UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Fundada en 1551
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE POST GRADO

Afrontamiento al estrés en personas hipertensas del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado

TESIS para optar el Grado Académico de: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA con mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR
LUIS DE LA CRUZ VÍLCHEZ
ASESOR Dr. LUIS VICUÑA PERI

LIMA – PERÚ 2003

. . 1

Agradecimiento . 3

Resumen . 5

Introducción . 7

Capítulo I. Planteamiento del problema . . 9

1.1 Formulación . . 9

1.2 Justificación . 10

1.3 Limitaciones . 11

1.4 Objetivos . 12

1.4.1 Objetivo general . 12

1.4.2 Objetivos específicos . . 12

Capitulo II. Marco teórico . . 13

2.1 Antecedentes de la investigación . 13

2.2 Marco teórico conceptual . . 14

2.2.1 El estrés . . 15

2.2.2 Características del estrés . 16

2.2.3 Afrontamiento . . 18

2.2.4 Recursos de afrontamiento . . 19

2.2.5 Estrategias de afrontamiento . 20

2.2.6 El adulto mayor . . 21

2.2.7 La hipertensión arterial . 24

2.2.8 Afrontamiento al estrés e hipertensión arterial . . 25

2.3 Definiciones operacionales . 27

2.4 Variables de investigación . . 27

2.5 Hipótesis de investigación . . 27

Capitulo III. Metodología . 29

3.1 Método de investigación . 29

3.2 Población y muestra . . 30

3.3 Técnica de muestreo . 30

3.4 Instrumento de estudio . 32

3.5 Validez y confiabilidad . 33

3.6 Ajuste del instrumento de medición . . 35

3.7 Recolección de datos . . 37

3.8 Procesamiento de datos . . 37

Capitulo IV. Resultados . 39

4.1 Análisis de resultados . 39

4.1.1 Recurso cognitivo de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero . . 40

4.1.2 Recurso social de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero . . 40

4.1.3 Recurso emocional de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero . . 41

4.1.4 Recurso espiritual-filosófico de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero . 42

4.1.5 Recurso físico de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero . . 43

4.1.6 Recursos de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero . . 43

4.1.7 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores . . 44

4.1.8 Recursos de afrontamiento al estrés en adultos mayores hipertensos y no hipertensos . . 45

4.1.9 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores hipertensos y no hipertensos de sexo masculino . . 45

4.1.10 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores hipertensos y no hipertensos de sexo femenino . . 46

4.1.11 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores hipertensos y no hipertensos en función del sexo y puntaje estandar . 47

Capitulo V. Discusión . . 49

5.1 Conclusiones . . 52

5.2 Sugerencias . . 52

Bibliografia . 55

Anexos . . 59

Anexo 1. Gráficos y perfiles . 59

Anexo 2. Materiales de instrumento . 60

Dedico este trabajo a mis padres don Vicente De la Cruz y doña Asunción Vílchez, quienes me demuestran cada día la sabiduría y utilidad de los adultos mayores.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Agradecimiento

Agradezco a mi asesor Dr. Luis Vicuña Peri por su buena orientación y sugerencias para el desarrollo del trabajo.

A mis compañeros de trabajo, profesionales de la salud, quienes me han dado su apoyo.

A los adultos mayores por su participación en la investigación.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Resumen

Esta investigación se formula y se desarrolla ante la prevalencia de la hipertensión arterial en la población adulta mayor. El problema de estudio consiste en investigar si en la población de adultos mayores existen diferencias en los recursos de afrontamiento ante el estrés que presentan las personas hipertensas y las no hipertensas. Con el objetivo de identificar las diferentes modalidades de recursos que presentan los adultos mayores hipertensos en relación a las no hipertensos, ante situaciones estresantes.

El diseño de estudio es descriptivo comparativo, para establecer las diferencias de los recursos de afrontamiento, teniendo una muestra obtenida mediante un muestreo intencional, de personas entre 60 a 75 años de edad, con similares características y pertenecientes al Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado del mismo distrito. A ellas, se les administra el Inventario de Recursos de Afrontamiento de Hammer y Marting (1987) que mide cinco recursos de afrontamiento agrupados en personales y sociales. Los resultados obtenidos tienen un tratamiento estadístico mediante el programa informático estadístico ECXEL-2000.

Las conclusiones encontradas afirman que los recursos de afrontamiento ante el estrés en esta población no presentan una diferencia estadísticamente significativa entre los adultos mayores hipertensos y no hipertensos. Hecho que no debe concluir, sino motivar al desarrollo de nuevas investigaciones que amplíen las mismas y encontrar mejores alternativas de tratamientos de salud y promoción de estilos de vida saludables, en beneficio del adulto mayor y de la sociedad.

Términos Claves: Recursos de afrontamiento, Estrés, Persona hipertensa, Adulto mayor.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Introducción

El desarrollo de investigaciones sobre el estrés en diferentes grupos humanos y sociales están aportando alcances importantes en el campo de la salud. El estrés como factor de riesgo, puede generar o mantener problemas de salud, como son las enfermedades cardiovasculares, una de ellas es la hipertensión arterial. En cambio, como factor de protección, puede prevenir o conservar buena salud a través de mecanismos de afrontamiento frente a las demandas del entorno. Razones por la cual se presenta este estudio de investigación denominado “Afrontamiento al estrés en adultos mayores hipertensos del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado”, pretendiendo encontrar una explicación sobre este fenómeno prevalente en la salud de los adultos mayores.

Para conseguir este objetivo, el trabajo se presenta estructurado y ordenados en varios capítulos. El primero contiene la formulación y justificación del problema de estudio, los objetivos y la formulación de las hipótesis de trabajo. El segundo desarrolla el marco teórico de la investigación, antecedentes de estudios y referencias teóricas, luego se plantea la definición de los conceptos, basados en fuentes bibliográficas y estudios anteriores, después, se define claramente las variables de estudio.

En seguida, se describe claramente los procedimientos metodológicos y técnicos empleados en la investigación, describiendo la muestra seleccionada, el instrumento utilizado para la medición de los recursos de afrontamiento, así como la recolección de datos y el tratamiento estadístico respectivo. Luego, distribuidos en cuadros estadísticos, se presentan los resultados obtenidos en el trabajo, los cuales son analizados y descritos detalladamente. Por último se desarrolla una discusión de los resultados, donde se

asume una explicación sobre los datos más importantes referentes a los recursos de afrontamiento de los adultos mayores hipertensos.

Por último, el trabajo termina con el planteamiento de las conclusiones y sugerencias generados por el estudio, pretendiendo motivar futuros trabajos de investigación sobre el fenómeno del afrontamiento al estrés y la hipertensión arterial. A fin, de contribuir al desarrollo y bienestar de la salud, mediante el manejo del estrés con recursos adecuados y estrategias más eficientes.

Finalmente, la existencia de poca investigaciones y bibliografía sobre los recursos de afrontamiento, sobre todo con el adulto mayor en general y en relación con la hipertensión arterial, de alguna manera, ha limitado un estudio profundo sobre este problema. El desarrollo de más trabajos sobre el tema ayudará para una mayor comprensión y explicación del fenómeno tratado. Sus conclusiones contribuirán a la conservación de la salud y disminución de enfermedades físicas y psicológicas en los adultos y adultos mayores, en otras palabras, al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y de la sociedad.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Capítulo I. Planteamiento del problema

1.1 Formulación

La conservación de una buena salud está relacionada con el manejo de las demandas del entorno, condicionando la posibilidad de padecer enfermedades asociadas a situaciones estresantes de la vida diaria, tales como las afecciones respiratorias, de la circulación sanguínea, digestivas, excretoras y nerviosas; una de ellas, es la hipertensión arterial en los adultos mayores.

