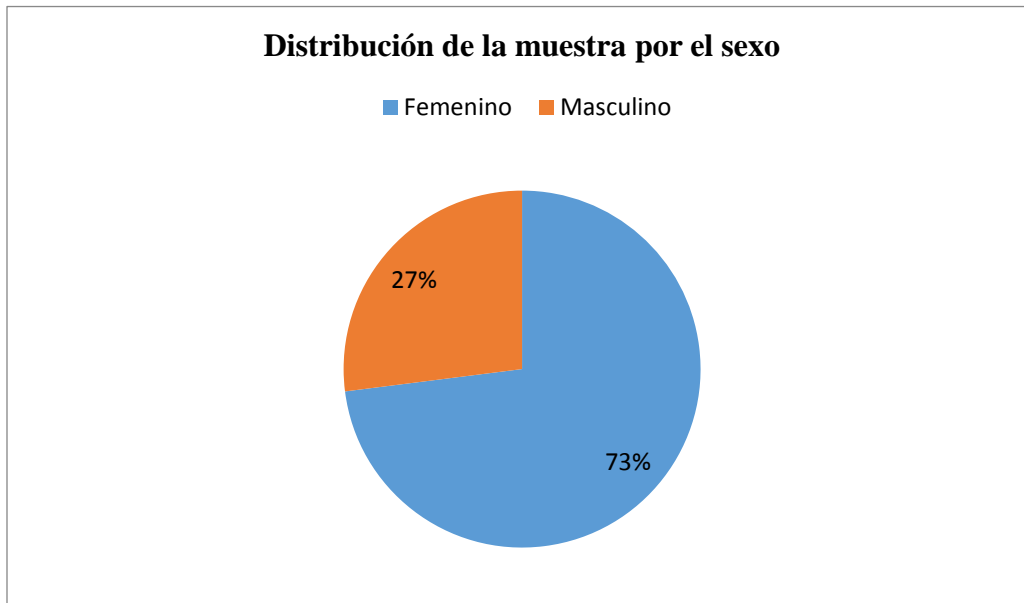
Distribución de la muestra por el sexo

Tabla 1

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	73	73%
Masculino	27	27%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 1



Fuente: tabla 1

En esta tabla se puede apreciar que el mayor porcentaje de la muestra encuestada corresponde al sexo femenino, pudiendo indicar que en esta población las mujeres son más propensas a desarrollar hipertensión arterial que los hombres.

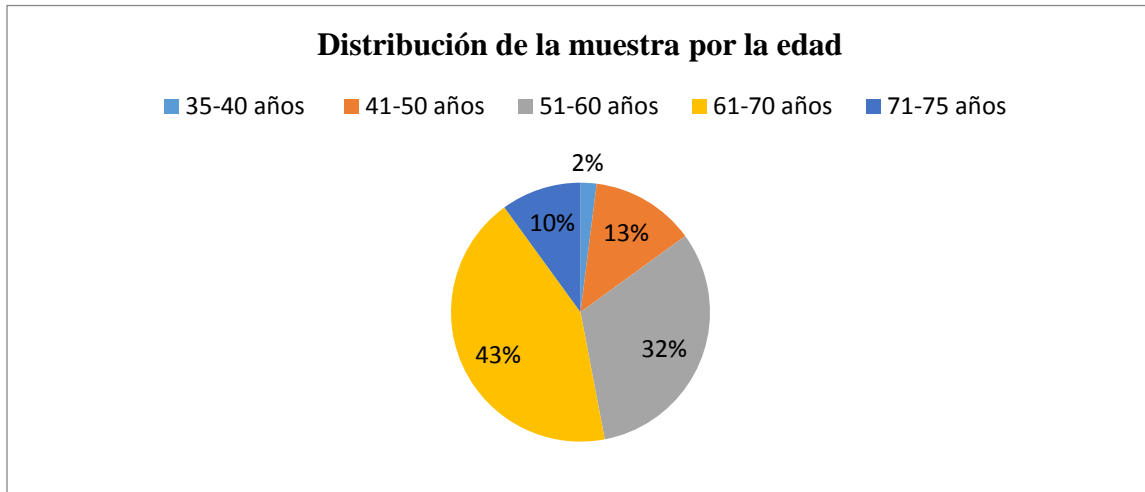
Distribución de la muestra por la edad

Tabla 2

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
35-40 años	2	2%
41-50 años	13	13%
51-60 años	32	32%
61-70 años	43	43%
71-75 años	10	10%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfico 2



Fuente: tabla 2

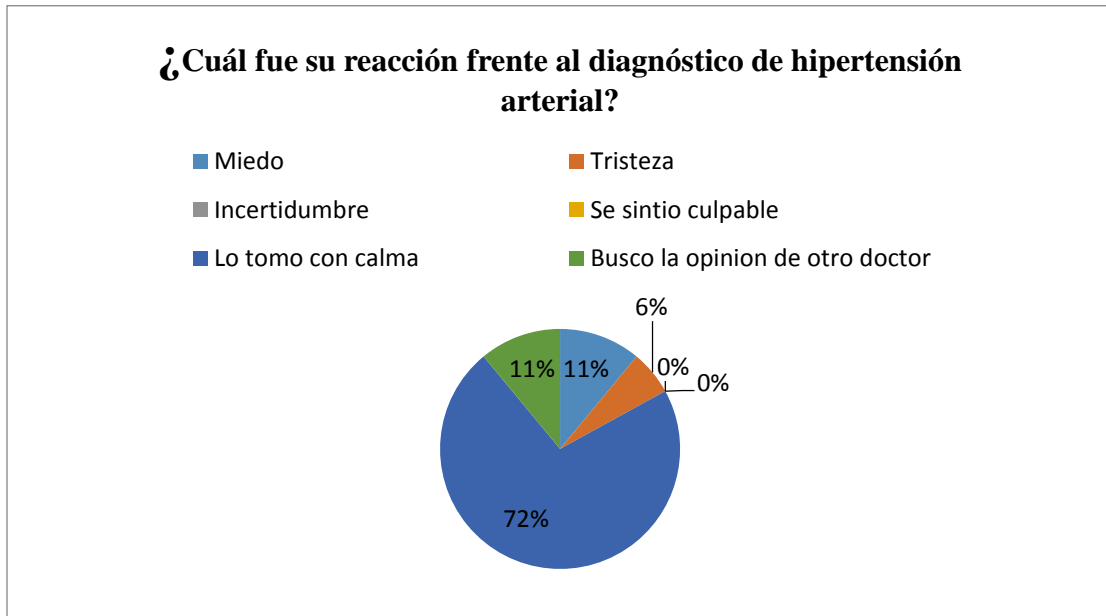
De acuerdo con estos resultados, la mayoría de los pacientes encuestados están en un rango de edad entre los 61-70 años representando un 43% de la muestra, luego le siguen aquellos entre 51-60 años con un 32%, continuando con las edades entre 41-50 años. Por otro lado, los de 71-75 años representan el 10% de la muestra, mientras que la minoría está representada por los de menor edad 35-40 años con un 2%.

Tabla 3. ¿Cuál fue su reacción frente al diagnóstico de hipertensión arterial?

Reacción	Frecuencia	Porcentaje
Miedo	11	11%
Tristeza	6	6%
Incertidumbre	0	0%
Se sintió culpable	0	0%
Lo tomó con calma	72	72%
Buscó la opinión de otro médico	11	11%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 3



Fuente: tabla 3

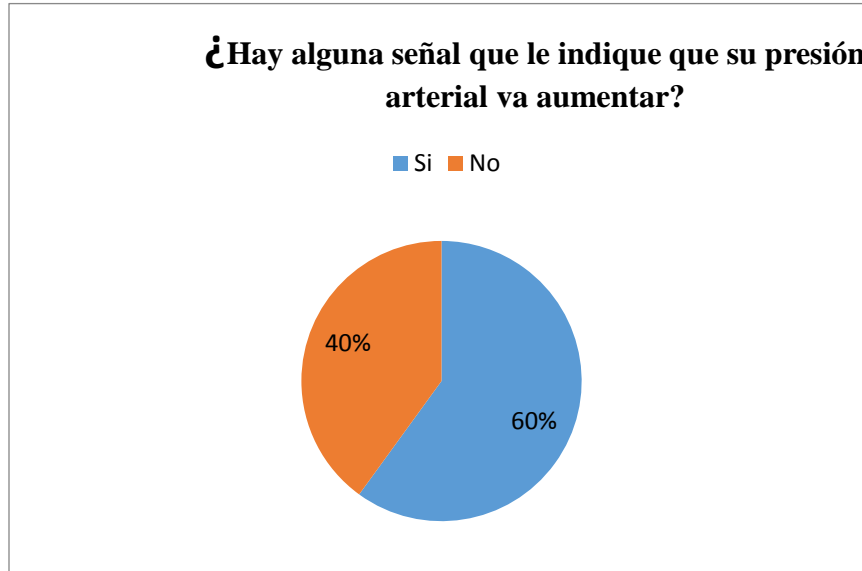
Respecto a la reacción de los pacientes cuando fueron diagnosticados con la enfermedad se pudo determinar que la mayoría de los entrevistados (72%) “lo tomó con calma”, un 11% expresó sentir miedo y otro 11% dijo que buscó la opinión de otro médico, por otro lado un 6% refirió sentir tristeza. Ninguno resaltó haber sentido culpa o incertidumbre.

Tabla 4. ¿Hay alguna señal que le indique que su presión arterial va aumentar?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	60%
No	40	40%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 4



Fuente: tabla 4

En este caso un 60% dijo sentir una señal que le indica cuando la presión arterial le aumentará, mientras que un 40% expresó no sentir ningún síntoma o señal.

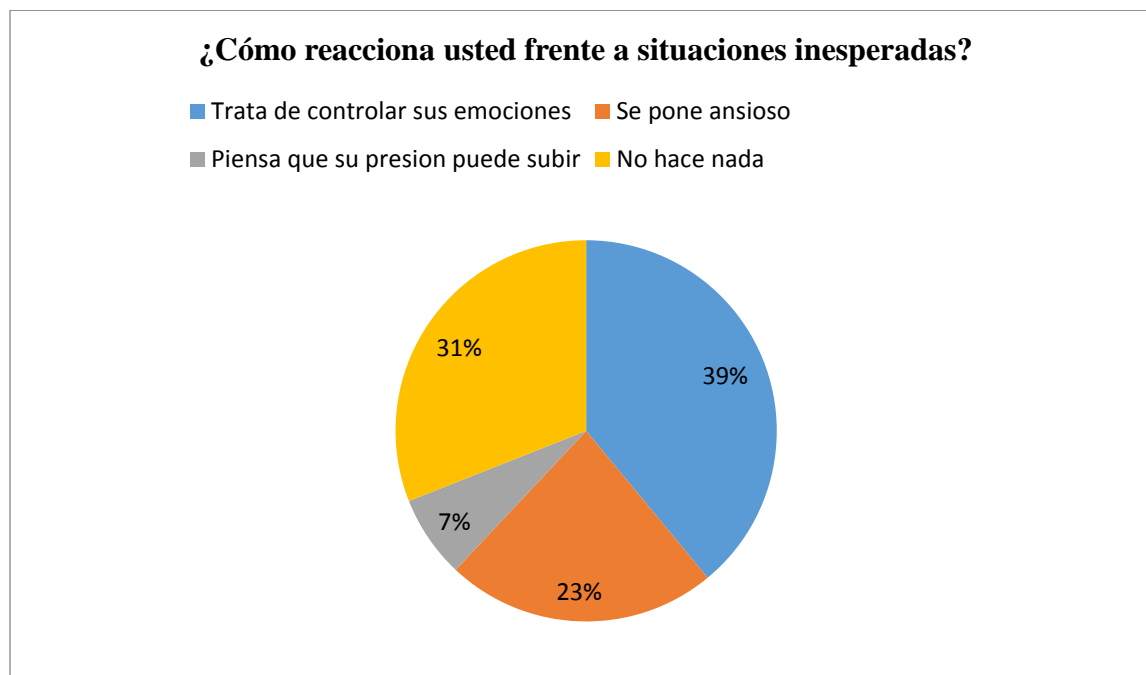
Tabla 5. ¿Cómo reacciona usted frente a situaciones inesperadas?

