

Comparación de indicadores psicológicos y fisiológicos en mujeres hipertensas y enfermeras normotensas

Comparison of psychological and physiological indicators in hypertensive women and normotensive nurses

SANDRA CEREZO RESÉNDIZ,* MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ POZO**
y RAÚL ALBERTO RIVAS LIRA***

Abstract

The objective of this research was to compare psychological and physiological indicators in 14 hypertensive women (group 1) and 20 nurses normotensive (group 2) who work in areas of high stress in a high-specialty hospital. Material and methods: a cuasiexperimental design of repeated measurements (4) was used; in which stressful events, distress, anxiety behavioral, blood pressure, pulse, body mass index and physical functional capacity were assessed. The results show significant differences between groups (Tukey Kramer test) in the total score of distress and in the number of negative events (higher in group 1) and positive events (lower in group 1), at 1 and 3 evaluations; the physical functioning capacity was also highest in group 1, in assessment 3 and 4. Discussion: execute psychological and physiological assessment with periodicity produces attitude and behavior changes, directed toward the care of the physical and emotional health in populations susceptible to stress.

Keywords: hypertension, nurses, women, stress.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue comparar indicadores psicológicos y fisiológicos en 14 mujeres hipertensas (grupo 1) y 20 enfermeras normotensas (grupo 2) que laboran en áreas de alto estrés de un hospital de alta especialidad. Material y métodos: se empleó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas (4); se evaluaron eventos estresantes, distrés, ansiedad conductual, presión arterial, pulso, índice de masa corporal y capacidad física funcional. Los resultados muestran diferencias significativas entre los grupos (prueba Tukey Kramer) en el puntaje total de distrés y la cantidad de eventos negativos (mayor en grupo 1) y de eventos positivos (menor en grupo 1) en las evaluaciones 1 y 3. Además, la capacidad física funcional fue más alta en el grupo 1 en las evaluaciones 3 y 4. Discusión: la realización de evaluaciones psicológicas y fisiológicas de forma periódica propicia cambios de actitud y de conducta, dirigidos hacia el cuidado de la salud física y emocional en poblaciones susceptibles al estrés.

Palabras clave: hipertensión arterial, enfermeras, mujeres, estrés.

* Doctoranda en Psicología de la UNAM donde es profesora de asignatura de la Licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAED) de la Facultad de Estudios Superiores –FES– Iztacala. Correo electrónico: zansax@yahoo.com.mx.

** Doctora en Psicología de la UNAM, donde hace parte del Proyecto de Investigación Aprendizaje Humano de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación. Correo electrónico: herpoz@unam.mx.

*** Cardiólogo. Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad (HCSAE) PEMEX.

Introducción

Indudablemente, uno de los padecimientos con mayor prevalencia en el mundo es la enfermedad cardiovascular, debido a que integra un conjunto de patologías del sistema circulatorio que puede afectar al corazón, al cerebro y a otros órganos. Carpi-Ballester, Zurriaga, -Llorens, González-Navarro, Marzo-Campos y Buunk (2007) argumentan que los factores de riesgo son diversos: desde factores hereditarios y personales, hasta factores relacionados con los estilos de vida y con hábitos como comer en exceso, consumir alimentos con alto contenido de grasa, consumir tabaco y alcohol, el sedentarismo, el afrontamiento inadecuado del estrés, etc., debido a que éstos contribuyen a la formación de la placa de ateroma y a la obstrucción de los vasos sanguíneos, lo que aumenta el riesgo de sufrir un infarto o perjudicar la salud en personas con antecedentes de la enfermedad. Al respecto, Armario, Segura, Galera y Ruilope (2007) señalan que el 57,9% de los pacientes con este tipo de enfermedades presenta al menos un factor de riesgo modificable. El factor de riesgo más relevante es la hipertensión arterial, la cual, de acuerdo con la OMS (Rosas, Pastelin, Martínez, Herrera-Acosta y Attie, 2004), implica registros de ≥ 140 mmHg en la presión sistólica y/o una elevación \geq de 90 mmHg en la diastólica. Se considera estadio 1 cuando la presión sistólica está entre 140 y 159 mmHg y/o la presión diastólica está entre 90 y 99 mmHg. La presión es normal cuando la sistólica oscila entre 120 y 129 y/o la diastólica oscila entre 80 y 84 mmHg.

Se estima que un billón de personas en el mundo padece de hipertensión arterial (Piedra-León, García-Gómez, Velilla, Fernández-Fresnedo y Arias, 2007), enfermedad que se considera responsable del 40-45% de las muertes por enfermedad cardiovascular (División, 2006). En México, la *Encuesta Nacional de Salud del 2000* señala que la prevalencia de hipertensión arterial es de 30,05%, donde es de 26,3% en mujeres y de 34,2% en hombres (Velázquez-Monroy, Rosas, Lara, Pastelín, Sánchez y Attie, 2003). Además, en el año 2005 fue la quinta causa de muerte general en mujeres (Secretaría de Salud de México, 2008).