Según la Asociación Peruana de Hipertensión Arterial (APHA, 2000), esta afección, prevalece a nivel mundial entre 15 ó 20 %. en la edad adulta; en el Perú, el porcentaje es similar, en personas mayores de 60 años el 50% de ellos son hipertensos con un predominio del 90% del tipo hipertensión primaria o esencial (deficiencia vascular). Asimismo, indica que más del 10% proceden de la costa, el 5% de la sierra y un porcentaje menor proviene de la selva; diferencias que se relacionan con el espacio geográfico y el modo de vida en las ciudades.

En la Unidad Básica de Atención al Adulto Mayor de EsSalud del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado en el 2000 y 2001, registra la hipertensión arterial como uno de los cinco diagnósticos más frecuentes con el 7.5% en promedio, y en el 2002 representa el 6.6% de la población atendida.

La morbilidad y mortalidad en el adulto mayor tienen como causas las enfermedades cardiovasculares donde el 60% son con infartos agudos. En América, la enfermedad coronaria es la de mayor causa, con igual proporción entre hombres y mujeres, la angina cardiaca es del 20% en mayores de 65 años, los infartos cardiacos asintomáticos es del 30% en mayores de 75 años. La insuficiencia cardiaca aumenta después de los 75 años siendo el 90% causada por una hipertensión arterial; así como también, las arritmias en mayores de 65 años y los accidentes cerebro vasculares en mayores de 75 años están asociados con la hipertensión arterial. Las cifras son referidas por el informe Cardiovascular Health Study de EE.UU. (Delgado, 2000).

Como se puede observar, es preocupante la hipertensión arterial dentro de las patologías cardio y cerebro vasculares de los adultos mayores, ya que una de cada dos sufren sus consecuencias. Sola o acompañada con otros males geriátricos, están propensas a la presencia de un ataque al corazón o un derrame cerebral, produciendo la muerte o la invalidez con su baja calidad de vida.

Además, dentro de los factores previos para la presencia de la hipertensión arterial podrían ser los cambios anatomo-fisiológicos de la edad, la diabetes, el sedentarismo, el fumar, el beber, la mala alimentación y el estrés, o sea, un estilo de vida negativo para la salud (APHA, 2002), Según el reporte del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de 1997 de Estados Unidos, por lo tanto, sugiere como tratamiento complementario, la modificación del estilo de vida negativo (Gamboa, 2000).

Observando este panorama, la hipertensión arterial frecuentemente se presenta en los adultos mayores, en el proceso de envejecimiento de las personas, con los cambios físicos que este conlleva acompañado de cambios psicológicos y sociales, y la manera como la persona afronta este proceso de envejecimiento y las diferentes situaciones demandantes de la vida diaria, utilizando recursos de afrontamiento a situaciones estresantes, estarían influyendo en la aparición y permanencia de la hipertensión arterial.

Intentándose formular una explicación, surge la necesidad de plantearse y responder las siguientes interrogantes:

¿Difieren los recursos de afrontamiento frente al estrés en los adultos mayores hipertensos de los adultos mayores no hipertensos?

¿Los adultos mayores hipertensos difieren en los recursos de afrontamiento cognitivo, social, emocional, espiritual-filosófico y físico frente al estrés de los adultos mayores no hipertensos?.

1.2 Justificación

En los últimos años, el país manifiesta un incremento progresivo del tiempo de vida, con un promedio de 65 a 72 años de edad según datos referidos por el INEI (2001), en otras palabras, existen más adultos mayores que antes, quienes presentan de alguna forma diversos males geriátricos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

El inicio de estas afecciones permanentes o crónicas, perjudican o limitan la calidad de vida del adulto mayor, siendo frecuentemente los males metabólicos, digestivos, respiratorios, vasculares, dolencias corporales y dificultades psicomotoras. Dolencias físicas que paulatinamente desarrollan en enfermedades geriátricas.

Actualmente la ciencia médica acepta que los males físicos tienen una relación con las situaciones estresantes y con el estilo de vida individual y social. Factores conductuales como los hábitos nocivos y factores psicológicos, como el aumento de la sensibilidad emocional, soledad familiar, aislamiento, carencia de afecto, desinterés para realizar actividades y visión negativa del futuro, ansiedad y depresión; podrían predisponer la aparición de enfermedades cardio y cerebro vasculares, como la hipertensión arterial, infartos cardiacos y derrames cerebrales o sus consecuencias.

En esta perspectiva, las personas afrontan diferentes situaciones estresantes utilizando recursos personales y sociales para resolver posibles perturbaciones contra su integridad individual. El uso adecuado o inadecuado, determinará la capacidad de resistencia frente a los diversos males y enfermedades de la salud. En los adultos mayores ésta capacidad de manejo del estrés, en forma negativa, estaría condicionando el desarrollo de estos males.

Por lo tanto, es importante estudiar la relación que existe entre la presión arterial y el afrontamiento a situaciones estresantes y su influencia en la hipertensión arterial que padecen los adultos mayores propensos a enfermedades y accidentes vasculares. Y estas conclusiones permitirán describir si existe un factor atribuible a los recursos de afrontamiento para la presencia de la hipertensión arterial, y si no fuera el caso, indicarían que existen otros factores que propician este mal de la salud. También, contribuirán a mejorar las acciones de prevención de la hipertensión en los adultos mayores, elevando su capacidad de afronte y disminuyendo el costo que genera su tratamiento en las diversas instituciones de la salud.

Finalmente, no existen estudios psicológicos respecto del afrontamiento al estrés en relación a la hipertensión arterial en los adultos mayores, rezagados en tiempos anteriores, tal vez por la poca población adulta mayor, por la baja incidencia de enfermedades geriátricas o poca importancia de las autoridades competentes.

1.3 Limitaciones

- La frecuencia irregular de asistencia de las personas al centro mencionado.
- La muestra obtenida solo de un centro del adulto mayor por la dificultad de contar con otros centros.
- La posibilidad de respuestas alteradas ante afirmaciones no bien entendidas en personas de edad más avanzada.
- La poca fuente bibliográfica o investigativa respecto a la psicología del adulto mayor y la hipertensión arterial.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Identificar los recursos de afrontamiento al estrés que utilizan los adultos mayores hipertensos y no hipertensos.

1.4.2 Objetivos específicos

- Estimar el tipo de afrontamiento frente al estrés que utiliza el adulto mayor hipertenso y no hipertenso.
- Identificar diferencias entre el tipo de afrontamiento frente al estrés en el adulto mayor hipertenso y no hipertenso del sexo masculino.
- Identificar diferencias entre el tipo de afrontamiento frente al estrés en el adulto mayor hipertenso y no hipertenso del sexo femenino.
- Elaborar el perfil tentativo de los recursos de afrontamiento al estrés del adulto mayor hipertenso y no hipertenso.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Capitulo II. Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

Los primeros estudios sobre el estrés sucedieron en la década del treinta y a inicios del setenta, con investigaciones que adquirían preponderancia en el ámbito de la salud; desde entonces, a partir de 1980, se toma importancia al concepto de recursos y estrategias de afrontamiento utilizados frente al estrés.

Uno de las principales investigaciones sobre los recursos de afrontamiento es la de Hammer y Marting en 1988. Contando con diversas muestras, encontraron diferencias significativas en jóvenes y adultos pero diferencias poco significativas en adultos mayores. Con este estudio elaboran un instrumento de medición denominado el Inventario de Recursos de Afrontamiento al estrés (Coping Resources Inventory, CRI).