Reacción	Frecuencia	Porcentaje
Trata usted de controlar sus emociones	39	39%
Se pone ansioso	23	23%
Piensa que su presión puede subir	7	7%

No hace nada	31	31%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 5



Fuente: tabla 5

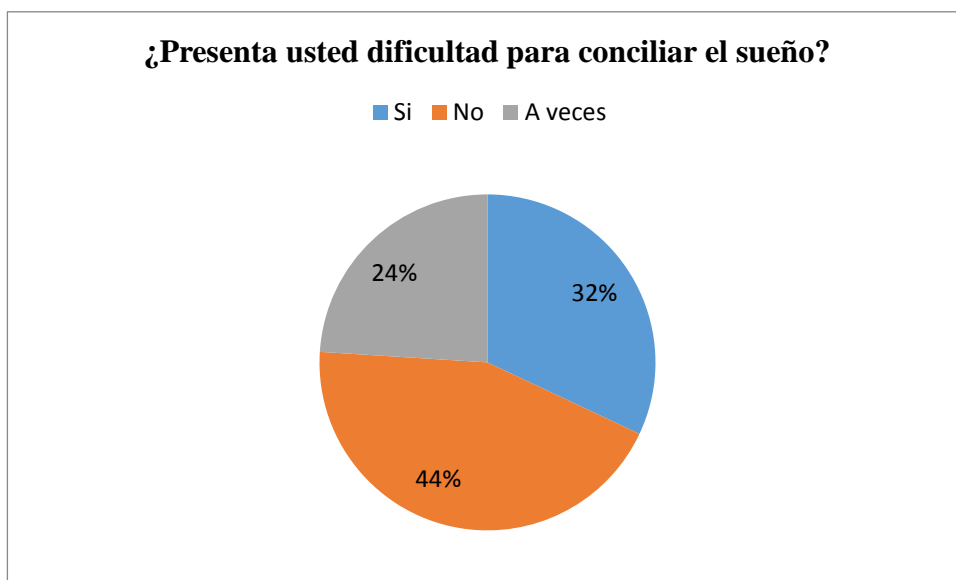
Un 39% respondió que ante situaciones inesperadas trata de controlar sus emociones, solo un 7% piensa que su presión puede subir. Por otro lado el 31% dijo que no hace nada, el 23% expresó ponerse ansioso.

Tabla 6. ¿Presenta usted dificultad para conciliar el sueño?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	32%
No	44	44%
A veces	24	24%
Total	100	100%

Fuente encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 6



Fuente: tabla 6

Según los datos obtenidos un 44% dijo que no presentaba dificultad para conciliar el sueño. Un 32% afirmó que si presenta dificultad con el sueño, mientras que un 24% expresó que a veces.

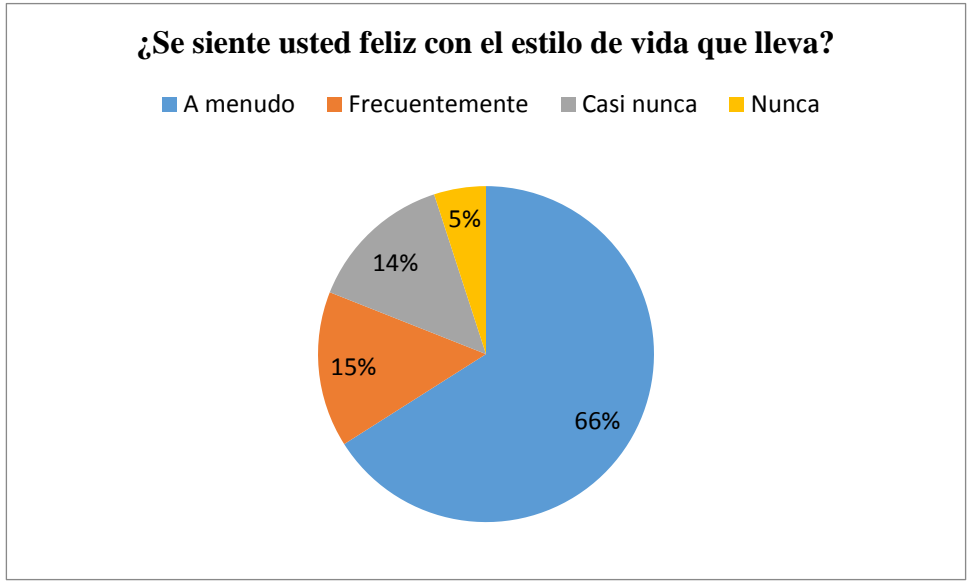
Tabla 7. ¿Se siente usted feliz con el estilo de vida que lleva?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	66	66%
Frecuentemente	15	15%
Casi nunca	14	14%
Nunca	5	5%

Total	100	100%
-------	-----	------

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 7



Fuente: tabla 7

La mayoría de los pacientes (66%), afirmó que se siente feliz con la vida que lleva, mientras que un 15% dijo que frecuentemente, un 14% sostuvo que casi nunca y un 5% expresó que nunca se sienten feliz con el estilo de vida.

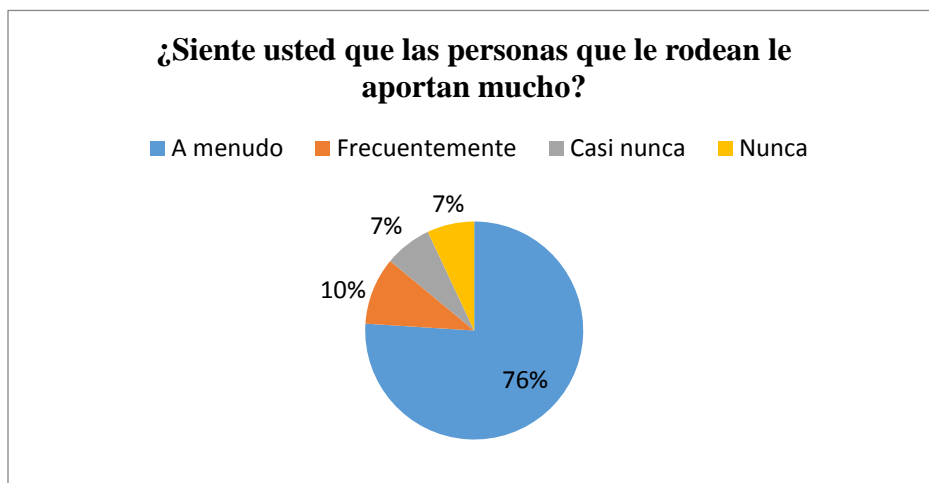
Tabla 8. ¿Siente usted que las personas que le rodean le aportan mucho?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	76	76%
Frecuentemente	10	10%
Casi nunca	7	7%
Nunca	7	7%

Total	100	100%
-------	-----	------

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial de IDC

Gráfica 8



Fuente: tabla 8

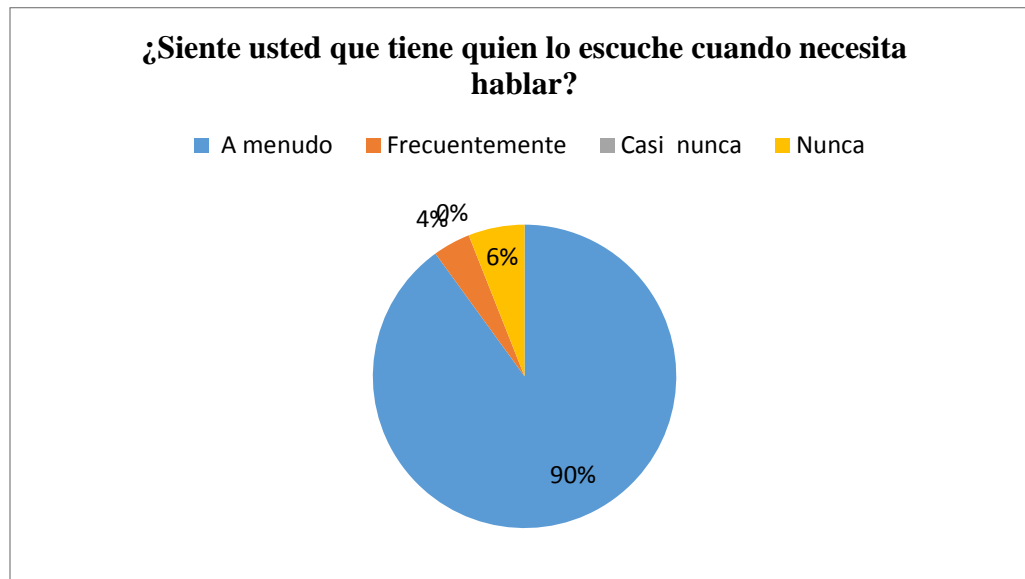
El 76% de la muestra siente que las personas a su alrededor le aportan mucho, un 10% dijo que frecuentemente le aportan, mientras que un 7% dijo que casi nunca y un 7% por igual dijo que nunca.

Tabla 9. ¿Siente usted que tiene quien lo escuche cuando necesita hablar?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	90	90%
Frecuentemente	4	4%
Casi nunca	0	0%
Nunca	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial de IDC

Gráfica 9



Fuente: tabla 9

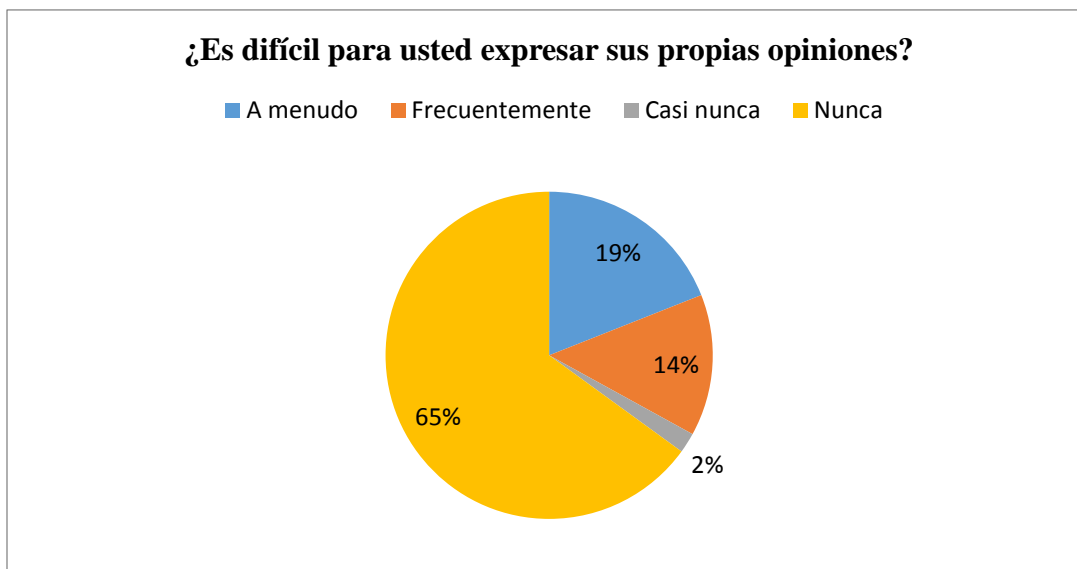
La gran mayoría de los pacientes (90%) siente que tiene quien los escuche cuando necesitan hablar, un 4% expresó que frecuentemente, una mínima parte (6%) refirió que no tenía a nadie que lo escuchara.