Al respecto, el informe *NHANES III* estima que de 43 millones de adultos americanos hipertensos, 20 millones no recibía ningún tipo de tratamiento y de los 23 millones que consumían fármacos, sólo el 27,4% estaba controlado. En Alemania, el grado de control de personas hipertensas entre 35 y 64 años es de 29,9%; en Italia, de 28,1%, y en Suecia, de 21% (Suárez & García, 2004). La primera opción de tratamiento para la hipertensión arterial la constituye el tratamiento farmacológico; no obstante, la eficacia del no farmacológico ha sido enfatizada por la OMS y por el Comité para la Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión (Maceira y Rodríguez, 1995). Respecto al tratamiento conductual de los padecimientos cardiovasculares, se han empleado técnicas de biofeedback, de relajación y de afrontamiento del estrés (Pérez, Fernández y Fernández, 2003).

La *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial* (Secretaría de Salud, 1999) señala que los factores modificables que ayudan a evitar el desarrollo de esta enfermedad son: control de peso (IMC recomendable >18 y <25), actividad física, reducción del consumo de alcohol y sal, y una alimentación equilibrada. Al respecto, el estudio PRESCAP (SEMERGEN,) indica que la obesidad, el consumo de alcohol, el sedentarismo y la edad son los mejores predictores de un control inadecuado de la presión arterial (Roca-Cusachs, 2007).

Otra población relacionada con el estrés es la que ejerce como profesión la enfermería, la cual es de gran importancia para la sociedad, no sólo por su capacidad en la solución de problemas de salud, sino por la trascendencia de su labor en el cuidado de las personas. Desde un estudio sociológico de la profesión de enfermería, Lartigue (1998) indica que ésta se caracteriza como femenina, de baja extracción social, de estudios no universitarios, subordinada al médico, con bajos salarios y de carácter cautivo; además, en esta profesión las relaciones entre colegas han sido caracterizadas como fuente de estrés.

Sin embargo, la función de la enfermera como cuidadora implica la participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud,

mediante medidas preventivas para evitar la aparición de enfermedades, su progresión o el desarrollo de secuelas. Dentro del ámbito hospitalario existe un gran número de situaciones estresantes para las enfermeras (la competitividad laboral, cargas de trabajo, las tensiones a las que se someten, entre otras), y de no afrontarlas adecuadamente, pueden alterar su salud, provocando descontrol de emociones y enfermedades psicosomáticas como úlceras gástricas, colesterol alto, hipertensión arterial, conductas agresivas, enfermedades de la piel, migraña, depresión, disfunciones digestivas y coronarias, disminución inmunológica, etc.; lo que a su vez afecta el rendimiento laboral y propicia ausentismo (Hernández-Mendoza, Cerezo-Reséndiz & López-Sandoval, 2007).

En un estudio se encontró que las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos coronarios son más hostiles, deprimidas y ansiosas que las de otras áreas (Lartigue, 1998). En Estados Unidos el 30% de 11 millones de empleados del servicio de salud está expuesto al estrés, debido a su lugar de trabajo. Por su parte, la Fundación Europea para el Desarrollo de las Condiciones de Trabajo afirma que el 44% de las enfermeras viven estresadas (Antai-Otong, 2001).

El estrés ha existido siempre, ligado a la vida y al proceso de evolución del hombre. Diversos estudios han demostrado que la incapacidad del organismo humano para controlar los estresores sociales y psicológicos puede desarrollar alteraciones cardiovasculares, hipertensión, úlcera péptica, dolores musculares, asma, jaquecas, pérdida de calidad de vida y depresión, entre otros (Sandín, 2003). Por ello, se considera al estrés psicológico como una relación particular entre la persona y el ambiente, la cual es evaluada por la persona como una situación demandante o que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984).

El proceso de estrés incluye: el estresor, el proceso de evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento (a nivel cognitivo y conductual) y la reacción de estrés (que implica acciones fisiológicas y conductuales) (Sandi, Venero & Cordero, 2001); sin embargo, ningún evento o situación es inherentemente estresante, el juicio subjetivo sobre la situación amenazante depende de cómo

se define al estresor (Zakowski, Hall, Cousino & Baum, 2001).

El fisiólogo Hans Selye en 1974 describió dos tipos de estrés (citado por Lazarus, 2000): el *distrés*, que es destructivo, es ilustrado por la ira y la agresión y es perjudicial para la salud, y el *eustres*, que es de tipo cognitivo, es ilustrado por emociones asociadas a la preocupación empática por los demás y con los esfuerzos positivos que beneficiarían a la comunidad, y que es compatible y protege la salud. Además de estos tipos, el *estrés crónico* está constituido por problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos de la vida diaria, mientras el *estrés diario* implica sucesos más frecuentes y menos sobresalientes que los sucesos mayores. Algunos autores sugieren que este último tipo de estrés es mejor predictor de la perturbación de la salud, particularmente de los trastornos crónicos (Sandín, 2003).