Otros estudios de investigadores crearon varios cuestionarios de afrontamiento al estrés, tales como: "Inventario de tipos de afrontamiento (WOC)" de Lazarus y Folkman; “Escala de habilidades de solución de problemas (SPSI)” de D´Zurilla y Nezu; “Escala de afrontamientos generales” de Stone y Neale; “Escala de afrontamiento (ACS)” de Frydenberg y R. Lewis, “Escala de afrontamiento (COPE)” de Carver, Scheier y Weintraub; la “tipología” de Meichenbaum y Turk; el “Inventario multidimensional de afrontamiento” de Endler y Parker; el “Catálogo de afrontamiento” de Scherurs, Willige,

Tellegen y Brosschot; el “Inventario de estrategias de afrontamiento” de Holroyd y Reynolds; el “Inventario breve de propensión a la enfermedad” de Eysenck; mencionadas por Fernández-Abascal (1997).

En Australia, Frydenberg y Lewis (1998) desarrollan una investigación sobre estrategias de afrontamiento en una muestra de adolescentes, encontrando que ellos afrontan o resuelven sus problemas utilizando la actividad física y en contacto con el entorno social.

En España, Arjona y Guerrero (2000) ejecutan un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento frente a la adaptación en adolescentes de secundaria, donde concluye que las estrategias más utilizadas son las activas y las menos usadas son las de apoyo social.

Asimismo, Cea y cols. en el 2001, realizan un estudio con personas hipertensas de hospitales estatales y privados, mediante el cuestionario Estrategias de afrontamiento de Fernández-Abascal, con la cual demuestran que existe una relación negativa entre la hipertensión arterial y el afrontamiento centrado en la respuesta (uso de estrategias para la solución del problema), esto es, que cuanto más centrada está el sujeto hipertenso en la respuesta, menos hipertensión tiene.

Estas investigaciones, indican que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en los jóvenes y adultos, son las referidas a la resolución directa del problema las cuales están apoyadas sobre el entorno social.

En el Perú, Nancy Valdez (1999) realiza un estudio referente a la presencia del estrés y los recursos de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas, a través del Inventario de Recursos de Afrontamiento de Hammer y Marting, en base a recursos personales y sociales; al concluir, encuentra que ellas tienen bajos afrontamientos al estrés en ambos recursos generales.

Carmen Segura, en el 2001, desarrolla un estudio sobre estrategias de afrontamiento al estrés e inteligencia cognitiva y no cognitiva en estudiantes universitarios, utilizando la Escala de estrategias de afrontamiento de Frydenberg y Lewis; aquí encuentra que la inteligencia emocional y la inteligencia cognitiva predicen el uso de los estilos de afrontamiento, productivo o no productivo.

Como se observa, los pocos estudios realizados, refieren la existencia de menores recursos de afrontamiento en adolescentes con problemas psicosociales y mejores estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios con mejores habilidades emocionales y cognitivas. Estudios que necesitan ser aclarados con otras investigaciones.

2.2 Marco teórico conceptual

El estrés, el afrontamiento, recursos y estrategias, son términos utilizados cotidianamente y están relacionados con nuestra vida y la sociedad. Los teóricos los han abordado en

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

sus diferentes contextos tratando de entenderlas y definirlas, pese a ello, sigue manteniendo un contenido complejo y amplio.

Los conceptos adulto mayor e hipertensión arterial, en cambio, tienen una conceptuación más precisa en base a un criterio arbitrario.

2.2.1 El estrés

El término estrés es utilizado por primera vez en el campo de la salud por Cannon (1932) al realizar estudios en el ámbito de la fisiología, considerándolo como una perturbación de la homeostasis del organismo ante necesidades biológicas.

Desde entonces, se han realizado estudios sobre el estrés en la salud de las personas, tratados con diferentes enfoques según el sistema teórico que predominaba en la época, como la de base biológica o en las respuestas, la conductual o en los estímulos, la psicoanalítica o dinámica, la cognitiva interaccional o procesal.

Al principio, las teorías del estrés basadas en la respuesta y de enfoque biológico, conceptualizan al estrés como reacciones biológicas del organismo ante un estímulo ambiental estresante, intentando equilibrar la homeostasis del organismo, Selye es su principal representante.

Seyle en 1936, define al estrés como reacciones fisiológicas inespecíficas del organismo a las demandas hechas por él. Posteriormente (1960), denomina a estas reacciones “síndrome general de adaptación”, la cual es una respuesta general del organismo a estímulos estresores (psicofísicos), emitida en tres formas clásicas de respuesta orgánica: fase alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento neurovegetativo.

Más adelante, en 1953, Wolf considera al estrés como una reacción biológica y dinámica del organismo ante estímulos o circunstancias nocivas. Ambos ya consideraban la importancia de la presencia del estímulo.

Después de varias décadas, en 1997, como una forma de resumir y describir los conceptos existentes, Valdés define intencionalmente al estrés en base a las reacciones orgánicas, es decir, un estado de activación simpático-adrenal y neuroendocrina, que se acompaña de inhibición inmunitaria y conductual y de estados emocionales negativos.

En el enfoque analítico es poco utilizado el concepto del estrés, esta mas se refieren a los conceptos psicodinámicos sobre ansiedad (en lugar de estrés) analizados patológicamente en seres individuales. Así Freud, en 1930, consolida su teoría psicoanalítica y considera a la ansiedad como un estado conflictivo entre el bloqueo o retraso en la descarga instintiva o en la gratificación de ella, la cual produce una sintomatología ansiosa.

Las posteriores teorías psicodinámicas, considera a la ansiedad como un estado conflictivo (estado estresante) que activa mecanismos de defensa, generalmente psicosomáticas, para controlar su sintomatología negativa.

Años después, aparecen las teorías basadas en el estímulo y de enfoque conductual, la cual considera al estrés como respuesta asociada ante estímulos ambientales

perturbantes o alterantes del organismo, en otros términos, un estímulo estresante causa una respuesta estresada como efecto. Es explicada mediante las teorías de aprendizaje ambiental o social.

Existen muchos teóricos que con similares definiciones explicaron la conducta "estresada" como respuesta inadecuada o desadaptada o perturbada ante estímulos perturbantes, sin referirse exactamente al estrés.

Por ejemplo, Dollard y Miller (1950) sostienen que la respuesta ansiosa (estresada) es una respuesta condicionada (aprendida) de hábitos patológicos al intentar reducir el estímulo perturbador. Holmes y Rahe (1967) consideran la predominancia de los estímulos psicosociales e indican el estrés como producto de eventos vitales ambientales que demanda un reajuste del individuo.

Más adelante, aparece las teorías basadas en la interacción y proceso de enfoque cognitivo, en donde se considera no solo el estímulo externo sino también el estímulo interno. Este nuevo enfoque sostiene que el estrés sucede por un sistema interaccional entre el organismo y el medio ambiente ante una percepción evaluativa positiva o negativa para el individuo, la cual dependiendo de la percepción se produce el estrés.