Tabla 10. ¿Es difícil para usted expresar sus propias opiniones?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	19	19%
Frecuentemente	14	14%
Casi nunca	2	2%
Nunca	65	65%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 10



Fuente: tabla 10

En este caso el 65% de la muestra afirmó que no presentaba dificultad en cuanto a expresar sus propias ideas y opiniones, por otro lado un 19% expresó que a menudo, un 14% dijo que frecuentemente y un 2% casi nunca.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
-----------	------------	------------

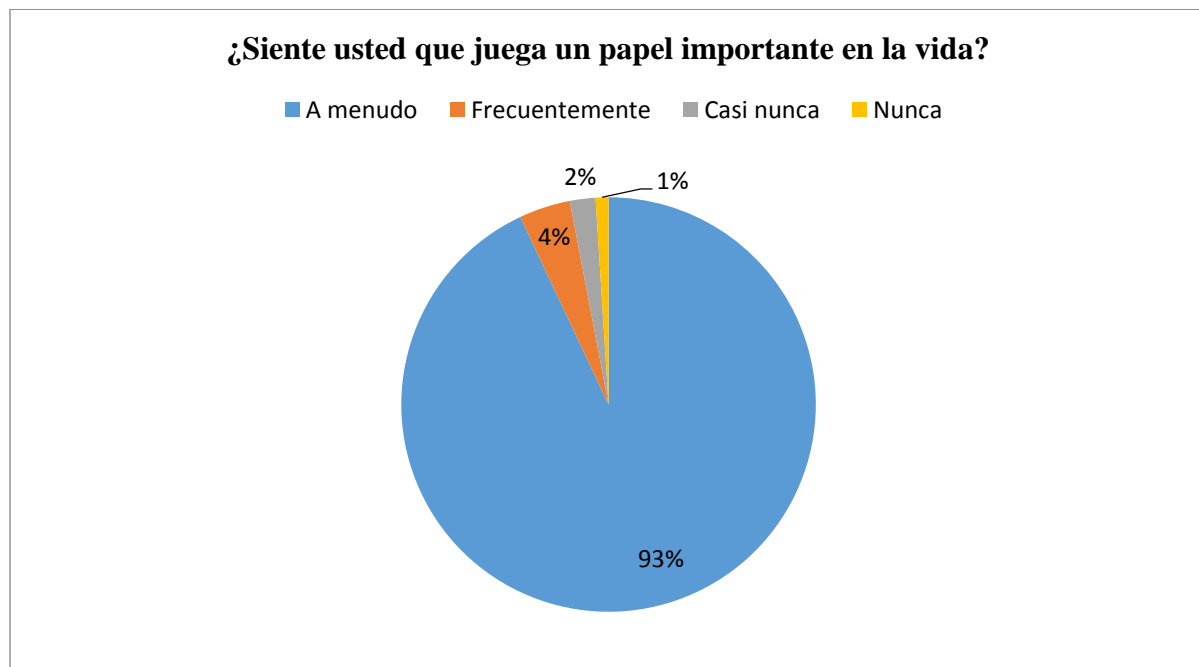
Tabla 11.
que juega un
importante

A menudo	93	93%
Frecuentemente	4	4%
Casi nunca	2	2%
Nunca	1	1%
Total	100	100%

**¿Siente usted
papel
en la vida?**

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 11



Fuente: tabla 11

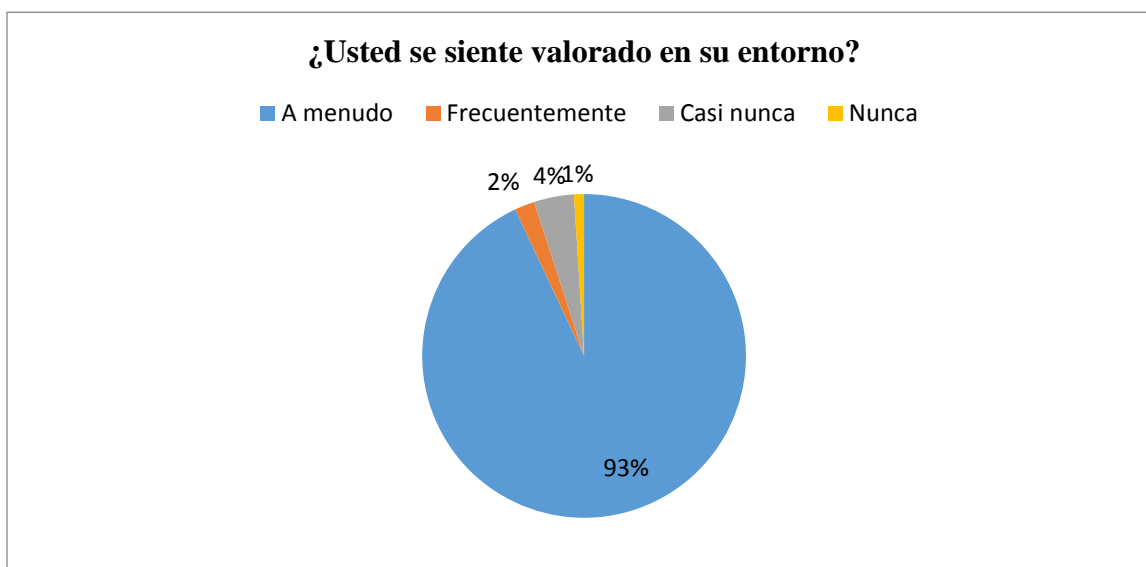
Según los datos obtenidos el 93% de los pacientes sienten que juegan un papel importante en la vida, un 4% expresa que frecuentemente, un 2% casi nunca, por ultimo un 1% dijo nunca sentir que juega un papel importante en la vida.

Tabla 12. ¿Usted se siente valorado en su entorno?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	93	93%
Frecuentemente	2	2%
Casi nunca	4	4%
Nunca	1	1%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 12



Fuente: tabla 12

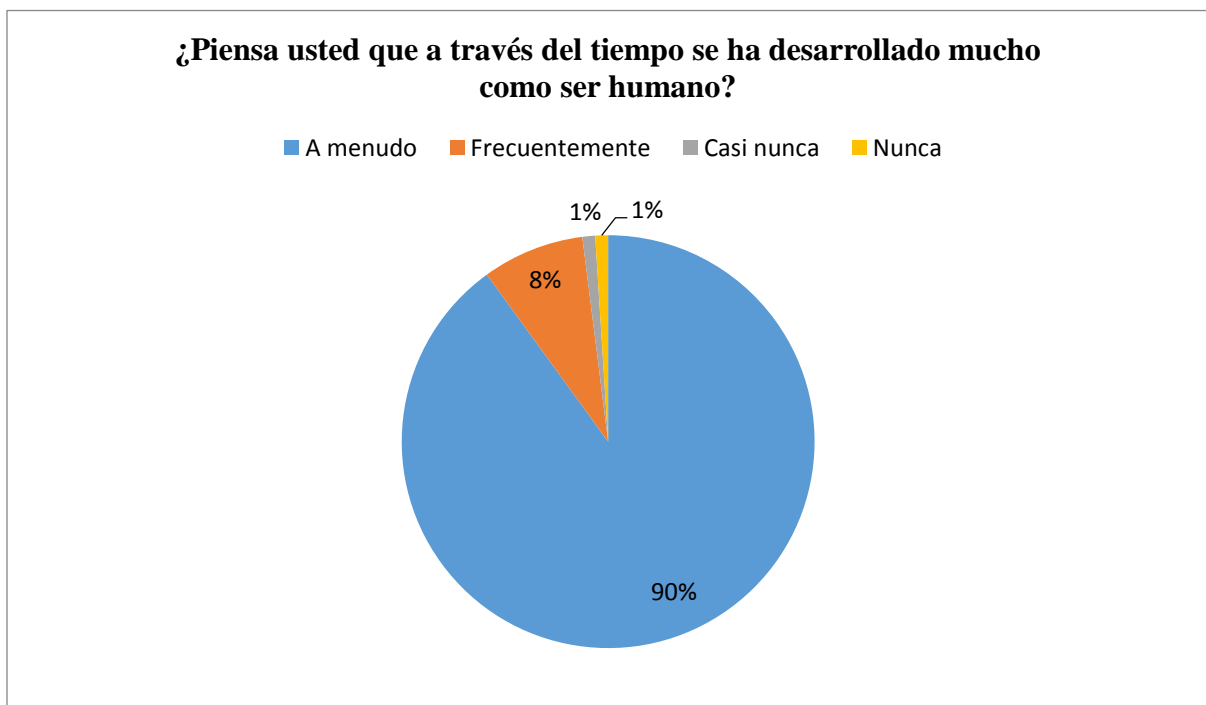
Los datos arrojados muestran que el 93% de la población se siente valorado en su entorno, mientras que un 2% dijo que frecuentemente se siente valorado, un 4% dijo que casi nunca y solo 1% dijo que nunca.

Tabla 13. ¿Piensa usted que a través del tiempo se ha desarrollado mucho como ser humano?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	90	90%
Frecuentemente	8	8%
Casi nunca	1	1%
Nunca	1	1%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 13



Fuente: tabla 13

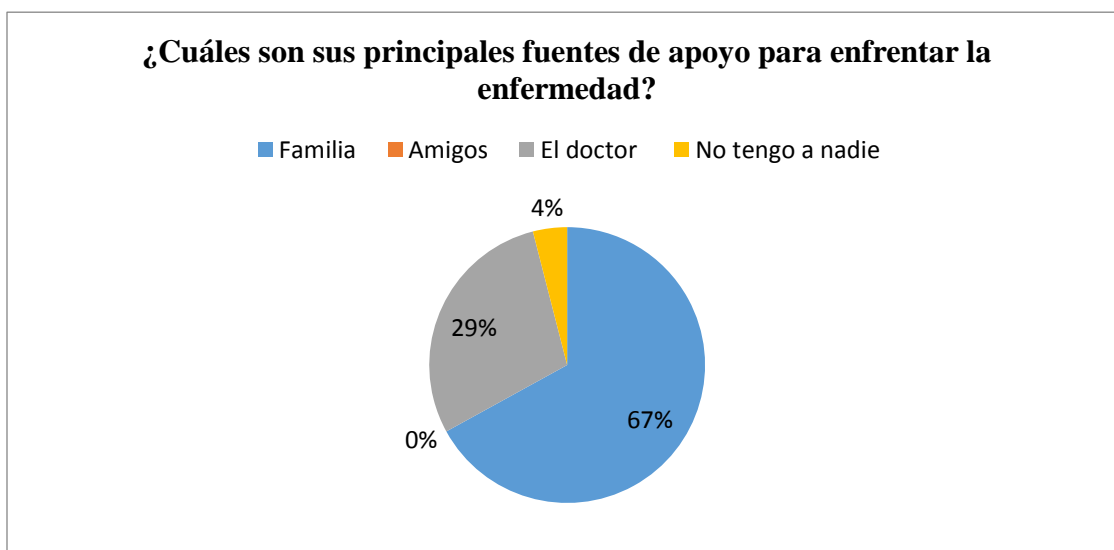
Un 90% de los pacientes considera que se ha desarrollado mucho como ser humano, un 8% expresó que frecuentemente, mientras que solo un 1% dijo que casi nunca y un 1% por igual dijo que nunca.

Tabla 14. ¿Cuáles son sus principales fuentes de apoyo para enfrentar la enfermedad?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Familia	67	67%
Amigos	0	0%
El doctor	29	29%
No tengo a nadie	4	4%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 14



Fuente: tabla 14

Según estos resultados para un 64% de la población su principal fuente de apoyo es la familia, mientras que un 29% dijo que el doctor, por otro lado solo un 4% expresó que no cuenta con nadie.