Para evaluar el estrés en esta investigación se ha empleado el Cuestionario de Eventos Recientes Estresantes, que consiste en la evaluación de la cantidad de eventos recientes clasificados por el sujeto como positivos, negativos o neutros, y su nivel de impacto (Hernández-Pozo, Calleja, Macías, Castillo, Frías y Cerezo, 2008). Este cuestionario está basado en el *Schedule of Recent Experience (SRE)* (Inventario de Experiencia Reciente), elaborado con ítems de sucesos vitales y en el que se seleccionan los sucesos asociados al inicio de las enfermedades, ya que éstas podrían evocar reacciones psicofisiológicas. Sanín (2003) define “sucesos vitales” como cambios vitales que entre mayores son (por la suma de varios sucesos vitales) mayor es la probabilidad de enfermar, considerando la acumulación de varios sucesos ocurridos en los 2 últimos años y en los 12 o 6 meses anteriores (*estrés reciente*).

Diversos autores no señalan diferencias entre el estrés y la ansiedad. Ésta última se puede medir conductualmente con el Paradigma Emocional de Stroop, mediante el cual se identifica el color de la tinta en el que están impresos una serie de nombres de colores, ignorando su significado, tan rápido como sea posible (ejerciendo estrés). Se supone la existencia de un sesgo atencional cuando el paciente emplea más tiempo en nombrar el color de las

palabras emocionales que en las palabras neutras, lo que se denomina como “efecto Stroop” o de “interferencia” (Baños, Quero & Botella, 2005). Este paradigma se ha utilizado en: depresión, anorexia y bulimia nerviosa, desorden postraumático, ansiedad generalizada y en alcohólicos (Sharma, Albery y Cook, 2001).

El objetivo de este estudio fue comparar indicadores psicológicos (eventos estresantes, distrés, ansiedad general) y algunos indicadores fisiológicos (presión arterial, pulso e IMC) en mujeres hipertensas y enfermeras normotensas que laboran en áreas de alto estrés.

Método

Participantes

Mediante un diseño cuasi experimental se seleccionaron de forma no probabilística dos grupos de mujeres adscritas al Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX. Las participantes del grupo experimental fueron pacientes del hospital invitadas a participar en el estudio mediante una plática sobre hipertensión arterial en la sala de espera del área de cardiología, se identificó a las que padecían hipertensión arterial y se confirmó el diagnóstico con un cardiólogo; luego, se les realizó una entrevista para conocer si cubrían los criterios de inclusión en el estudio y se les tomó la presión arterial. El grupo comparativo fue seleccionado mediante invitación directa en su área de trabajo.

Grupo experimental

Estuvo compuesto por 14 pacientes del hospital diagnosticadas con hipertensión arterial tipo 1. Mujeres entre 35 y 55 años de edad (la media de edad fue de 51 años), cualquier estado civil, nivel socioeconómico medio, alfabetas, cualquier peso, sedentarias con o sin tratamiento farmacológico. Se descartaron del estudio las pacientes que registraron la presión arterial mayor o igual a 160-100mmHg y aquellas con tratamiento psicológico o psiquiátrico o que padecían diabetes mellitus o alguna enfermedad crónica.

Sobre las características de la muestra, el 93% reportó tener pareja y el 79% tenía hijos, el 71% trabajaba. Respecto al tiempo de diagnóstico, el 14% de la muestra fue diagnosticada en menos de un año; el 43%, entre 1 y 5 años; el 36%, entre 6 y 10 años, y el 7%, en un lapso de tiempo mayor a 10 años. Además, el 71% consumía antihipertensivos. El 7% sólo había cursado la primaria, el 50% la secundaria o bachillerato y el 43% licenciatura o maestría.

Grupo comparativo

Estuvo conformado por 20 enfermeras de las siguientes áreas: cardiología, unidad coronaria, quirófano, terapia intensiva y oncología pediátrica. Se seleccionaron quienes cubrían los mismos criterios de inclusión del grupo experimental, a excepción del padecimiento, y que en 3 días diferentes hubieran reportado cifras de la presión arterial por debajo de 140/90mmHg. Se descartaron del estudio las enfermeras con tratamiento psicológico o psiquiátrico y aquellas que padecían diabetes mellitus o alguna enfermedad crónica. La media de edad de este grupo fue de 45 años, el 75% reportó tener pareja, el 80% tenía hijos y el 90% tenía un nivel de estudios de carrera técnica o licenciatura.

Instrumentos

Se utilizó el *Cuestionario de Eventos Recientes Potencialmente Estresantes –ERE–* versión 01, el cual consta de 48 reactivos en los cuales se identifican la ocurrencia de eventos positivos, negativos y neutros durante 6 meses, y el grado de efecto para la persona en una escala de 0 a 5 (Hernández-Pozo, Calleja, Macías, Castillo, Frías y Cerezo, 2008).