Sus principales representantes Lazarus y Folkman (1984), refieren que el estrés es un conjunto de relaciones particulares entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar personal. (Ver Figura N° 01)

Siguiendo esta línea, Sandín (1989) afirma que el estrés se produce cuando ocurre una alteración en el funcionamiento normal del organismo por la acción de algún agente externo o interno, siendo la evaluación cognitiva un mediador entre la respuesta (estrés) y el estímulo (estresor). Esta se desarrolla mediante un proceso de siete etapas: demandas psicosociales, evaluación cognitiva, respuesta de estrés, estrategias de afrontamiento, apoyo social, disposiciones personales y estado de salud. (Ver Figura N° 02)

El enfoque cognitivo interaccional sostiene una teoría mas aceptada por los investigadores del estrés, después que fue propuesta por Lazarus. Actualmente, es utilizada como punto de partida para las demás investigaciones y conceptuaciones con algunos nuevos agregados como el enfoque procesal de Sandín, pero, siempre conservando su esencia teórica. Es en realidad, el mismo enfoque de interacciones y procesos en la dinámica del estrés y su afrontamiento. Asimismo es teoría de referencia para la construcción de diversos instrumentos de medición del estrés.

2.2.2 Características del estrés

Varias de las características del estrés han sido ya tratadas en el concepto anterior, pero existen otras importantes que deben ser mencionadas.

Selye en 1974, refiere que la respuesta fisiológica del estrés implica una activación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, de corticoides y del sistema nervioso autónomo. Si la activación persiste sucede el síndrome de estrés: hiperdesarrollo de la corteza suprarrenal, involución de la glándula timo y desarrollo de alteraciones pépticas.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Lazarus y Folkman (1982) indican que el estrés es valorado como primaria cuando el organismo reacciona frente a una demanda o secundaria cuando reacciona valorando el estímulo demandante según sus recursos de afrontamiento, ésta es reevaluada y modificada según el entorno. La valoración primaria se manifiesta como respuesta inicial de amenaza, desafío o beneficio. La valoración secundaria percibe los recursos y habilidades para manejar el estrés. (Ver Figura N° 01)

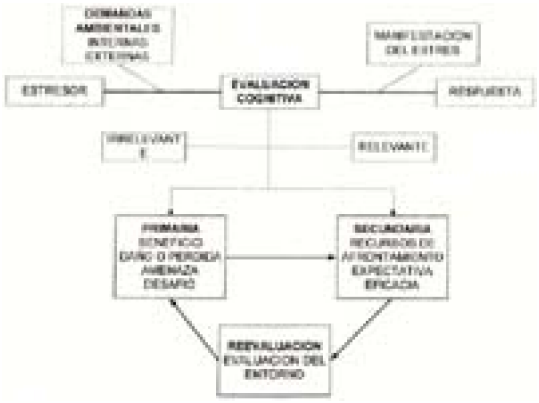


Figura N° 01: Modelo Transaccional del estrés de Lazarus y Folkman(1986)(M)

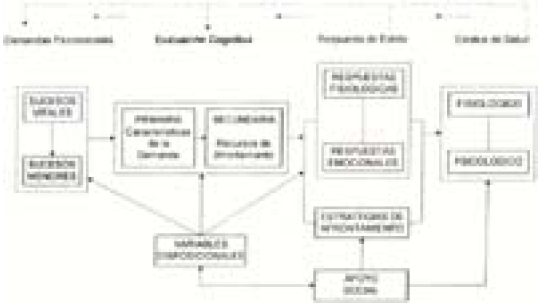


Figura N° 02: Modelo procesual del estrés de Sandín (1995)

Labrador (1992) expone que el estrés no es en si mismo “nocivo”, la respuesta es una reacción adaptativa que dispone de recursos excepcionales, posibilitando, mejores realizaciones del organismo; pero si éste es excesivamente frecuente, intensa o duradera puede tener consecuencias negativas al organismo.

Rodríguez en 1995 expresa la existencia de tres niveles de estrés en relación a los estresores: acontecimientos vitales importantes, tensiones vitales persistentes y problemas cotidianos. Y las respuestas del estrés se caracteriza por una reacción fisiológica, cognitiva, emocional, comportamental y social.

Los últimos estudios han centrado su atención a las características o reacciones psicosomáticas producidas por las situaciones estresantes.

Zeidner y Hammer (1992) manifiestan que las reacciones ante el estrés se agrupan en tres bloques, fisiológicas (respuestas neurovegetativas, endocrinas e inmunológicas), emocionales (temor, miedo, inquietud, excitación, irritabilidad, desánimo) y cognitivas (preocupación, descontrol, bloqueo, negación, disociación).

La acción de los estresores sobre la actividad del sistema inmune se expresa

mediante fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarias y formación de neoplasías, refiere Valdés y Flores (1985).

Muchos teóricos han considerado al estrés como un concepto complejo que implica la interrelación de diversos factores y mecanismos de afronte del organismo ante su desajuste (Cohen, 1973; Spielberger, 1980; Labrador, 1993; y otros). Este desajuste está asociado con alteraciones fisiológicas y enfermedades físicas, psicológicas o psicofísicas, cuya dimensión de afectación de un individuo a otro depende del estado y capacidad de afrontamiento al estrés.

Por lo expuesto, el estrés es uno de los factores de riesgo más importante en las enfermedades frecuentes que empiezan hacia el final del siglo pasado, tales como: trastornos cardiacos, vasculares, cáncer, diabetes, alteraciones metabólicas y hormonales, etc. El cuerpo desarrolla distintos mecanismos para adaptarse ante los estímulos perturbantes a la cual es sometido, por su entorno y cambios internos, generando respuestas psicosomáticas.

En conclusión, según los alcances teóricos mencionados no existe una definición concreta del estrés, sobretodo, por su complejidad, pero basado en el enfoque cognitivo puede conceptuarse como un estado de reacciones psicofísicas del individuo ante la percepción de amenaza de un estimulo o evento contra su integridad, con tendencia a una molestia duradera con alteraciones emocionales y físicas.

2.2.3 Afrontamiento

El afrontamiento es un concepto valorado recién en las últimas dos décadas por investigaciones que intentan descubrir otras características del estrés y explicar como una respuesta del individuo puede manejar o no una situación perturbante o demandante.

Antes fueron denominados “defensas” por el enfoque psicoanalítico, posteriormente toma el nombre de afrontamiento, según Endler y Parker (1996).

En la década de los ochenta, Pearling y Schooler (1978) abordaron al afrontamiento definiéndolo como una respuesta individual a los acontecimientos externos al sujeto con la función de controlar, evitar o prevenir una alteración emocional.

Al respecto, Obrist (1981) considera el afrontamiento en base a su respuesta como una reacción de evitación (afrontamiento activo) o de no hacer nada (afrontamiento pasivo).

En tanto que Morris en 1986, de una manera más sencilla, refiere que es el intento de superar el estrés, adaptando nuestras necesidades a las exigencias del ambiente.

Lazarus y Folkman (1986), tienen una definición más precisa. Definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas especificas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Ampliando el concepto anterior, Sandín en 1995, indica que el afrontamiento son los esfuerzos conscientes, tanto cognitivos como conductuales que hace el individuo para

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

hacer frente al estrés, bien tratando de modificar las fuentes inductoras del mismo o bien para reducir o suprimir el estado de malestar, asumiendo un estilo personal de afrontar y un proceso de afrontar.

Por otro lado, Lazarus y Folkman afirman que éste influye en la intensidad, duración y en la forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, en la disminución de las condiciones ambientales potencialmente perjudiciales e influyen en la eficacia del individuo.

Mientras, Fernández-Abascal (1997) define el afrontamiento como un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes, si el individuo, tras poner en marcha el proceso de afrontamiento tiene éxito para solucionar el problema presente, repetirá el mismo cuando se presente ante situaciones similares, pero si no tiene éxito utilizará otra estrategia; la ansiedad o las respuestas de estrés aparecerán cuando no encuentre la estrategia adecuada en el momento preciso.