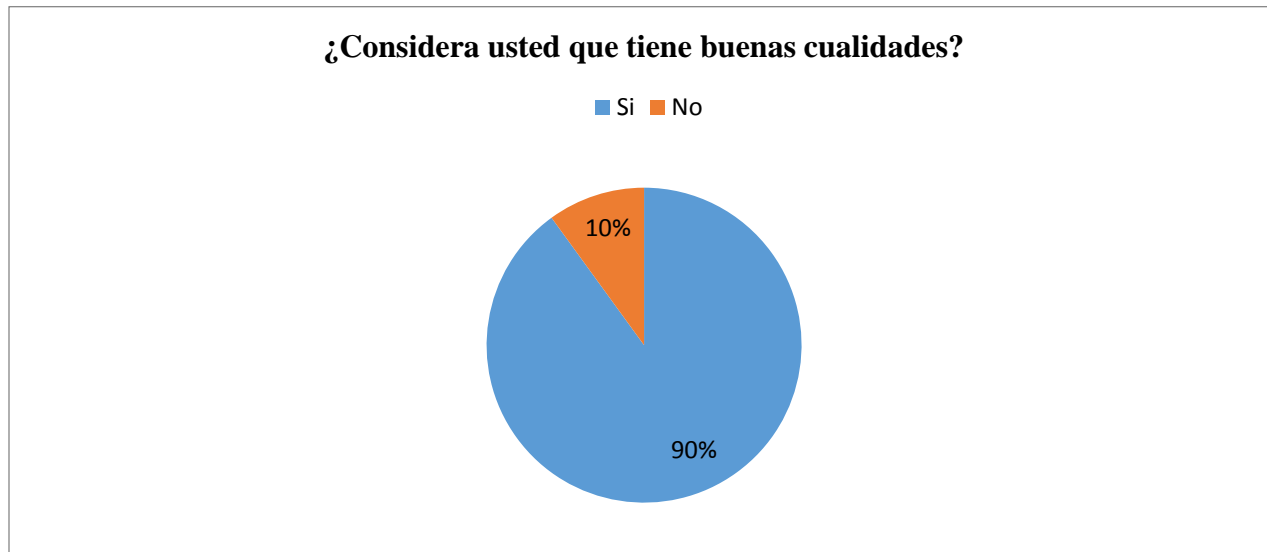
Tabla 15. ¿Considera usted que tiene buenas cualidades?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	90%
No	10	10%

Total	100	100%
--------------	------------	-------------

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 15



Fuente: tabla 15

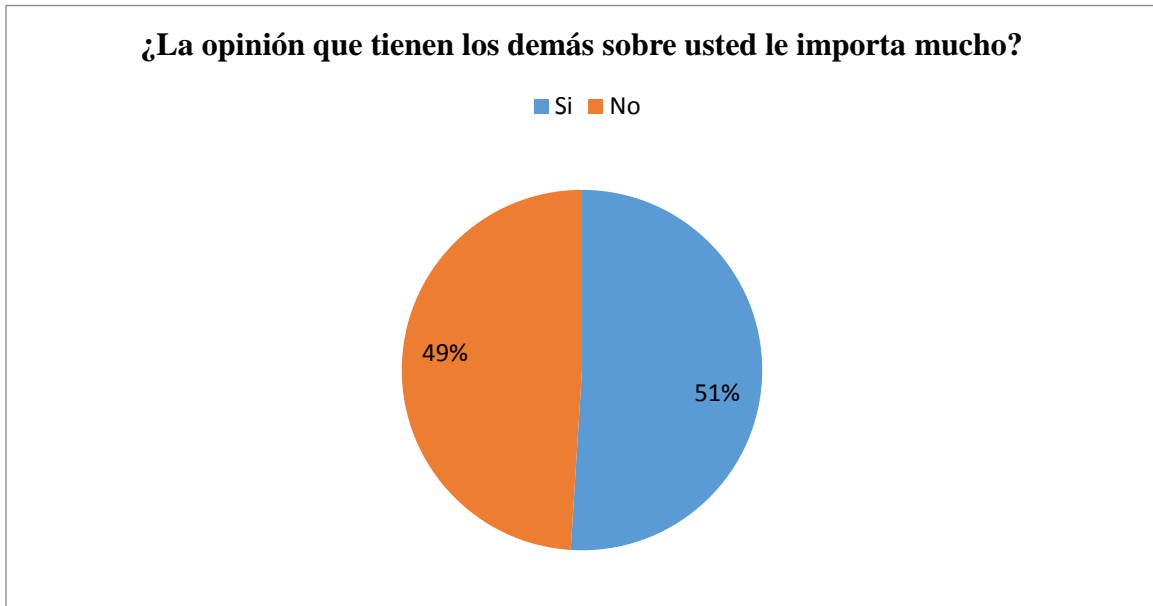
Los datos arrojados nos indican que los pacientes realizaron una autovaloración, la cual dio como resultado que el 90% de estos considere que tiene buenas cualidades, mientras que un 10% indicó sentir que no posee buenas cualidades.

Tabla 16. ¿La opinión que tienen los demás sobre usted le importa mucho?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	51%
No	49	49%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 16



Fuente: tabla 16

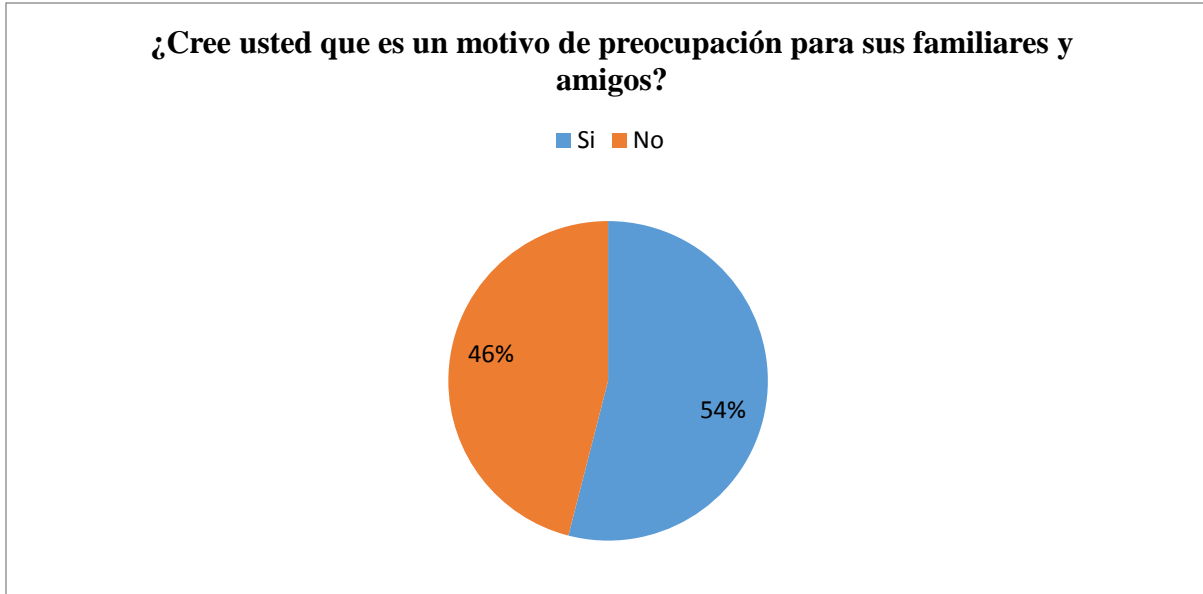
La gran mayoría de los pacientes (51%) expresó que le importa la opinión que los demás tienen sobre ellos, por su parte un 49% dijo no importarle la opinión que los demás tenían sobre ellos.

Tabla 17. ¿Cree usted que es un motivo de preocupación para sus familiares y amigos?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	54%
No	46	46%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial del IDC

Gráfica 17



Fuente: tabla 17

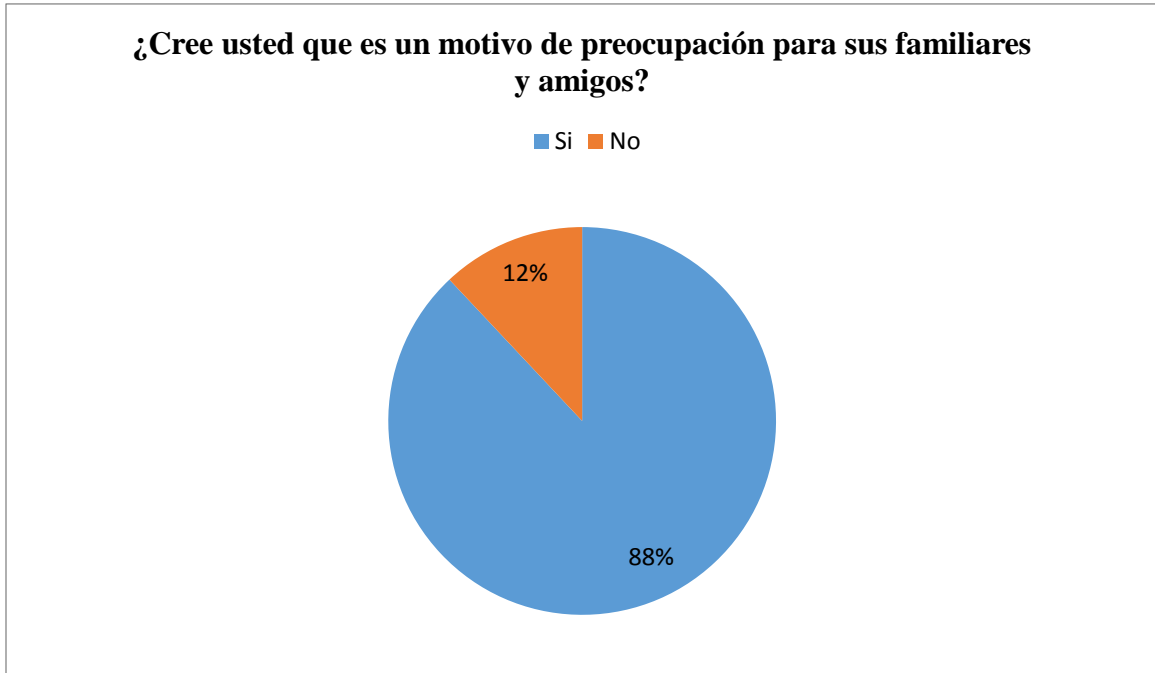
Los resultados arrojados nos indican que el 54% de los pacientes si consideran que son un motivo de preocupación para sus familiares y amigos, mientras que el 46 % considera que no.

Tabla 18. ¿Siente usted que tiene el mismo valor que las demás personas?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	88	88%
No	12	12%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a los pacientes de hipertensión arterial del IDC

Gráfica 18



Fuente tabla 18

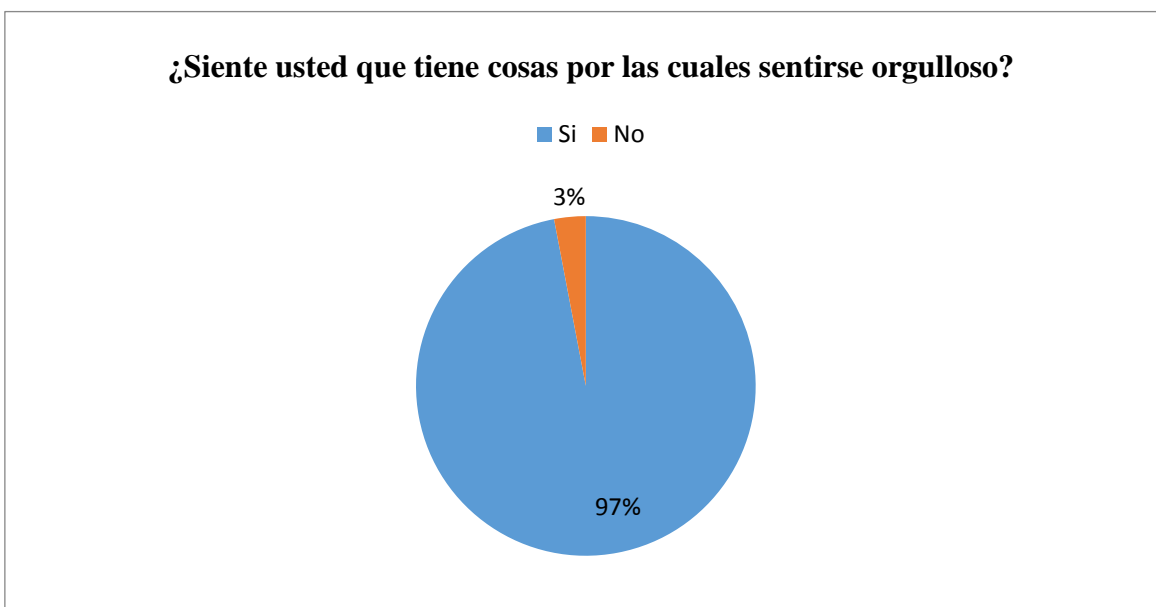
Según los datos encontrados, un 88% respondió tener el mismo valor que las demás personas, un 12% expresó que no.