También se utilizó el *Cuestionario de Distrés*, que consta de 7 adjetivos que describen el estado de humor del paciente, y los cuales están divididos en tres áreas: ansiedad (tensión, nerviosismo, ansiedad), enojo (enojo, resentimiento) y depresión (tristeza y desesperación). Ante el cuestionario el paciente responde si sintió en la última semana alguna de las emociones mencionadas, incluyendo el día de la encuesta, y elige para su respuesta una de las siguientes opciones: 1) nada, 2) un poco, 3)

moderadamente, 4) en gran medida y 5) mucho (Hernández-Pozo, Cerezo, Calleja y Coronado, 2008).

También se usó una tabla de registro de clase física funcional, basada en la tabla de evaluación de la capacidad física (Libby, Bonow, Mann & Zipes, 2008) y percepción de esfuerzo físico (Noble, Borg, Jacobs, Ceci & Kaiser, 1983). Se registró la cantidad de distancia caminada durante 15 minutos y la percepción de esfuerzo ante esta actividad física, que va desde muy pesada hasta muy ligera.

Otra de las herramientas empleadas fue la Prueba de Stroop de Ansiedad General (computarizada), la cual mide la ansiedad de forma conductual, y consiste en 60 ensayos de discriminación condicional donde se presentan palabras de colores con carga emocional positiva (20), negativa (20) y neutra (20), con 6 opciones de colores. Mide el índice de interferencia negativa, el índice de interferencia positivo, la latencia media, la latencia negativa, la latencia positiva, la latencia neutra y los aciertos (Hernández-Pozo, Torres y Chávez, 2003).

Aparatos

Se utilizó una computadora LapTop Compac Presario para aplicar la prueba de Stroop, al igual que un manómetro digital de muñeca –marca OMRON, modelo HEM-629, el cual ha sido avalado por la Asociación Mexicana de Cardiología– para medir la presión arterial sistólica, la presión arterial diastólica y el pulso. También se utilizó una báscula para determinar el peso de las pacientes.

Procedimiento

Se realizaron las evaluaciones con los instrumentos señalados, para ambos grupos de forma individual y durante 4 momentos (una vez al mes). En cada evaluación se registraron datos sociodemográficos en el expediente; transcurridos 5 minutos, se tomaron las medidas fisiológicas (la presión arterial, pulso). Se aplicaron los cuestionarios ERE y de distrés. Posteriormente, se tomaron otra vez las medidas fisiológicas, se les aplicó la prueba de Stroop de ansiedad general y se registraron las mediciones fisiológicas. Se les tomó el peso corporal y por

último se les evaluó la capacidad física funcional, mediante una caminata de 15 minutos a paso normal; se registró tanto la distancia total recorrida, como la percepción de esfuerzo físico ante ésta.

Todas las participantes firmaron una carta de consentimiento informado, donde se les indicaron las características y beneficios del estudio.

Resultados

Se realizó el análisis estadístico mediante el programa JMP, versión 3.2.6 (SAS Institute, 1995), a través del cual se aplicó la prueba paramétrica Tukey Kramer. En las figuras creadas por este programa se representan los grupos mediante diagramas de caja (parte izquierda); cada caja representa un grupo y la línea horizontal que divide a la caja indica la media de los datos de ese grupo. Los límites superior e inferior de la caja indican los cuantiles 3 y 1, por su parte, las líneas horizontales separadas de la caja ilustran los valores de los percentiles 10 y 90 de la medida seleccionada para cada grupo. La parte derecha de la gráfica muestra el resultado de la comparación entre grupos, con círculos y con el valor de la prueba aplicada. La interpretación del análisis es: si los círculos están por encima o si se sobrelapan hasta un ángulo mayor a los 90°, los grupos representados para esos círculos no difieren significativamente entre sí. Además, si el ángulo formado por la yuxtaposición de los círculos corresponde a 90°, entonces la diferencia estadística entre los grupos es límite. Si los círculos están poco sobrelapados en un grado inferior a los 90°, o si no se tocan entre sí, entonces la diferencia entre grupos es estadísticamente significativa. El diámetro de los círculos y el área de las cajas dependen del tamaño de la N del grupo.

Indicadores

Indicadores fisiológicos

Los conforman la presión arterial y el pulso. Mediante la prueba Tukey Kramer, los datos muestran diferencias significativas en ambos grupos; debido a que el grupo 1 está conformado por mujeres con hipertensión arterial, tanto la presión sistólica como

la diastólica fueron mas altas en comparación con el grupo 2, durante las 4 evaluaciones: a) presión sistólica evaluación 1: $p=0,0161$, evaluación 2: $p=0,0060$, evaluación 3: $p=0,0003$ y evaluación 4: $p=0,0008$; b) presión diastólica evaluación 1: $p=0,0022$, evaluación 2: $p=0,0001$, evaluación 3: $p=0,0024$ y evaluación 4: $p=0,0009$. Sin embargo, en cuanto al pulso no se encontraron diferencias: evaluación 1: $p=0,0844$, evaluación 2: $p=0,5334$, evaluación 3: $p=0,9769$ y evaluación 4: $p=0,0753$.