Otros autores han intentado categorizar al afrontamiento en clases, tipos, estilos y estrategias. Resumiendo, Feuerstein y cols. (1986) los clasifica según: el método usado y la focalización de la respuesta, de acuerdo con el método, las respuestas pueden ser activas o de evitación, según la focalización, esta orientado hacia el problema o hacia la emoción, y puede ser de naturaleza conductual o cognitiva.

Para Lazarus y Folkman (1988), existen ocho dimensiones de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva.

Finalmente, el afrontamiento al estrés puede ser definido concretamente como acciones cognitivas o conductuales del individuo ante una situación estresante perturbadora, las cuales pueden ser adecuadas o inadecuadas para su integridad.

2.2.4 Recursos de afrontamiento

Enseguida, son abordados los recursos y las estrategias de afrontamiento como aspectos inherentes al concepto del estrés.

Primero tenemos a Baum y Singer, quienes en 1982, definen a los recursos de afrontamiento como capacidades adaptables que proporcionan inmunidad contra el efecto del estrés donde los recursos son como predisposiciones derivadas de factores genéticos, influencias medio ambientales y relaciones razonables. Ellos consideran al recurso como una “profilaxis social y psicológica” que puede reducir la probabilidad del estrés y su enfermedad.

En términos simples, Wheaton (1983) refiere que los recursos de afrontamiento actúan como “precursores de la conducta” ante el estrés.

Para Pearling y Schooler (1978), estos recursos tienen como función eliminar o modificar las condiciones que facilitan el desarrollo de problemas; controlar el significado de la experiencia y neutralizar el problema; y mantener las consecuencias emocionales dentro de los limites razonables.

Antonovsky (1979) la denomina como aspectos generalizados de resistencia, describiendo las características que facilitan el manejo del estrés: físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales, de actitud, interpersonales y macro socioculturales.

Según, Lazarus y Folkman (1986) la clasificación es en recursos personales y sociales. Los recursos personales son características individuales que se utilizan en una estrategia de afrontamiento, tales como: cognitivos, emocionales, espirituales y físicos. Los recursos sociales son los apoyos colectivos que se utilizan para afrontar una situación estresante, es decir, redes de soporte social y financieros.

De igual modo, Hammer y Marting (1988) sostienen que los recursos son inherentes en las personas, permitiéndole manejar los estresores con más eficacia, experimentar menor intensidad de síntomas ante la exposición a una situación estresante, o para enfrentar la exposición más rápidamente. Consideran cinco recursos: cognitivo, social, emocional, espiritual-filosófico y físico.

En otro momento, Zeidner y Hammer en 1992, definen que constituyen la capacidad adaptativa que provee inmunidad contra posibles daños de un evento estresante, además, puede influir en la intensidad de las respuestas, en la interpretación del evento, en el esfuerzo de la acción o pueden aumentar las capacidades personales.

Por su parte, Rodríguez (1995) manifiesta que los recursos son elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas de acontecimientos o situación potencialmente estresante; éstas están determinadas en: salud psicofísica, creencias positivas, técnicas resolutivas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales.

Las personas con más recursos personales y sociales tienen mayor probabilidad de hacer uso de afrontamiento de aproximación y menos probabilidad de usar un afrontamiento evitativo; señalan Hoilahan y Moos (1987).

En conclusión, el concepto de recursos de afrontamiento se refiere a las capacidades e instrumentos potenciales que permiten a las personas manejar las situaciones estresantes de manera más eficiente.

2.2.5 Estrategias de afrontamiento

Conociendo los recursos de afrontamiento, se puede entender las estrategias que se realizan para afrontar el estrés. Al conceptuarlas, varios teóricos las han clasificado en categorías de respuestas.

Al respecto, Pearling y Schooler en 1978, conceptúan a las estrategias de afrontamiento como reacciones de las personas ante un estresor específico sucedido en un contexto específico; por consiguiente, las estrategias se refieren a conductas que ocurren después de la aparición del estresor o como respuesta ante el estresor permanente.

Para Lazarus y Folkman (1986), las estrategias son esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar las demandas internas y externas de una determinada situación estresante. Plantean dos estrategias, las centradas en el problema

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

y las centradas en la emoción, distribuidas en: distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, planificación de la solución y reevaluación positiva.

Carver y cols. (1989) las clasifican en: activas, planificación, supresión de actividades, postergación, soporte social y emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, expresión emocional, uso y adicción.

Las estrategias son actividades que los individuos realizan o piensan realizarlo como reacción ante un estresor en una situación determinada, sostienen como concepto Zeidner y Hammer en 1992.

Haciendo una diferenciación entre recursos y estrategias de afrontamiento Curlette y Junker (1993) señalan, que las estrategias son conductas que ocurren después que el estresor se ha presentado, mientras que los recursos de afrontamiento son factores que ocurren antes que los estresores se presenten. Y Thoits (1995) afirma que los recursos de afrontamiento influyen en la elección y/o eficacia de las estrategias de afrontamiento que las personas usan en respuesta a los estresores, mientras que las estrategias de afrontamiento son los intentos conductuales o cognitivos para manejar demandas situacionales de adaptación.

Según Fernández-Abascal (1997), las estrategias son procesos de afrontamiento concretos que usamos en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos y condiciones que actúen en cada momento. En relación con los estilos, estos se definen como formas de tipo personal difícilmente modificables, predisposiciones personales que utilizan determinadas estrategias para enfrentar situaciones, equivalente al concepto de Rasgo, siendo la estrategia el equivalente al concepto de Estado.

Agrega Valdés en 1997, que existen patrones de conducta que constituyen estilos particulares de afrontamiento, como el patrón A (personas enérgicas, activas, impacientes, competitivas, agresivas y ambiciosas). De igual forma, Cobaza (1979) refiere personas con hardiness, resistente o débil frente al estrés.

Resumiendo las clasificaciones, Rodríguez (1995) las agrupa en varias formas según la focalización, a decir: las orientadas en la emoción o en el problema (Lazarus y Folkman, 1986); orientadas a resolver el problema, referir a otros o no ser productivos (Frydenberg y Lewis, 1993); orientadas a la situación, a la representación o a la evaluación (Perez y Reincherts, 1992); según el método pueden ser aproximativas, pasivas o evitativas, según el proceso son comportamentales o cognitivas (Rodríguez, 1995); según el momento en anticipatorias o restaurativas (Will y Shiffman, 1985); según el estilo en autoreferencia, autoeficacia o negativista (Meichenbaum y Turk, 1982); y según su amplitud en generales o específicas.

En base a todo lo abordado, está claro que las estrategias de afrontamiento son considerados como respuestas o acciones determinadas para una situación estresante especifica.

2.2.6 El adulto mayor

El término adulto mayor o simplemente “viejo, “anciano” o “geronte” significa una persona de edad avanzada con disminución de sus capacidades, con enfermedades y dificultades de movimiento, como lo conocemos cotidianamente. Una descripción evidentemente negativa que no resalta la creatividad y sabiduría que los años de vida le han dado.

Ante esta percepción, Vega y Bueno (1996) expresan que existe un estereotipo social donde los cambios que se producen en la vejez son exclusivamente de una visión negativa del envejecimiento, tales como ir perdiendo el conjunto de habilidades y capacidades que adquiridos en la juventud y adultez.

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas en Viena de 1982 define como “anciano” o “adulto mayor” a la persona de 60 a más años de edad.