Tabla 19. ¿Siente usted que tiene cosas por las cuales sentirse orgulloso?

Respuesta	Prevalencia	Porcentaje
Si	97	97%
No	3	3%
Total	100	100%

Fuente: encuesta realizada a los pacientes de hipertensión arterial del IDC

Gráfica 19



Fuente tabla 19

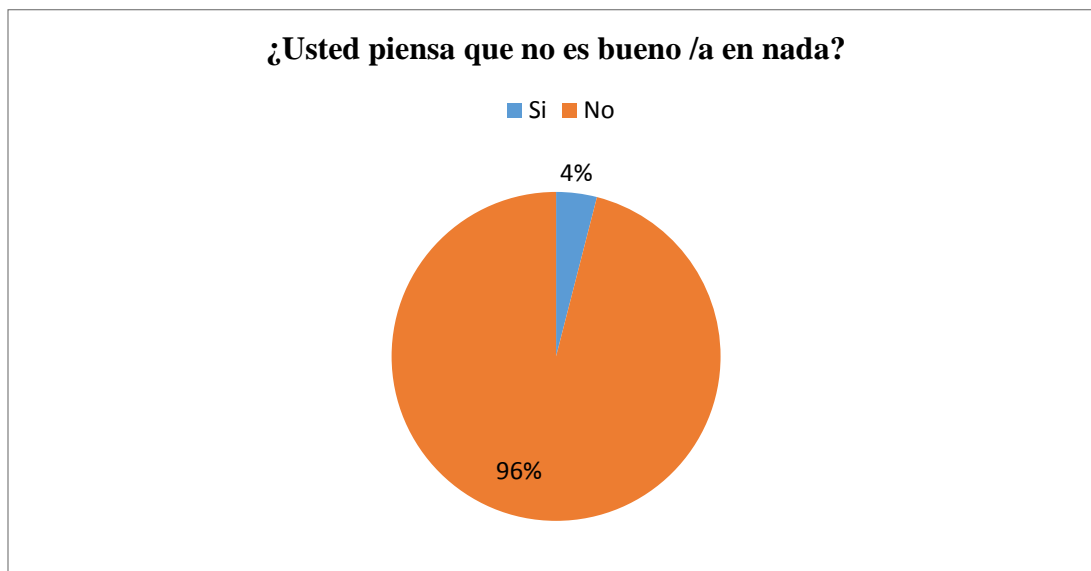
Los datos arrojados nos indican que el 97 % de los pacientes tienen cosas por las cuales sentirse orgulloso, mientras que un 3% de la muestra expresó que no.

Tabla 20. ¿Usted piensa que no es bueno /a en nada?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	4%
No	96	96%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial de IDC

Gráfica 20



Fuente tabla 20

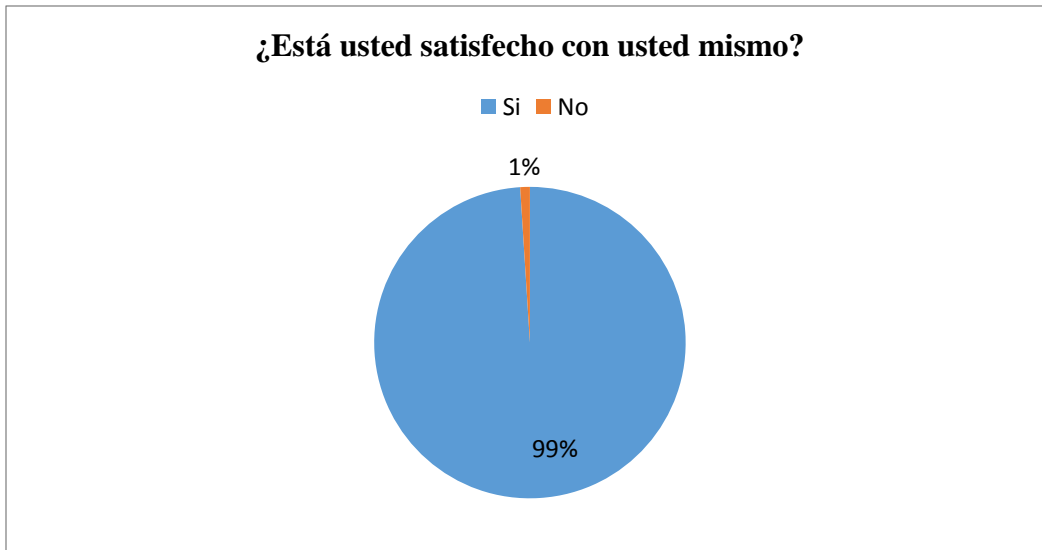
Un gran porcentaje de los pacientes (96%) negó sentir que no era bueno en nada, mientras que un 4% afirmó sentir que no era bueno en nada.

Tabla 21. ¿Está usted satisfecho con usted mismo?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	99%
No	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial de IDC

Gráfica 21



Fuente: tabla 21

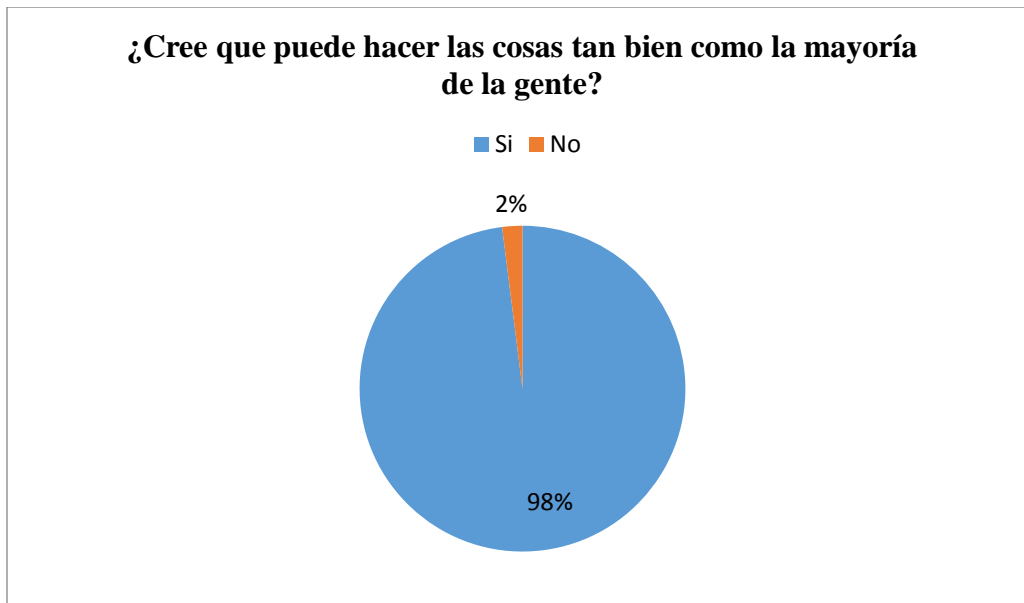
La mayoría de los pacientes (99%) expresó que se siente satisfecho consigo mismo, por otro lado un 1% expresó no sentirse satisfecho con ellos mismos.

Tabla 22. ¿Cree que puede hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	98	98%
No	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial de IDC

Gráfica 22



Fuente tabla 22

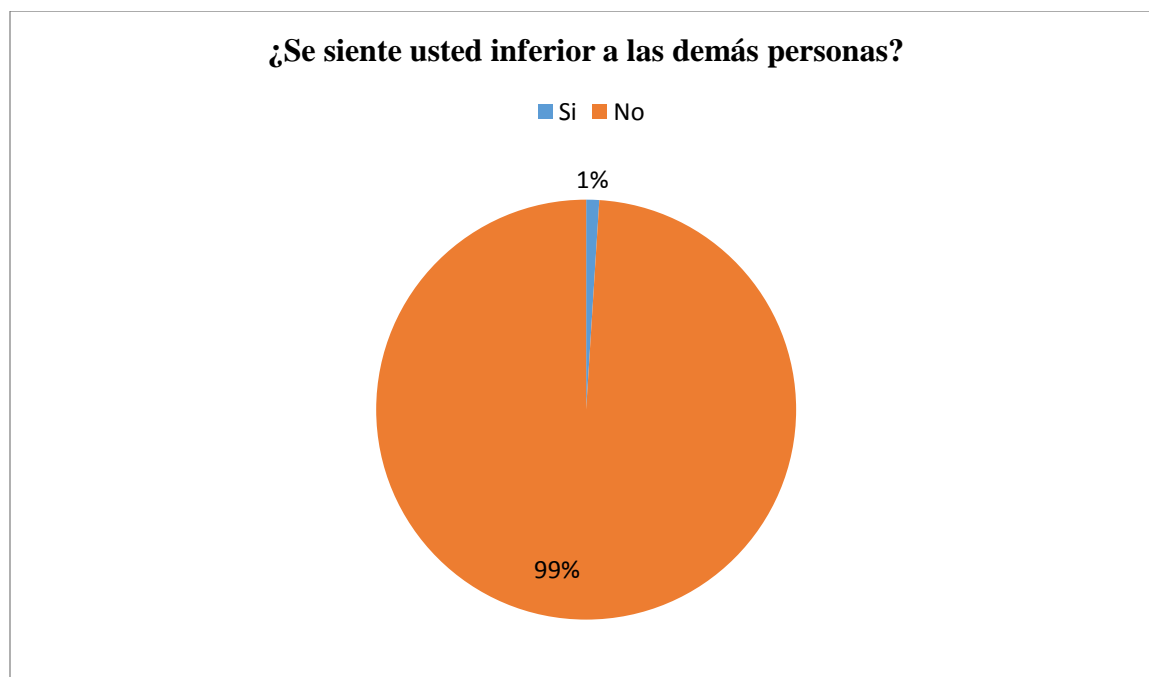
Un 98% de los encuestados consideró que puede hacer las cosas tan bien que las demás personas, solo un mínimo de 2% indicó no considerar que puede hacer las cosas igual de bien que los demás.

23. ¿Se siente usted inferior a las demás personas?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	1%
No	99	99%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a pacientes con hipertensión arterial de IDC

Gráfica 23



Fuente: tabla 23

Según los datos arrojados el 99 % de los pacientes, no siente inferior a los demás. Solo un 1% reflejó sentirse por debajo a los demás.

4.2 Análisis de los resultados

En lo que respecta a la edad, según los datos obtenidos el 43% de la población se encontraba en edades entre 61-70 años, lo cual nos puede de indicar que los individuos suelen desarrollar hipertensión en su mayoría al final de los años.

En lo que concierne a la reacción frente al diagnóstico según los datos arrojados, un 72% dijo que lo tomó con calma, pudiendo indicar con esto que no se desesperan o pierden la calma tan fácil, aun siendo diagnosticados con hipertensión. Cabe destacar que durante la encuesta cuando se les realizaba esta pregunta la mayoría expresó que tenían conocimiento de que algún día sufrirían de la misma por motivos genéticos.

Según los datos arrojados un 60% de los encuestados puede identificar cuando la presión arterial va a subir, indicando con esto que la mayoría de ellos ha llegado a desarrollar cierta adaptación a la enfermedad a tal punto que sabe cuándo la presión le aumentará.

También se pudo observar que ante situaciones inesperadas, un 39% trata de controlar sus emociones, lo cual puede indicar que estos tienen ciertas habilidades de afrontamiento. Sin embargo, cabe destacar que un 23% de la población expresó que ante situaciones inesperadas se ponen ansiosos, indicando que este porcentaje carece de habilidades de afrontamiento.

Según los datos obtenidos, un 44% de la población dijo que no presentaba dificultad para conciliar el sueño, un 32% dijo que si, mientras que un 24% de los encuestados dijo que a veces. Lo cual indica que gran parte de estos pacientes con hipertensión arterial presenta dificultad para conciliar el sueño, lo cual es perjudicial para la salud, ya que no dormir bien hace que el cuerpo deje de funcionar de manera óptima.