Con respecto Índice de Masa Corporal, tampoco se encontraron diferencias entre los grupos durante las evaluaciones: 1 ($p=0,2490$), 2 ($p=0,2359$), 3 ($p=0,7787$) y 4 ($p=0,7174$). No obstante, en el grupo 1 el 28,5% presentó peso normal; el 43%, sobrepeso y el 28,5%. obesidad. En el grupo 2, el 5% tenía peso normal; el 65%, sobrepeso y el 30%, obesidad.

Indicadores psicológicos

Eventos positivos: Se encontraron diferencias entre los grupos en las evaluaciones 1 ($p=0,0481$) y 3 ($p=0,0399$) frente a este indicador. El grupo 2 (enfermeras) reportó una mayor cantidad de eventos positivos en ambas evaluaciones, en comparación con el grupo 1; no obstante, en las evaluaciones 2

($p=0,1538$) y 4 ($p=0,3393$) no se encontraron diferencias entre los grupos. Asimismo, se registró la valencia de estos eventos, en la cual no se encontraron diferencias en las evaluaciones 1 ($p=0,0984$), 2 ($p=0,1713$) y 4 ($p=0,0952$); sin embargo, en la evaluación 3 las participantes del grupo 2 le adjudicaron un valor más alto a estos eventos ($p=0,0459$).

Eventos negativos: Se observó la misma tendencia que en los eventos positivos, debido a que en las evaluaciones 1 ($p=0,0060$) y 3 ($p=0,0050$) se observaron diferencias entre los grupos, es decir, el grupo 1 reportó una mayor cantidad de eventos negativos que el grupo 2 (ver figura 1). En las evaluaciones 2 ($p=0,5013$) y 4 ($p=1,0000$) estas diferencias desaparecieron. En el registro de la valencia de estos eventos, los datos señalan diferencias estadísticas entre los grupos en las evaluaciones 1 ($p=0,0072$) y 3 ($p=0,0076$), en cambio en las evaluaciones 2 ($p=0,6410$) y 4 ($p=0,4870$), estas diferencias desaparecieron.

Distrés: El puntaje total de distrés fue más alto en el grupo 1 en las evaluaciones 1 ($p=0,0001$) y 3 ($p=0,0150$) (ver figura 2), en comparación con el grupo 2. No obstante, en las evaluaciones 2 ($p=0,0860$) y 4 ($p=0,8387$) estas diferencias desaparecieron.

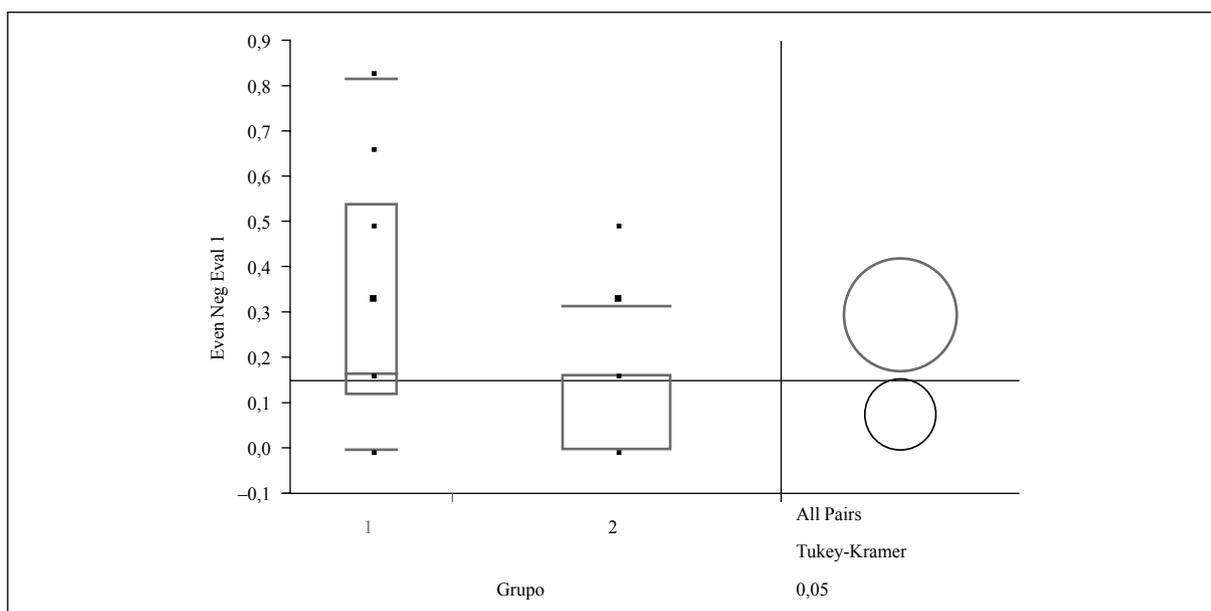


Figura 1. Eventos negativos en grupo 1(hipertensas) y grupo 2 (enfermeras) en la evaluación 1

Stroop Ansiedad General: Respecto a esta prueba conductual, los datos no muestran diferencias significativas de los indicadores entre los grupos en las evaluaciones 1, 2 y 4. En la evaluación 3, sólo se encontraron diferencias en cuanto a la latencia neutra $p=0,0268$ (ver tabla 1).