Considerando esta definición, Krassoievitch en 1998, refiere que el inicio de la vejez dado por un consenso arbitrario no define el “proceso de envejecimiento”, la cual puede ser vista de tres modos: biológica, a través de la esperanza de vida; psicológica, capacidades de conducta adaptativa; y social, los roles sociales esperados en su entorno social.

Mientras, Flores (1998) señala que el envejecimiento de una población se basa en dos factores fundamentales: el descenso de la natalidad y de la mortalidad, indicadores que aumentan notoriamente la esperanza de vida.

Concluyendo, el adulto mayor es el individuo que presenta disminución y/o deficiencias psicofísicas por el proceso de envejecimiento, aproximadamente a partir de los sesenta años de edad.

A nivel demográfico, su transición es un proceso gradual del envejecimiento que es paralelo al índice de crecimiento: número de adultos mayores por cada 100 menores de 15 años (Chavez y Chigne, 2000). La siguiente son algunas estadísticas sobre la presencia del adulto mayor en la sociedad.

En Europa en el 2001, España es el país más envejecido con el 17% de su población. En América de 1999, Uruguay representa el país mas envejecido con el 14.3% de la población, refiere Flores (1998).

En el Perú, aunque la población en su mayoría es joven, ya existe una transición demográfica del envejecimiento.

En 1993, según el IX Censo de Población y IV de Vivienda, la población de la tercera edad representaba el 7.1% del total (1’544,000 aproximadamente), donde la edad predominante es de 60-64 años con el 2.3% sobre toda la población; además, su Indice de Tasa de Crecimiento Anual en esta población significa el 3.45 (INEI, 1995). A nivel distrital de la provincia de Lima, el Cercado constituye la ubicación geográfica que más población adulta mayor contiene, el 8.7% de su población total.

En el 2000 conforma el 7.2% de la población total y se estima que el 2020 será del 11%. El 53.4% son mujeres y 46.6% varones. La esperanza de vida es de 66 años en varones y de 71 años en mujeres. Por departamento, Lima tiene más población adulta mayor con el 33.8%. El 67% de varones son casados y el 40.6% en las mujeres; el 40.9% de mujeres son viudas y el 12.2% de varones son viudos. En la educación (1999), el 46.3% con nivel primaria y el 4% con educación superior. El 64.8% de los varones tienen

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

un trabajo y el 35.2% en las mujeres. El 45% se dedican a labores domésticas, el 30% son jubilados o pensionistas, el 13.4% enfermos o discapacitados y el 7% otros (PROMUDEH, 2000).

Por otro lado, Lima Metropolitana concentra la mayor población de inmigrados de los diferentes departamentos del país, con el 28.4% (INEI, 1995).

A. Características del adulto mayor

El adulto mayor tiene características propias a su etapa de vida, entre ellas, se menciona varias tratando de construir un perfil general que sintetice estos rasgos:

- El adulto mayor intenta adaptarse a su nueva forma de vida.
- Difícilmente acepta su nueva etapa de vida.
- Manifiesta preocupación por su disminución de funcionamiento integral.
- Utiliza mecanismos de defensa como la compensación.
- Disminución de la memoria con dificultad para recordar cosas inmediatas.
- Preocupación por la dificultad o disminución de su sexualidad.
- Temor a las enfermedades involutivas que se le advienen.
- Temor a la invalidez, demencia senil o paraplejías.
- Temor a la muerte y a su proceso irremediable.
- Problemas personales, familiares, laborales y sociales.
- Temor a la soledad, a que la familia los deje solos.
- Sentimientos de tristeza y/o depresión así como de ansiedad (nerviosismo)
- Presencia del estrés constante ante diversas situaciones de la vida diaria.
- Disminución de la autoestima.
- Necesidad de cariño y/o afecto de familiares o terceras personas.
- Preocupación por su jubilación, pensión, viudez y asilamientos.
- Necesidad de ser escuchados sus recuerdos de antaño.
- Necesidad de demostrarse útil, sabio y con experiencia de vida.

Estas características reflejan que el adulto mayor es una persona con más pérdidas que ganancias en su modo de vivir, predispuesto generalmente ha afrontar nuevas situaciones que podrían llevarles alterar su salud.

En relación a lo mencionado, Kane y cols. (1997), manifiestan que los problemas más frecuentes del adulto mayor que conllevan a síndromes de males o enfermedades geriátricos son: la inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, disminución intelectual, infección, incapacidad sensorial, irritabilidad digestiva, introversión afectiva, inanición, incapacidad económica, insomnio, inmunología deficiente, impotencia y iatrogenia.

Dentro de un enfoque psicosocial, Gamarra y cols. (2000) manifiestan, la existencia de factores que dañan la salud del adulto mayor, las cuales son: las pérdidas, aislamiento, apoyo social, inactividad, jubilación, monotonía conductual, cambios de roles,

adaptación ambiental, deficiencia económica.

Muchos de los acontecimientos que se produce en la vejez no solo transforman la personalidad, sino también, generan estrés y este a su vez puede ser la causa de una enfermedad, sostiene Vega y Bueno (1996).

La vejez con sus limitaciones mencionadas tienen mayores acercamientos hacia continuas y variadas enfermedades, generando un estado casi permanente o cíclica, durante los años que siguen su vida.

Al respecto, Varela (2000) observa que la demanda de admisión hospitalaria de adultos mayores en nuestro país alcanza hasta un 30 a 35% en nuestros hospitales nacionales, y la mortalidad llega a ser hasta tres veces mayor que en menores de 60 años. Entre ellas tenemos las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares con la sintomatología patológica de la hipertensión arterial.

2.2.7 La hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una sintomatología de concepto médico que refiere una alteración de incremento de la presión arterial. No tiene problemas en su definición, salvo alguna diferencia en los parámetros de medida mencionadas por algunos autores.

Por ejemplo, Oates (1994) lo define como la presión arterial mayor de 140/90 mmHg. y clasifica la gravedad de la hipertensión por medio de la presión sistólica. En los adultos mayores, la presión sistólica predice mejor el resultado final que la diastólica. Además considera que la presión arterial es el producto del gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica y genera cambios patológicos en la vasculatura e hipertrofía del ventrículo izquierdo, con aplopejía o infarto de miocardio.

También Conobbio (1994), sostiene que es una elevación intermitente o continua de la presión sanguínea sistólica o diastólica, siendo la causa principal del accidente cardiovascular, enfermedad cardiaca e insuficiencia renal. Pero esta tensión debe ser superior a 150/90 mmHg., las que tienen menor de 140/80 mmHg. son normotensas. Agrega, que la hipertensión arterial primaria tiene como causa diversos factores de desarrollo o evolutivos, y secundaria cuando la causa se relaciona con alguna alteración patológica.

Y Kane y cols. en 1997, lo definen como una presión sistólica de 160 mmHg. o más o una presión diastólica de 95 mmHg. o más; con esta definición hasta el 45% de los individuos mayores de 65 años son hipertensos. Un alcance importante, es que la presión diastólica aumenta con la edad, pero se estabiliza después de los 60 años, las cifras sistólicas ascienden después de los 55 años.

En el adulto mayor la presión arterial normal esperado tiene un rango de 130/90 mmHg. Sostiene Tuma (1994) que ésta definición es arbitraria, pues no existe una separación natural entre normotensión e hipertensión. Y considera como factores de riesgo a los antecedentes familiares, etnia racial, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, arteriosclerosis, obesidad, sedentarismo y colesterolemia.