Según los datos obtenidos un 66% de la población se siente feliz con el estilo de vida que lleva, lo que indica que la enfermedad no es un motivo de tristeza ni de malestar, reduciendo con esto las posibilidades de desarrollar una patología como la depresión. Es un indicador de bienestar psicológico.

Un 76% de la muestra siente que las personas a su alrededor le aportan mucho, lo cual nos indica que en su ambiente existen personas que le aportan de manera positiva, las cuales se estima contribuyen a su bienestar.

Por otro lado un según los datos observados un 90% de la población expresó tener a alguien que lo escuche cuando necesitan hablar, por lo que se entiende que los mismos no se sienten solos, y tienen quien esté para ellos cuando algo les inquiete.

El 65% de los encuestados afirmó que no presentaba dificultad en cuanto a expresar sus propias opiniones, lo cual nos indica que tienen la capacidad de exteriorizar cuando están de acuerdo o en desacuerdo con alguna situación. Esto refleja que no reprimen sus opiniones, lo cual es positivo ya que no se guardan lo que piensan, facilitando la prevención y resolución de problemas que afecten su salud.

Por otro lado, el 93% de los pacientes sienten que juegan un papel importante, indicando que ellos consideran que tienen un propósito, que son útiles y que han contribuido a cosas importantes en la misma. Mientras un 4% expresa que frecuentemente, un 2% casi nunca y un 1% nunca, esta minoría no siente que tenga un papel importante en la vida, pudiendo ser indicadores de baja autoestima y bienestar psicológico.

Se evidenció que un 93% de los encuestados se siente valorado en su entorno, nos indica que se consideran importantes, que los que están a su alrededor no son indiferentes a ellos y están presente en sus vidas. Esto es un buen indicador de bienestar ya que sentirse valorado en su entorno y saber que tienen quien los acompañe le brinda seguridad y confianza al paciente.

Un 90% de los pacientes considera que se ha desarrollado mucho como ser humano, lo cual nos indica que estos creen firmemente que han logrado cosas en sus vidas, las cuales le hacen sentir realizado, han adquirido conocimientos y destrezas. Es un indicador de autoestima llamado autovaloración, que según Branden (2001) es “La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos”. Solo un 1% expresó que no se ha desarrollado como ser humano. .

Según estos resultados se encontró que la mayoría de estos pacientes (64%) buscan refugio y apoyo en sus familiares para enfrentar la enfermedad, lo que nos indica que la familia puede llegar a ser un elemento clave durante este proceso, ya sea con ayuda económica o simplemente con acciones que lo demuestren: estar siempre pendientes, acompañamiento a las citas médicas, cuidados. Por otro lado, se refleja que el doctor juega un papel importante en el proceso de llevar la enfermedad en conjunto con la familia, ya que un 29% lo señaló como tal. La confianza y la seguridad que le brindan estos dos contribuyen al bienestar psicológico del paciente. Solo un 4% expresó que no contaba con nadie.

El 90 % de la población considera que tiene buenas cualidades. Lo que nos indica que los pacientes realizaron una autovaloración, indicador de autoestima normal, ya que las personas con una buena autoestima tienden a valorarse de manera positiva. Mientras que el 10% dijo que no, lo cual resalta la poca valoración hacia sí mismo, no son capaces de reconocer sus cualidades.

Un 56% de la población expresó que siente que es un motivo de preocupación para sus familiares y amigos, esto quiere decir que ellos, están pendientes de su salud, mientras que el 46% considera que sus familiares y amigos no se preocupan lo suficiente.

En relación a la valía un 88% de la población expresó que tenía el mismo valor que las demás personas, lo cual es indicador de que no se sienten por debajo, ni que nadie es mejor ni peor que ellos, sino que, por el contrario, todos son iguales a los demás reafirmando con esto una buena autoestima y sentimiento de valía. Un 12% respondió no sentir tener el mismo valor que las demás personas.

Los datos obtenidos reflejan que un 97% de la población si tiene cosas por las cuales sentirse orgulloso, mientras que un 3% dijo que no. Esto nos indica que la mayoría de los encuestados tienen afecto positivo, el cual está por la dimensión de emocionalidad placentera, la cual se expresa mediante la energía, motivación, deseo de afiliación, logro y sentimientos de dominio. El autor sostiene que cuando el individuo está motivado, realiza actividades. (Morales, 2011)

En lo que respecta a la satisfacción consigo mismo un 99% de la población dijo sentirse satisfecho, lo cual nos indica que está feliz y conforme consigo mismo.

Según los datos obtenidos el 98% de los pacientes considera que puede hacer las cosas tan bien que las demás personas, mientras que un 2% dijo que no. Reafirmando en esta parte no sentirse incapaz de hacer las cosas, esto también es un indicador de que tienen confianza y seguridad consigo mismos, lo cual es parte de una autoestima y bienestar psicológico normal. Solo un mínimo de 2% indicó no considerar que puede hacer las cosas igual de bien que los demás.

Por otro lado, un 99% de la población no se siente inferior a los demás, mientras que un 1% dijo que si se sentía inferior. Según los datos arrojados el 99 % de los pacientes, no se siente inferior a los demás, lo cual nos indica que estos no tienen sentimientos negativos sobre sí mismos, no se sienten a la sombra de alguien, más bien consideran que tienen buenas cualidades, el mismo valor que tienen las demás personas, se sienten satisfechos y orgullosos de sí mismos. Sólo un 1% reflejó sentirse por debajo de los demás.

4.3 Conclusión

Luego de realizar la investigación con la aplicación de la encuesta, se ha llegado a diferentes conclusiones y se exponen los datos de mayor relevancia encontrados, así como también las recomendaciones a nuevas investigaciones que se puedan realizar en torno al tema.

En lo relacionado con el primer objetivo, el cual busca determinar el bienestar psicológico en los pacientes con hipertensión arterial, y dando respuesta a nuestra pregunta de investigación sobre ¿Cómo es el nivel de bienestar psicológico en los pacientes con hipertensión?, podemos concluir con lo siguiente: los pacientes evalúan su vida en un todo positivo donde la satisfacción con la misma, las relaciones positivas con los otros, la autoaceptación, el propósito de vida, el crecimiento personal, y la competencia ambiental, son parte de ellos. Estos son componentes del bienestar psicológico plateados por Ryff y citados por Villar y Triado en 2008.

La mayor parte de los encuestados tienen autoimagen, la cual se puede observar en la capacidad que tienen los pacientes de ver sus virtudes, de igual forma está presente la autovaloración, donde se evidencia lo importantes que son para sí mismos pero también para los demás. Por otro lado cabe destacar que gozan de autoconfianza la cual indica que estos creen en sí mismos y su capacidad de cumplir retos y demostrar competencia. Se consideran iguales a todas las personas, y el autocontrol, al igual que la asertividad se encuentran presentes en ellos.

En relación a nuestro segundo objetivo sobre evaluar la autoestima en los pacientes hipertensos, y dando respuesta a la pregunta de investigación que plantea ¿Cómo es la autoestima en los pacientes hipertensos?, se concluye lo siguiente: según los datos arrojados la mayoría de los pacientes posee una autoestima buena, esto ha sido demostrado debido a las

respuestas obtenidas y en base a los componentes de autoestima planteado por Gaston de Mezerville en 2004.

En lo relacionado con nuestro segundo objetivo, el cual busca determinar el bienestar psicológico en los pacientes con hipertensión arterial, y dando respuesta a nuestra pregunta de investigación sobre ¿Cuál es el nivel de bienestar psicológico en los pacientes con hipertensión?, podemos concluir con lo siguiente: los pacientes presentan un nivel de bienestar psicológico alto, estos evalúan su vida en un todo positivo donde la satisfacción con la vida, las relaciones positivas con los otros, la autoaceptación, el propósito de vida, el crecimiento personal, y la competencia ambiental, son parte de ellos. Estos son componentes del bienestar psicológico plateados por Ryff y citados por Villar y Triado en 2008.

Los resultados obtenidos nos indican que aunque los pacientes estén atravesando por el proceso de vivir con la hipertensión y los cambios que se experimentan con ella, el 66% de los pacientes se sienten feliz con el estilo de vida que llevan, y el 99% sienten que juegan un papel importante en la vida, confirmando lo planteado por Veenhoven (2013) donde define el bienestar psicológico como el nivel donde el individuo juzga su vida en términos positivos, es decir, donde se encuentra complacido con la vida que tiene.

Dando respuesta a nuestro objetivo número tres, el cual fue identificar las edades en las que es más prevalente la hipertensión arterial, y respondiendo así nuestra pregunta de investigación la cual sostiene ¿En qué edades es más prevalente la presión arterial? Podemos decir que el porcentaje más elevado de los pacientes hipertensos dentro de esta muestra se encuentran en un rango de edad de 61 años en adelante. Confirmando así lo que plantea Weschenfelder D, Gue J, (2012) el cual sostiene que existe una gran relación entre la

4.4 Recomendaciones

Luego de realizar la investigación y analizar los resultados de la misma se plantean algunas recomendaciones como las siguientes:

Psicólogos:

- Para futuras investigaciones se recomienda investigar sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan estos pacientes.
- Crear grupos de apoyo para pacientes con hipertensión arterial donde puedan compartir sus experiencias, preocupaciones y vivencias con los demás.
- Ofrecerle técnicas y estrategias que le ayuden a conciliar el sueño de manera adecuada a través de técnicas de la TCC.

Cardiólogos:

- Tomar en cuenta aquellos casos de hipertensión que se desencadenan por motivos emocionales o por estrés.
- Considerar el establecimiento de un protocolo de diagnóstico de hipertensión arterial donde se incluya al psicólogo debido a que el paciente durante el diagnóstico se ve sometido a cambios en su estilo de vida que puede llegar a causar malestar en la salud psicológica y emocional de la persona.

Generales:

- Se propone un trabajo multidisciplinario entre psicólogo y cardiólogo.
- Psicoeducar a los pacientes acerca de la enfermedad y sus principales riesgos.
- Ya que la mayoría de los pacientes afirmó que siente cuando la presión arterial le va a aumentar sería importante entrenar a los mismos sobre qué hacer en esos momentos.

- Promover la psicocardiología en el país.

Ambiente:

- Es importante recalcarle a la familia la importancia de su participación durante el proceso de la enfermedad.

.

Referencias

- Abad Alemán, N. M., Araujo Flores, V. G., & García Valdez, I. S. (2015). *Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en adultos, Centro de Salud N° 1 del Cantón Cañar, 2014* (Bachelor's thesis).
- Adán, J. C. M., & de Revenga, M. R. D. (2013). *El malestar de los jóvenes: contextos, raíces y experiencias*. Ediciones Díaz de Santos.
- Aguado, L. (2005). Introducción al estudio de la emoción. En L. Aguado. *Emoción, afecto y motivación* (pp. 17-48). Madrid: Alianza.
- Aguilar, G., & Oblitas, L. (2011). *Psicología del bienestar y felicidad. Bogotá, Colombia: Editorial Epsicom.*
- Alcántara, J.A. (1993). *Como educar la autoestima*. Ed. CEAC, Barcelona.
- Alessi, A., Alessi, C. R., Piana, E. R., Assis, M., Oliveira, L. R., & Cunha, C. L. (2002).
Alessi, A., Alessi, C. R., Piana, E. R., Assis, M., Oliveira, L. R., & Cunha, C. L. (2002).
Influencia de la calidad del sueño en la disminución nocturna de la presión arterial durante el control ambulatorio de la presión arterial. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 78 (2), 218-223.
- Alfonso Prince JC. 2007 *Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en consultorios seleccionados, Cabimas. Marzo 2005- Febrero 2007* [Tesis de maestría]. Venezuela: estado Zulia Misión Barrio Adentro.
- Alfonzo Guerra JP, Pérez caballero MD, Hernández Cueto MJ, García Barreto D. (2009). *Hipertensión arterial en la atención primaria de salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p.7-14.

- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.
- Amigo, I. (1994). La hipertensión de bata blanca ¿una hipertensión condicionada? *Análisis y Modificación de Conducta*, 69, 19–31
- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide, 111.*
- Aragón J. Y Cortes de Aragón L. (2001), *Autoestima comprensión y práctica*. San Pablo. Caracas, Venezuela.
- Arce S. 2007. Inmunología clínica y estrés. En busca de la conexión pérdida entre el alma y el cuerpo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 94-5.
- Argyle, M. (1992). La Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. *Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Ayman, D. y Goldshire, A.D. (1940). Bloodpressure determinations by patients with essential hypertension: the difference between clinic and home readings before treatment *American Journal of Medicine Science* , 200,465–474.

- Báez, L., Blanco, M., Bohórquez, R., Botero, R., Cuenca, G., DAchiardi, R., & Manzur, F. (2007). Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Colomb Cardiol*, 13(supl 1), 187-317.
- Barona Sevilla, A. V. (2015). *Prevalencia del consumo de tabaco y alcohol y su relación con factores de riesgo cardiovascular en el personal administrativo de la uide, en el campus principal, periodo 2014* (Bachelor's thesis, QUITO/UIDE/2015).
- Becchetti, L., Castriota, S. y Londoño, D. A. (2007). Climate, Happiness and the Kyoto protocol: someone does not like it hot. Recuperado de <http://ideas.repec.org/p/rtv/ceiswp/247.html>
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Bonet, J. (1997). *Manual de autoestima*. Sol Terra. España.
- Borden, George; y Stone, John. (1982). *La comunicación humana*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Branden, N. (1995). "Los seis pilares de la autoestima". México: Paidós.
- Branden, N. (2001). *La Psicología de la autoestima*. México: Paidós.
- Brangold, M., Bumaschny, E., Tenutto, M., & Mautner, B. (2010). El proceso enseñanza, aprendizaje y evaluación de competencias en las Ciencias de la Salud mediante el uso de simuladores. *Prensa Med Argent*, 97(2), 116-125.

- Breva Asensio, A., Espinosa, M., & Palmero Cantero, F. (2000). Ira y reactividad cardiaca: Adaptación en una situación de estrés real. *Anales de psicología*, 16(1), 1-11.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., y Woolston, K. A. (1989). Estrategias de afrontamiento del dolor y depresión en la artritis reumatoide. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 57, 652-657.
- Brown, G. K., y Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *PAIN*, 31(1), 53-64.
- Cabañero, M. J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M. I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Cabañero, M^a J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M^a I., Reig, A., y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Calderón Cajavilca, N. E., Mejía Morales, E. R., Antonio, M., & Guisela, N. (2014). La autoestima y el aprendizaje en el área de personal social de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la Institución Educativa N° 1190 Felipe Huamán Poma de Ayala, del distrito de Lurigancho-Chosica, UGEL N° 06, 2014.
- Campbell, A., Converse, P. E., y Rodgers, W. L. (1976). The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions. Russel Sage Foundation, New York: Wiley
- Campos A, Doris (2004). Autoconocimeinto. Material mimeografiado Subprograma Servicios al Estudiante. Universidad Nacional Abierta.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Zimbardo, P. G. (1996). Understanding the complexity of human aggression: Affective, cognitive, and social dimensions of individual

- differences in propensity toward aggression. *European Journal of Personality*, 10(2), 133-155.
- Carhuallanqui R, Diestra Cabrera G, Tang Herrera J, Málaga G. 2010. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered.*
- Carrobbles, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Casas, F. y Aymerich, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En S. Pinazo y M. Sánchez (Dir.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 117-146). Madrid: Pearson.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad. Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Castellón, A. y Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 131-137.
- Castro, A. (ed.) (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós
- Casullo, M. M., & Solano, A. C. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- Cea, J., Brazal, J. J., & González-Pinto, A. (2001). Estrategias de afrontamiento e hipertensión arterial. *Informe: Dpto. Neurociencias, Psiquiatría y Psicología Médica, Universidad del País Vasco, España.*

- Chicaiza, À. (2015). Tesis de pregrado. Prevalencia de hipertensión arterial en usuarios del Sub Centro de Santa Clara, Cantòn de la Provincia de Pastaza, año 2015, pp 17-18-22-25. Puyo, Ecuador.
- Coca, A., & De la Sierra, A. (2002). La hipertensión arterial como factor de riesgo. Coca A, de la Sierra A. 3a ed. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: JIMS, SL, 3-17.
- Cruz, S. (2007). *Autoestima y gestión de calidad*. Iberoamericana S.A. México.
- Cummins, R. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198.
- Davis, M. H., Morris, M. M., y Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perception of social support: Associations with well-being and attachments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.
- De Lourdes, F. (2007) *Literatura Hispanoamericana*. Primera edición. México. Limusa. Editorial
- De Mézerville, Gastón. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- Diamond, E.L. (1982).The role of anger andhostility in essential hypertension andcoronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 2,410–433.
- Diamond, E.L. (1982).The role of anger andhostility in essential hypertension andcoronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 2,410–433.
- Díaz, A. (2005) *Economía y sociedad: Escritos y ensayos*. Primera edición. España. Trillas.

- Díaz, D. (2006). La Evaluación del Bienestar: Poder, Procesamiento de la Información y Confianza. El modelo del Estado Completo de Salud. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Psicología Social y Metodología.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, J., y Sánchez, M^a P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14, 100-105.
- Diener, E, Diener, M. y Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851-864.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276- 302.
- Diener, E., Suh, E. y Oishi, S. (1998). Recent Studies on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41
- Eguia, J. (1998). Cómo ayudar a solucionar los problemas de sus hijos. *EOS, Madrid*.
- Eisenberg, Sheldon and Patterson, Lewis. (1981). Helping clients with special concerns. Chicago: Rand Mc Nally College Publishing Company.

- Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 367-373.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F.C.E.
- Espinoza, L. A., Móngue-Nájera, J., & Lutz, M. I. G. (2010) La falta de relación entre el autocuidado informado y los factores que influyen en la hipertensión arterial en los pacientes de Costa Rica. *UNED Revista de investigacion*, 2(2), 147-156
- European Society of Hypertension (2003). European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 21, 1011-1053.
- Farreras, R. (2012). *Tratado de Medicina Interna Interna. Vasculitis*. Madrid. Edt. Médica Panamericana, 1037-38.
- Fernández-Abascal, E. G. (1993). La reeducación de las habilidades motoras en deficientes físicos y psíquicos. ICE, Universidad de García-Vera, M.P., Labrador, F.J. y Sanz, J.(1999). Comparison of clinic, home self-measured and work self-measured bloodpressures. *Behavioral Medicine*, 1, 13-22 Cantabria
- Fernández-Abascal, E. G., & Díaz, M. MD & Domínguez Sánchez, FJ (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.
- Friedman, M.J. y Ulmer, D. (1984). *Treating Type A behaviour and heart*. New York: Alfred A. Knopf
- Galli, D. (2005). Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo. *Psicodebate* 6. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 85-105.

- García Ferrando, M. (1993). La Encuesta. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Comp.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 123-152). Madrid, España: Alianza Universidad
- García, R. (2006) La historia imaginada: la guerra de la independencia en la literatura española. Primera edición. España. Dardo.
- García, Verónica. (2005). Autoestima. Recuperado el 22 de marzo del 2007, de www.pino.pntic.mec./recursos/infantil/salud/autoestima.htm.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., Espinosa, R., Fortún, M., & Magán, I. (2010). Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. *Hypertension Research*, 33(3), 203.
- García-Viniegras, C. R. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Gaziano M. (2006). Influencia global de la enfermedad cardiovascular. En: Braunwald E, Douglas Z, Libby P. Braunwald's Cardiología. El libro de la medicina cardiovascular. 7ma. ed. Madrid: Elsevier; p. 1-18.
- Godoy JF. 1999. Psicología de la salud: delimitación conceptual. En: Simón MA. Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; p. 39-76.
- Gómez, M. y Sabeh, E. N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 9(3), 5-13.

- González, A., & Amigo, I. (1992). Reducción del riesgo cardiovascular en sujetos hipertensos. *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*, 375-388.
- González, G. (1993) Autoconcepto en el ámbito. Tesis. Lic. En Psicología Educativa. México Df,UPN.
- González-Juanatey, J. R., Mazón Ramos, P., Soria Arcos, F., Barrios Alonso, V., Rodríguez Padial, L., & Bertomeu Martínez, V. (2003). Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 56(05), 487-497.
- González-Juanatey, J.R., Mazón, P., Soria, F., Barrios, V., Rodríguez, L. & Bertomeu, V. (2003). Actualización de las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 56, 487-497.
- Güell, Manuel y Muñoz, Josep. (2000). *Desconócete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional*. Barcelona. Paidós.
- Harrison, T. (2006). *Principios de Medicina Interna*. 16vª Edición. *Editorial Graw Hill*, 2171.
- Hart, J. T., & Pickering, G. (1988). *Hipertensión: su control en la comunidad*. Doyma.
- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Hillsdale, NJ: Erlbaun
- Hernández, P. (2005). *Educación del pensamiento y las emociones*. Madrid: Tafor/Narcea.
- Herrera Giró, M. L., Acosta González, M., Dueñas Herrera, A., Armas Rojas, N. B., de la Noval García, R., & Castellanos Almeida, J. (2017). Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 23(2).

- House, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- House, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545
- Hoyos, M. L., Ochoa, D. A. R., & Londoño, C. R. (2010). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento psicológico*, 4(10).
- Influencia de la calidad del sueño en la disminución nocturna de la presión arterial durante el control ambulatorio de la presión arterial. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 78 (2), 218-223.
- Jourard, Sidney y Landsman, Ted. (1987). La personalidad saludable. El punto de vista de la psicología humanista. México: Trillas.
- Keyes, C. L. M. (1998). "Social well-being". *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C., Ryff, C. D. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kubovy, M. (1999). On the Pleasures of the Mind. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 197-206). New York: Russell Sage Foundation.
- La OPS/OMS. (2015) pide dar más atención al control de la hipertensión. En el marco del Día Mundial de la Hipertensión.

- Laham M. 2009. La Psicocardiología: su importancia en la prevención y rehabilitación coronaria. *Suma Psicol.*15(1):143-170.
- Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 593-616). New York: Academic Press.
- Layard, R. (2005) *La felicidad: lecciones de una nueva ciencia*. Primera edición. Colombia. Dartagna.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lee, C., Suchday, S., & Wyllie-Rosett, J. (2009). The effect of gender and coping strategies on cardiovascular reactivity to stress among chinese immigrants. In *American Psychosomatic Society (ed), 67th Annual Scientific Meeting* (p. A32).
- Lehr, U. (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(3), 2-7.
- Lorenzo Moreno José Manuel. (2007). “Autoconcepto y autoestima, conocer su construcción”. Cieza: Charla-coloquio.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.616

- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.616
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 616.
- Mancia, G., & Zancheti, A. (1996). Hipertensión de bata blanca: nombres inapropiados, conceptos equivocados y mal entendidos.¿ Qué debemos hacer de ahora en lo adelante. *Iberoamerican Journal of Hypertension*, 1, 351-354.
- María Otilia Guerra Chinchilla. (2015) "bienestar psicológico (Estudio realizado con el adulto mayor en el hogar de Beneficiencia Sor Herminia ubicado en Santa Cruz del Quiché, Quiché). (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Santa Cruz del Quiché, Quiché, Guatemala.
- Márquez, S. y Vallejo, N. (2009) *Actividad física y salud*. Primera edición. Madrid. España. Díaz de Santos. Editorial Víbora.
- Martín, M.D., Jiménez, M.P. & Fernández-Abascal, E.G. (2000). Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Revista de Motivación y Emoción*, 3(4).
- Martín, R., Baena, J.M., Boronal, A. A., Álvarez, B., González, I., Raidó, E. M., Oller, M., Martínez, J.L., Rovira, M., del Val García, J.L., Tomás, J., Pomares, M. & Piñol, P. (2005).
- Martínez F, Fernández J. (1994). Emoción y salud. *Anales de psicología.*;10(2):101-9.
- McKay, M. & Fanning, P. (1999). *Autoestima. Evaluación y Mejora*. Madrid: Ediciones Martínez Roca.