Capacidad física

No se presentaron diferencias significativas entre los grupos en las evaluaciones 1 ($p=0,1879$) y 2 ($p=0,3565$). No obstante, las diferencias se

presentaron en las evaluaciones 3 ($p=0,0217$) y 4 ($p=0,0008$), pues el grupo 1 recorrió una distancia más grande en comparación con el grupo 2 (ver figura 3).

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue comparar los indicadores psicológicos y fisiológicos en dos poblaciones consideradas vulnerables al estrés. Los datos señalan que como era de esperarse el grupo 1 (mujeres hipertensas) registró cifras

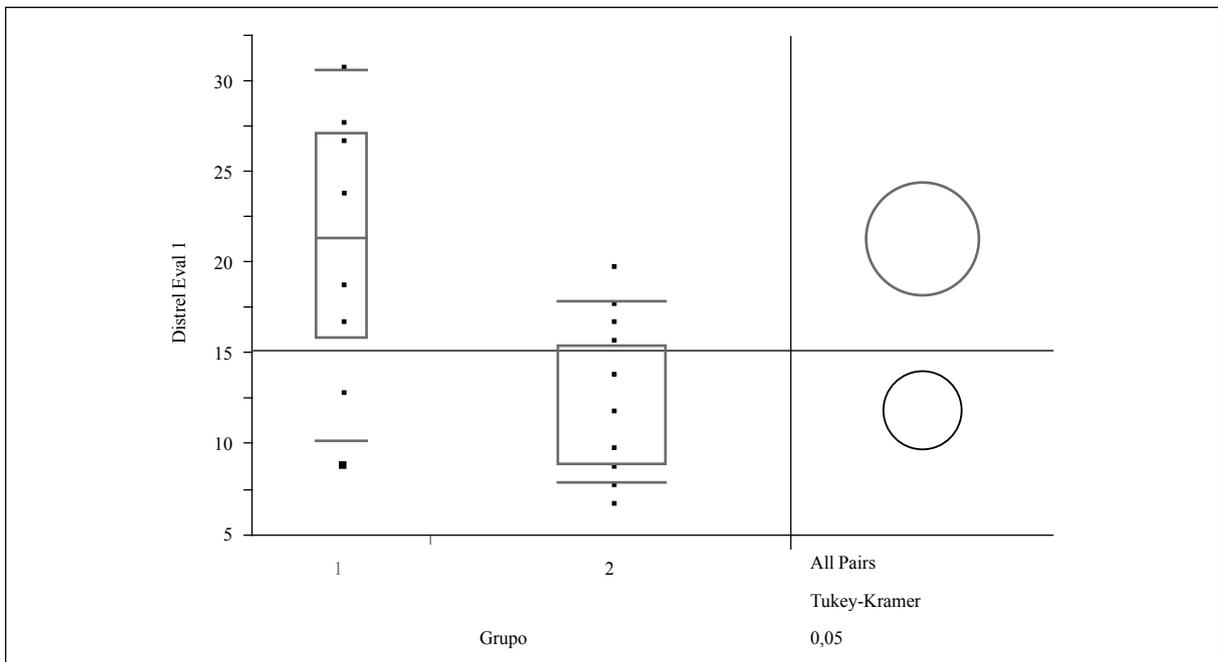


Figura 2. Puntaje total de distrés en grupo 1 (hipertensas) y grupo 2 (enfermeras) en la evaluación 1

Tabla 1. Valores estadísticos de la comparación entre los grupos 1 y 2, respecto a los indicadores de Prueba Stroop Ansiedad General en 4 evaluaciones

	<i>Evaluación 1</i>	<i>Evaluación 2</i>	<i>Evaluación 3</i>	<i>Evaluación 4</i>
Interferencia Negativa	$p=0,3685$	$p=0,6046$	$p=0,6709$	$p=0,1266$
Interferencia Positiva	$p=0,9726$	$p=0,7191$	$p=0,4919$	$p=0,3783$
Latencia media	$p=0,4936$	$p=0,8145$	$p=0,0710$	$p=0,1396$
Latencia Negativa	$p=0,2773$	$p=0,9701$	$p=0,1046$	$p=0,1194$
Latencia Positiva	$p=0,6390$	$p=0,6963$	$p=0,1387$	$p=0,2428$
Latencia Neutra	$p=0,7123$	$p=0,7639$	$p=0,0268$	$p=0,1176$
Numero de Aciertos	$p=0,4106$	$p=1,0000$	$p=0,7767$	$p=1,0000$