En efecto, la hipertensión arterial, es el factor de riesgo para la aparición de las

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

enfermedades cardiovasculares, siendo la primera causa de mortalidad en el mundo. Según Martinez y cols. (1990) el 20% de la población padece hipertensión, siendo el 90% de tipo hipertensión esencial o primaria. En el adulto mayor es más peligroso y contribuyen a la mortalidad y discapacidad funcional, sostiene Kane y cols. (1997).

En este sentido, Cea en 2001, observa que en la configuración de la hipertensión arterial esencial parece existir una mediación entre ésta y el estrés a través de la intervención del Sistema Nervioso Vegetativo. Indica la existencia de una reactividad beta-adrenérgica que dependerá de la forma en que afrontemos cada situación de estrés. Si el afrontamiento es de tipo activo, habrá una mayor reactividad beta-adrenérgica que si es pasivo, asimismo, habrá una secreción de catecolaminas en sangre, que colaboran con la hipertensión.

Existe un consenso sobre la hipertensión arterial para denominarla el “asesino silencioso” por que habitualmente no produce síntomas. Por lo que es importante su medición periódica y los cambios apropiados en el estilo de vida contra los factores de riesgo, más aun, si se tiene antecedentes familiares, sobrepeso, o uno es mayor de 40 años.

Según la Sociedad Española de HTA (2001), cuando no es tratada, tiende aumentar lentamente a medida que pasan los años. En algunos casos (1% de hipertensos), la presión arterial aumenta bruscamente (presiones sistólicas por encima de 130), constituyendo lo que se denomina hipertensión arterial maligna o hipertensión arterial acelerada amenazando la vida de la persona. Si hubiese síntomas éstas pueden ser somnolencia, confusión, dolor de cabeza, náuseas y perdida de la visión.

Para ello, Goodman (1996) señala, el control habitual de la hipertensión arterial con fármacos hipotensores que reducen la resistencia periférica al actuar sobre el músculo liso para generar relajación de los vasos de resistencia, o al interferir con la actividad de los sistemas que producen constricción de los vasos de resistencia. Entre ellas se tiene actualmente al captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, ramipril, benazepril, moexipril y fosinopril. Finalmente refiere que los métodos no farmacológicos, como la psicoterapia, puede reducir la presión arterial y recomienda como procedimiento inicial para tratar pacientes que tienen moderadas hipertensiones.

En efecto, la hipertensión arterial puede definirse como el incremento de la presión arterial de un organismo en una medida mayor de 140 mmHg. en sistólica y 90 mmHg. en diastólica.

2.2.8 Afrontamiento al estrés e hipertensión arterial

La presencia del estrés agudo es frecuente en las personas, cuando éste se mantiene con mayor intensidad sigue un proceso crónico cargado de alteraciones psicofísicas y sociales. El como se afronte esta situación determinará sus consecuencias.

Señala Santiago en 1999, que una persona con tensión emocional (estrés), fisiológicamente activa la corteza cerebral (frontal) que libera serotonina, noradrenalina y acetilcolina, estas a su vez, inducen la secreción hipotalámica, factor liberador de corticotropina, somastotatina y vasopresina, el F.L.corticotropina desencadena liberación

de hormona adenocorticotropina activando la médula suprarrenal, reabsorción de sodio y agua aldosterona, liberación de cortisol que hace vasoconstricción periférica como del sistema cardiovascular.

La regularización inicial de la hipertensión está condicionado al afrontamiento frente al estrés la cual depende de sus recursos de afronte (Zeidner y Hammer, 1992). Cuando son superiores, tienen un funcionamiento de estabilidad y optimización, presentando respuestas estables y activas. Consideran que las personas con recursos de afrontamiento elevados son descritas como resistentes y fuertes, mientras los que poseen bajo son vulnerables y frágiles.

La personalidad parece influir en la presión arterial, refiere Broege (1996). El estilo de personalidad ansiosa provoca, de forma significativa, incrementos en la presión arterial. Asimismo, Brody y cols. (1996) consideran que una persona con síndrome neurótico se relaciona negativamente con el incremento de la presión arterial.

Hernández y cols. (1988) definen al sujeto hipertenso como una persona con elevada ansiedad que se siente amenazada, mantiene las emociones bajo control, está preparada para la lucha, y no termina de descargar la gran tensión de la amenaza.

Con respecto a la exposición permanente a estresores diarios de poca incidencia, algunos investigadores indican que los sucesos vitales son potencialmente más estresante para la etiología de enfermedades cardiovasculares que una mayor experiencia de cambios vitales.

En este sentido, Lazarus (1990) y Vingerhoest y cols. (1994) concluyeron que las molestias diarias, llamado incordios, fueron más importantes que los sucesos vitales en relación con la hipertensión.

Otros investigadores como Rahe y Holmes (1968) y Nyklicek y cols., (1998) afirman que la hipertensión tiene una relación directa con la cantidad de cambios vitales.

Davis, Mckay y Eshelman (1985) sostienen que un estado crónica de “lucha o huida” (estrés) del individuo puede transformar una presión sanguínea transitoriamente alta en una permanentemente alta o hipertensión.

Las características de una persona con hipertensión arterial permanente es tratada por Cea y cols. en 2001. Ellos indican que el hipertenso busca menos el apoyo emocional en los demás (búsqueda de apoyo social emocional), se centra mas en comportamientos de tipo cognitivo y conductual (actividad cognitiva y conductual), busca información para la solución de su problema (focalización en la respuesta) pero de modo cognitivo e ineficaz ya que no existe transformación en conductas que solucionen su problema, quedándose la solución a nivel cognitivo y evitando cualquier tipo de respuesta o solución al problema (desconexión comportamental).

Resumiendo, la presencia de estresores permanentes conducen a la cronicidad del estrés (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Sostienen que el estrés prolongado en el organismo, puede ocasionar alteraciones neurofisiológicas y de neurotransmisores del sistema nervioso central, las cuales se manifiestan en desórdenes psicofísicas: insomnio, ansiedad, depresión, cardiopatías, hipertensión arterial, cefaleas, gastritis, úlceras, dolores articulares y musculares, artritis (cervical y lumbar), asma, etc.; el estrés puede

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

ser un factor causal directo o indirecto para una diversidad de enfermedades.

2.3 Definiciones operacionales

- *Recurso de afrontamiento:* Capacidad individual de conocimiento y experiencia que activan conductas frente a una situación estresante.
- *Estrés:* Situación amenazante contra la integridad y bienestar individual de una persona.
- *Hipertensión arterial:* Presión arterial sistólica mayor de 140/90 mmHg.
- *Adulto mayor:* Persona cuya edad es promedialmente mayor de 60 años de edad.

2.4 Variables de investigación

- Hipertensión arterial
- Recursos de afrontamiento al estrés
- Edad, sexo, instrucción, estado civil, ocupación y procedencia.

2.5 Hipótesis de investigación

H1: Los recursos de afrontamiento frente al estrés de los adultos mayores hipertensos difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos.

H2: El recurso de afrontamiento cognitivo de los adultos mayores hipertensos difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos.

H3: El recurso de afrontamiento social de los adultos mayores hipertensos difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos.

H4: El recurso de afrontamiento emocional de los adultos mayores hipertensos difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos.

H5: El recurso de afrontamiento espiritual-filosófico de los adultos mayores hipertensos difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos.

H6: El recurso de afrontamiento físico de los adultos mayores hipertensos difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos.

H7: El recurso de afrontamiento frente al estrés de los varones hipertensos difieren significativamente de los varones no hipertensos.