- Merino Soto, C., Manrique Borjas, G., Angulo Ramos, M., & Isla Chavez, N. (2007). Indicador de estrategias de afrontamiento al estrés: análisis norma y de su estructura factorial. *Ansiedad y Estrés*, 13(1).
- Michalos, A. C. (1982). The satisfaction and happiness of some senior citizens in rural Ontario. *Social Indicators Research*, 11, 1-30. doi: 10.1007/BF00353590
- Miguel-Tobal, J.J. et al.. (2001). Manual del Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, STAXI-2. Versión española. Madrid: TEA Ediciones, S.A
- Milicic Neva. (2001) "Hijos *con autoestima positiva*". Santiago de Chile.
- Molerio Pérez, O., & García Romagosa, G. (2004 a). Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología*, 13(2).
- Molerio Pérez, O., & García Romagosa, G. (2004 b). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*, 43(2-3), 0-0.
- Molina, C. J. y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22(3), 97-105.
- Molina, C., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24(2), 312-319.
- Molina, Margarita; Baldares; Thelma y Maya, Arnobio. (1996). *Fortalezcamos la autoestima y las relaciones interpersonales*. San José: Impresos Sibaja.
- Monbourquette Jean. (2008). "Autoestima y cuidado del alma". Ottawa: Bonum.
- Montañés, M. C. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. *Universidad de Valencia*.

Montoya, M. Á. y Sol, C. E. (2001). Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y desarrollo humano. México: Pax.

Moral, L . (2011) Otra vuelta de tuerca al Estado de Bienestar. Primera edición. Madrid. España. Liber Factory.

Morales, M., & González, A. (2014). Resiliencia-Autoestima-Bienestar psicológico y Capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 40(1), 215-228.

Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 22(2), 177-193.

Mruk Christopher. (1999). "Self Esteem, Research, Theory and Practice. New York: Springer Publishing Company.

Muñoz, A. (2007) Iniciación a la arquitectura. Primera edición. España. Díaz de Santos

Obrist, P. A. (1981). *Cardiovascular psycho physiological: A perspective*. New York: Plenum

OMS. (1986) *Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad*. Ginebra: OMS

OMS. (2013). Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (1996). Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo

WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de vida? En Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Información general sobre hipertensión arterial.

Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial.

Organización Panamericana de la Salud. (2012) Salud en las Américas. Ecuador

- Papalia, E. (2005) *Psicología del desarrollo*. Primera edición. Valencia, España. Trillas.
- Pastemak R. (2006). *Rehabilitación integral de pacientes con enfermedades cardiovasculares*. En: Braunwald E, Douglas Z, Libby P. *Braunwald Cardiología*. El libro de la Medicina cardiovascular. 7ma. ed. Madrid: Elsevier; p. 1085-100.
- Pérez CMD, Dueñas HA, Alfonso GJ, Vázquez VA, Navarro PD, H del Pozo, et al. *Hipertensión arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- Prieto, M. I. D., & González, R. M. C. (2017). *La cardiología clínica y el perro: desde el pasado a la actualidad: discurso pronunciado por la Prof. Dra. Da. Inmaculada Díez Prieto, leído en el solemne acto de su recepción pública como académica de número, celebrado el día 31 de mayo de 2017, y contestación de la académica de número Excma. Sra. Dra. Da. Rosa María Capita González*. Universidad de León, Secretariado de Publicaciones.
- Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas*, 192, 163-178.
- Redhanz, K. y Maddison, D. (2003). Climate and Happiness. *Ecological Economics*, 52(1), 111-125.
- Reynoso L, Seligson I. (2003) Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular. *Psicología y Salud*. México: Facultad de Psicología-UNAM-CONACYT. p. 43-70.
- Rice, Philip. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rodríguez Marín J. (1995) Apoyo social y salud. En: *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis S.A;

- Rodríguez T. Congreso Internacional de Psicoterapia. La Habana, 2008.
- Rodríguez TC, Castro CJ, Navarro JJ, Bernal JL, Herrera LF. 2008. Mejorando la calidad asistencial del paciente con infarto agudo del miocardio hospitalizado. *Rev Calidad Asistencial*.3 (5):245-6.
- Rodríguez, A. (2008). El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Rodríguez, E.M (1998). Autoestima clave del éxito personal. Ed. Manual Moderno, México.
- Rosenberg, M., Schooler, C., & Schoenbach, C. (1989). Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American sociological review*, 1004-1018.
- Rozman, Farreras. (2012). Medicina Interna (17 ed.). pp 512,513.514,515.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryff, C. (1989). "Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069- 1081.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). "The structure of psychological well-being revisited". *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. Ryff, C., y Singer, B. (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, 9(11), 1-28.

Ryff, C., y Singer, B. (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, 9(11), 1-28

Sánchez, R. A., Ayala, M., Baglivo, H., Velázquez, C., Burlando, G., Kohlmann, O., ... & Alcocer, L. (2010). Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. *Revista chilena de cardiología*, 29(1), 117-144.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of clinical and health psychology*, 3(1).

Santrock, John. (2002). *Psicología de la educación*. México: Mc Graw Hil

Satir, Virginia. (1980). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana.

Schalock, R. L. (1996). Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. En R. L Schalock (Ed.), *Quality of life. I. Conceptualization and measurement* (pp. 123-139). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., ...Parmenter, T. (2002). *La conceptualización, medida y aplicación de calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales: Informe de un panel internacional de expertos*. Siglo Cero, 33(5), 5-14

Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714.

- Sherbourne, C. D., Wells, K. B., & Judd, L. L. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 153(2), 213.
- Sommers-Flanagan, J., & Greenberg, R. P. (1989). Psychosocial variables and hypertension: A new look at an old controversy. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Toledo, A. (2011) La teoría social Latinoamericana. Primera edición. México. Thomas.
- Triadó C. y Villar Feliciano (2008) Envejecer en positivo. Primera Edición. Editorial Aresta SC. España. Autores.
- Trujillo, C. B., Hoyos, M. L., Durango, L. E. M., Duque, J. O., & Guerra, Y. T. (2009). Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, 2(2), 3.
- Van Hoorn, A. (abril, 2007). A short introduction to subjective well-being: its measurement, correlates and policy uses. Trabajo presentado en la International conference: Is happy measurable and what do those measures mean for policy? Roma, Italia.
- Vázquez, L. M. H., Martínez, P., Tadeo, V., de la Vega Pažitková, T., Montero, O. A. A., & Quijano, J. E. (2014). Caracterización de pacientes hipertensos mayores de 18 años del consultorio médico 3 del Policlínico Docente Ana Betancourt. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 59-70.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Veenhoven, R. (2013). Ranking de felicidad en México. *Recuperado en: <http://www.rankingfelicidadmexico.org/expertos-ruut-veenhoven.php>. Consultado:(15 de mayo de 2014, 15(00).*

- Vega, J. L., Mayoral, P., Buz, J. y Bueno, B. (2004). Dominios globales y específicos del bienestar de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39(3), 23-30.
- Vega, J. L., Mayoral, P., Buz, J. y Bueno, B. (2004). Dominios globales y específicos del bienestar de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39(3), 23-30.
- Vera, J. A. y Sotelo, T. I. (2004). Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. *La Psicología Social en México*, 10, 95-102.
- Vindel, A. C., & Tobal, J. J. M. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés*, 7(2), 111-121.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness (eudaemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., ... & Cohen, D. L. (2014). Guías de práctica clínica para el manejo de la hipertensión en la comunidad: una declaración de la Sociedad Americana de Hipertensión y la Sociedad Internacional de Hipertensión. *Revista de hipertension clinica*, 16(1), 14-26.
- Weschenfelder Magrini, D., & Gue Martini, J. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, 11(26), 344-353.
- Weschenfelder Magrini, D., & Gue Martini, J. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*, 11(26), 344-353.

Wyss, F. (2016). Proyecto de prevención y tratamiento estandarizado de la hipertensión arterial. *Prevención cardiovascular. Sociedad Interamericana de Cardiología.*

Yanguas, J. J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO.

Zubeldia, L. L., Quiles, J. I., Mañes, J. V., & Redón, J. M. (2016). Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Population Aged 16 to 90 Years Old in the Valencia Region, Spain, 2010. *Revista española de salud pública, 90*, e1-e12

Anexos



Facultad de Humanidades Escuela de Psicología

La presente encuesta se realizó como instrumento de recolección de datos para la tesis de grado: “Bienestar psicológico y autoestima en pacientes hipertensos” para optar por el título de Licenciado en Psicología Clínica de la UNPHU. Las informaciones obtenidas de la misma solo serán utilizadas para los fines de la investigación y bajo estricta confidencialidad.

Edad _____

Sexo F ___ M ___

1. ¿Cuál fue su reacción frente al diagnóstico de hipertensión arterial?

- a) Miedo___ b) Tristeza___ c) Incertidumbre___ d) Se sintió culpable___ e) Lo tomó con calma___
d) Buscó la opinión de otro médico___

2. ¿Hay alguna señal que le indique que su presión arterial va aumentar?

- a) Si___ b) No___

3. ¿Cómo reacciona usted a situaciones que no estaba esperando?

- a) Trata usted de controlar sus emociones___
b) Se pone ansioso___
c) Piensa que su presión puede subir___
d) No hace nada ___

4. ¿Presenta usted dificultad para conciliar el sueño?

- a) Si___ b) No___ c) A veces___

5. ¿Se siente usted feliz con el estilo de vida que lleva?

- a) A menudo___ b) Frecuentemente___ c) Casi nunca___ d) Nunca ___

6. ¿Siente usted que las personas que lo rodean le aportan mucho?

- a) A menudo___ b) Frecuentemente___ c) Casi nunca___ d) Nunca___

7. ¿Siente usted que tiene quien lo escuche cuando necesita hablar?

a) A menudo___ b) Frecuentemente _____ c) Casi nunca ___ d) Nunca___

8. ¿Es difícil para usted expresar sus propias opiniones?

a) A menudo___ b) Frecuentemente_____ c) Casi nunca_____ d) Nunca_____

9. ¿Siente usted que juega un papel importante en la vida?

a) A menudo___ b) Frecuentemente_____ c) Casi nunca_____ d) Nunca _____

10. ¿Usted se siente valorado en su entorno (familiar, trabajo, pareja)?

a) A menudo___ b) Frecuentemente_____ c) Casi nunca___ d) Nunca _____

11. ¿Piensa usted que a través del tiempo se ha desarrollado mucho como ser humano?

a) A menudo___ b) Frecuentemente_____ c) Casi nunca___ d) Nunca _____

12. ¿Cuáles son sus principales fuentes de apoyo para enfrentar la enfermedad?

a) Familia___ b) Amigos _____ c) El doctor_____ d) No tengo a nadie _____

13. ¿Considera usted que tiene buenas cualidades?

a) Si___ b)No___

14. ¿La opinión que tienen los demás sobre usted le importa mucho?

a) Si___ b) No___

15. ¿Cree usted que es un motivo de preocupación para sus familiares y amigos?

a) Si___ b) No___

16. ¿Siente usted que tiene el mismo valor que las demás personas?

a) Si___ b) No___

17. ¿Siente usted que tiene cosas por las cuales sentirse orgulloso/a?

a) Si___ b) No___

18. ¿Usted piensa que no es bueno/a en nada?

a) Si__ b) No__

19. ¿Está usted satisfecho con usted mismo?

a) Si__ b) No__

20. ¿Cree que puede hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente?

a) Si__ b) No__

21. ¿Se siente usted inferior a las demás personas?

a) Si__ b) No__

Hoja de firmas

Milagros Uribe

Sustentante

Diomarys Castillo

Sustentante

Hilda Aquino

Asesora

Pat O. Galán

Jurado

Liliana Díaz

Jurado

Jesús Peña

Jurado

Adrian D' Oleo

Directora de Psicología