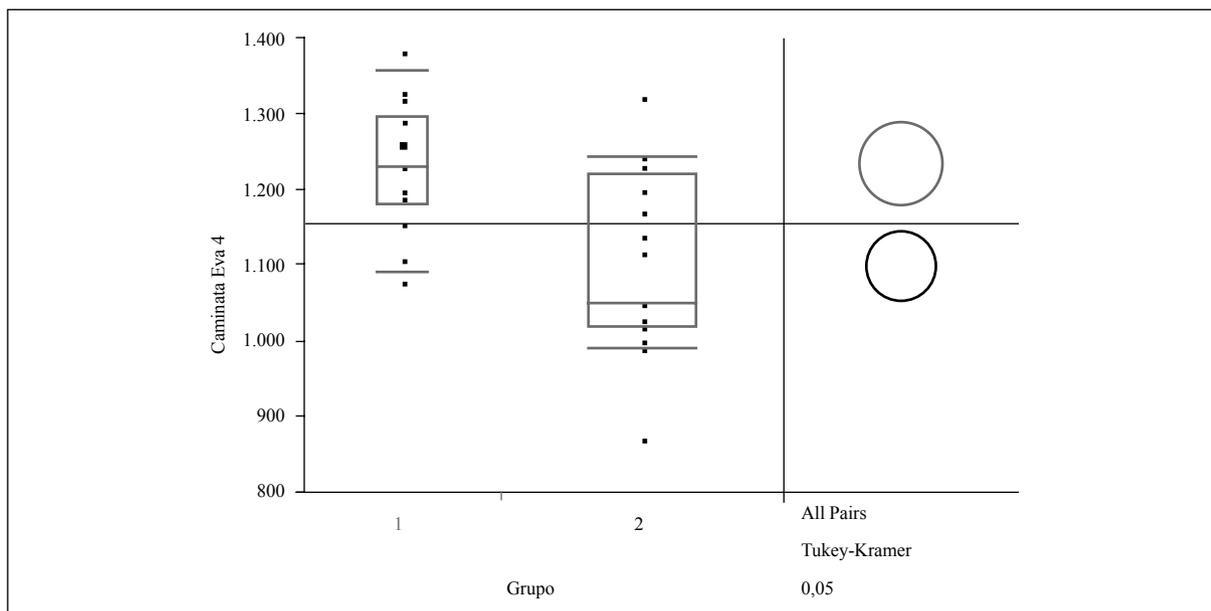


Figura 3. Capacidad física funcional en grupo 1 (hipertensas) y grupo 2 (enfermeras) en evaluación 4

más altas en cuanto a la presión arterial debido a su diagnóstico.

Respecto al *Cuestionario de Eventos Recientes Estresantes*, durante las primeras evaluaciones el grupo 1 reportó más acontecimientos negativos y una menor cantidad de eventos positivos en sus vidas; sin embargo, al final de las evaluaciones estas diferencias desaparecieron, lo cual puede ser explicado por el hecho de que las evaluaciones psicológicas en sí mismas producen cambios positivos. Esto se puede corroborar en la evaluación de distrés, ya que el grupo 1 registró una disminución notable de ésta variable en la última evaluación.

El cambio en el puntaje de distrés en el grupo 1 es de gran relevancia, debido a que Denollet y Brutsaert (2001) argumentan que el distrés emocional en pacientes con enfermedad coronaria ha sido relacionado con un pronóstico pobre, por lo que sugieren que los clínicos necesitan incorporar la evaluación del estado de ánimo y administrar un tratamiento adicional a pacientes con padecimientos cardiovasculares y con distrés emocional. Además, subrayan que la reducción del distrés puede mejorar el pronóstico en las enfermedades cardiovasculares.

Respecto a la Prueba de Stroop, no se encontraron diferencias en los valores de la interferencia

negativa (el valor más importante de la prueba), ello indica que ninguno de los dos grupos reportó ansiedad general de forma conductual, lo cual es muy favorable.

Los datos de este estudio son un gran aporte para la detección de factores de riesgo en esta población, debido a que en la ENSANUT 2006 (Olaíz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández, 2006) se encontró que las enfermeras presentan mayores factores de riesgo (hipercolesterolemia, mayor índice cintura cadera y sobrepeso) para desarrollar enfermedades crónicas degenerativas. Esto fue confirmado en este estudio, pues el 65% de las enfermeras presentaron sobrepeso y el 30% obesidad.

Es importante señalar que a partir de las evaluaciones, unos meses después se realizó un programa de detección y control de factores de riesgo en este personal durante una semana. Esto demuestra el impacto positivo de una evaluación psicológica sobre el estilo de vida de las personas, aun sin la exposición a alguna intervención.

Cabe mencionar que durante las evaluaciones, las participantes de ambos grupos reflexionaron sobre sus vidas e hicieron un análisis de lo que habían vivido recientemente, lo cual proporcionó una reconceptualización de estos eventos. Además, con estas evaluaciones las participantes consideraron

que se le brindó mas atención a su salud integral (física y psicológica), por lo cual mostraron mayor interés a los cambios con respecto al peso, a disminuir el nivel de distrés y a disfrutar la caminata (sobre todo en el grupo 1, ya que en la última evaluación recorrieron una mayor distancia en comparación con el grupo 2).

Dado lo anterior, con la presente investigación se subraya la importancia del psicólogo de la salud en el área de las enfermedades cardiovasculares en poblaciones de riesgo, como ya ha sido indicado por la American Psychological Association (APA), la cual destaca como una de las atribuciones del psicólogo de la salud la identificación precoz de personas en situación de riesgo (Sebastiani, Pellicioni y Chiattonne, 2002).

Referencias

- Antai-Otong, D. (2001). Creative stress-management techniques for self-renewal. *Dermatology Nursery*, 13(1), 31-39.
- Armario, P., Segura, L., Galera, E. y Ruilope, L. (2007). Factores y causas del mal control y estrategias de corresponsabilidad médico-paciente en el control de la hipertensión. Resultados de los estudios COROPINA y CO-REVALUA del programa CORRESPONDE. *Hipertensión*, 24(3), 93-100.
- Baños, R., Quero, S. y Botella, C. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computarizado) y papel mediador de distintas variables clínicas. *International Journal of Clinical Health and Psychology*, 5(1), 23-42.
- Carpi-Ballester, A., Zurriaga-Llorens, R., González-Navarro, P., Marzo-Campos, J. y Buunk, A. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical Health and Psychology*, 7(1), 59-70.
- Denollet, J. y Brutsaert, D. (2001). Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease. *Circulation*, 104(17), 2018-2023.
- División, J. (2006). Riesgo cardiovascular global en hipertensos. *Hipertensión*, 23(7), 205-206.
- Hernández-Mendoza, E., Cerezo-Reséndiz, S. y López-Sandoval, G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del IMSS*, 15(3), 161-166.
- Hernández-Pozo, M.R., Calleja, N., Macías, D., Castillo, P., Frías, B., Cerezo, S., et. al. (2008). Percepción de eventos recientes potencialmente estresores en la población mexicana. Descripción psicométrica de una escala (manuscrito enviado para publicación).
- Hernández-Pozo, M.R., Cerezo, S., Calleja, N. y Coronado, O. (2008). Características psicométricas de la escala de distrés de Culver, Arena, Antoni y Carver en población mexicana (manuscrito enviado para publicación).
- Hernández-Pozo, M.R. y Torres-Chávez, A. (2003). Programa computarizado para medir ansiedad conductual: estructura del programa, listado de programación en Turbo Pascal, instructivo de aplicación y disco compacto. En Jurado Cárdenas S. y Hernández Pozo M. R. (compiladores). *Ansiedad. Medición y Estudios Conductuales*. México: AMCS y Ritoz.
- Lartigue, F. (1998). *Enfermería: una profesión de alto riesgo*. México: Plaza y Valdés.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. EE.UU.: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Libby, P., Bonow, R., Mann, D. y Zipes, D. (2008). *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine* (8 ed.). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Maceira, C. y Rodríguez, A. (1995). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Medicine*, 29, 55-62.
- Noble, B.J., Borg, G.A., Jacobs, I., Ceci, R. y Kaiser, P.A. (1983). Category-ratio perceived exertion scale: relationship to blood and muscle lactates and heart rate. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 15(6), 523-528.
- Olaíz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., et. al. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Pérez, M., Fernández, J. y Fernández, C. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámide.
- Piedra-León, M., García-Gómez, M., Velilla, N., Fernández-Fresnedo, G. y Arias, M. (2007). Análisis clínico de las crisis hipertensivas tratadas en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Hipertensión*, 24(4), 185-186.
- Roca-Cusachs, A. (2007). Control de la hipertensión arterial: la asignatura pendiente. *Hipertensión*, 24(1), 1-3.
- Rosas, M., Pastelín, G., Martínez, J., Herrera-Acosta, J. y Attie, F. (2004). Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. *Archivos de Cardiología de México*, 74, 134-157.
- Sandi, C., Venero, C. y Cordero, M. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona: Ariel.

- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical Health and Psychology*, 3(1), 141-157.
- Sebastiani, R., Pelicioni, M. y Chiattoni, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical Health and Psychology*, 2(1), 153-172.
- Secretaría de Salud de México. *Encuestas de mortalidad*. Recuperado el 20 de septiembre del 2008, de <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index>.
- Secretaría de Salud de México. *Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSAA2-1999, "Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial"*. Recuperado el 20 de septiembre del 2008, de <http://www.facmed.unam.mx/sss/nom/nom030ssa299.doc>.
- Sharma, D., Albery, I. y Cook, C. (2001). Selective attentional bias to alcohol related stimuli in problem drinkers and non-problem drinkers. *Addiction*, 96(2), 285-296.
- Suárez, C. y García, I. (2004). Modificación del tratamiento en pacientes hipertensos mal controlados. *Hipertensión*, 21(9), 439-441.
- Velázquez-Monroy, O., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Sánchez, C., Attie, F., et al. (2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*, 73(1), 62-77.
- Zakowski, S., Hall, M., Cousino, L. y Baum, A. (2001). Appraised control, coping and stress in a community sample: a test of the goodness-of-fit hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(3), 158-165.

Recepción: 1 de diciembre de 2008
Aceptación: 23 de julio de 2009