H8: El recurso de afrontamiento frente al estrés de las mujeres hipertensas difieren significativamente de las mujeres no hipertensas.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Capitulo III. Metodología

3.1 Método de investigación

La investigación sobre los recursos de afrontamiento al estrés en personas adultas mayores en relación a la hipertensión arterial, tiene el propósito de describir la comparación entre estas variables en base a los datos obtenidos de la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

El diseño de investigación empleado es descriptivo comparativo para establecer las diferencias existentes entre los recursos de afrontamiento de las personas hipertensas y no hipertensas (Sánchez y Reyes, 1984). Su diagrama representativo es el siguiente:

$$\begin{array}{lll} M_1 & O_1 & \\ & & O_1 = O_2 \qquad O_1 \quad O_2 \\ M_2 & O_2 & \end{array}$$

Considerando esta forma de investigación se adopta los criterios necesarios para seleccionar la muestra y obtener los datos empíricos, la contrastación de hipótesis y los

resultados finales formulados en las conclusiones.

3.2 Población y muestra

La población está representada por los adultos mayores que pertenecen a un Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado de la provincia de Lima.

La muestra se obtiene de esta población mediante un proceso de muestreo incidental con sujetos de ambos sexos, entre hipertensos y no hipertensos, con o sin tratamiento farmacológico, funcionales cognitivamente (según Escala Mini-Mental de Folstein) y físicamente, dentro del rango de 60 a 75 años de edad, que pertenecen al Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado (CAM) y registrada en la Unidad Básica de Atención al Adulto Mayor (UBAAM) del mismo centro.

La muestra inscrita en el Centro CAM, en los primeros seis meses del año 2001 y registrada en la unidad de salud UBAAM como atendidos, representa 1,331 adultos mayores, de donde se extrae, sujetos con diagnóstico médico de Hipertensión Arterial de tipo esencial (deficiencia vascular progresiva). La población no hipertensa está conformada por 1,171 sujetos y la población hipertensa por 160 sujetos, de las cuales por asignación se obtienen las muestras respectivas.

La muestra presenta las siguientes características generales:

- Sujetos con residencia mínima de tres años en Lima Cercado.
- Sus edades oscilan entre 60 a 75 años de edad.
- Pertenecen a diferentes niveles socio-económicos.
- Proceden de distintas zonas departamentales y regionales.
- Mayormente viudo o separado y en segundo lugar casado.
- Presentan en su mayoría instrucción técnica y secundaria.
- Son laboralmente inactivos, mayormente jubilados o cesantes.

3.3 Técnica de muestreo

Mediante la técnica del muestreo no probabilístico, de asignación al azar y de afijación proporcional en varias etapas se obtiene la muestra. La primera considera a todas las 1,331 personas registradas en la unidad UBAAM, de aquí se obtiene los 160 sujetos con diagnóstico de hipertensión primaria y los no hipertensos en 1,171 sujetos. En segundo lugar, se utiliza la Fórmula de Cochran, para poblaciones inferiores a 100,000. Al final, a este resultado se le procesa para distribuir los porcentajes en ambos grupos de sujetos.

La fórmula de Cochran es la siguiente:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

$$n = \frac{Z^2 . p . q . N}{e^2 . (n-1) + Z^2 . p . q}$$

Mediante esta formulación estadística, se aplica los datos numéricos y se considera los valores normales de una muestra:

$$N = 1331;\ Z = 1.96\ ;\ p = 0.05\ ;\ q = 0.05\ ;\ e = 0.05$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.05 \times 0.05 \times 1331}{0.05^2 \times 1330 + 1.96^2 \times 0.25} = \frac{1278.29}{4.2854} = 298.29 = \mathbf{299}$$

Finalmente, la muestra queda constituida en 299 adultos mayores entre hipertensos y no hipertensos y de ambos sexos.

La afijación proporcional de la muestra para ambos grupos se realiza mediante una distribución porcentual a través de una regla de tres simple, considerando la condición de sexo y de presión arterial. De los 160 sujetos con hipertensión arterial, el 60% son mujeres y el 40% son varones.

TABLA N° 01. DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE ATENDIDOS EN EL UBAAM DE LIMA CERCADO

DIAGNOSTICO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
HIPERTENSO	160	12.02%
NO HIPERTENSO	1171	87.98%
TOTAL	1331	100%

TABLA N° 02. DISTRIBUCIÓN DE AFIJACION MUESTRAL DE ATENDIDOS EN EL UBAAM DE LIMA CERCADO

DIAGNOSTICO	PORCENTAJE	MUESTRA
HIPERTENSO	12%	36
NO HIPERTENSO	88%	263
TOTAL	100%	299

TABLA N° 03. DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE ATENDIDOS EN EL UBAAM EN RELACIÓN AL SEXO

DIAGNOSTICO	%	SiHIPER.	NoHIPER	MUESTRA
FEMENINO	60%	22	158	180
MASCULINO	40%	14	105	119
TOTAL	100%	36	263	299

3.4 Instrumento de estudio

El instrumento elegido es el Inventario de Recursos de Afrontamiento (Coping Resources Inventory, CRI) elaborado por Allen L. Hammer y M. Susan Marting en 1987, para medir los recursos de afrontamiento frente al estrés en personas adultas.

El inventario es construido dentro del marco teórico que conceptúa el estrés a través de variables cognitivas que median entre los estresores y los resultados psicológicos y físicos (Teoría de Lazarus y Folkman, 1982).

El CRI proporciona una medida normalizada de recursos de afrontamiento en la respuesta ante el estrés y como un medio de investigación sobre el estrés y su afrontamiento.

El inventario se compone de 60 ítems que mide 5 escalas o recursos de afrontamiento: cognitivos, sociales, emocionales, espirituales-filosóficos y físicos. Su versión original se encuentra en inglés.

Está constituido por un cuadernillo de dos hojas y una hoja de respuesta, en la primera tiene las instrucciones para desarrollar la prueba, en la siguiente, contiene las afirmaciones del inventario. El protocolo consta de espacios para registrar los datos del examinado y sus respuestas con opción a cuatro alternativas por afirmación. Aparte tiene las plantillas de calificación por escala o recurso. Una tabla numérica con puntajes estándares para toda las escalas y por cada sexo, una tabla gráfica normalizada en percentiles para cada sexo (opcional). Su administración es individual o grupal en una amplia gama de edades desde los 15 años de edad. Las instrucciones deben ser leídas y explicadas a los individuos para que contesten cada ítem marcando en una hoja de respuesta aparte, describiendo con precisión su conducta en los últimos seis meses. El tiempo de administración normalmente puede terminarse en 15 a 20 minutos. (Ver Anexo)

La calificación de la prueba se realiza en forma manual, utilizando la Plantilla de Respuestas para sumar los puntajes directos de los ítems correspondientes a cada escala. Se considera el puntaje de los ítems donde se le otorga un puntaje que oscila de 1 a 4, de los cuales seis se encuentran inversos (4 a 1). No se considera las anotaciones donde un ítem tiene 2 o más respuestas u omisiones. El Puntaje Total se obtiene sumando los puntajes totales de las cinco escalas.

La cantidad de ítems por escala y el puntaje mínimo y máximo por escala es la siguiente:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Escala Cognitiva:	Items 3, 6, 11, 12, 14, 18, 23, 49 y 55
	Puntaje mínimo 9 y máximo 36.
Escala Social:	Items 4, 8, 9, 15, 25, 27, 28, 30, 35, 50, 53, 58 y 59
	Puntaje mínimo 13 y máximo 52.
Escala Emocional:	Items 2, 7, 16, 17, 19, 24, 29, 31, 34, 37, 39, 40, 45, 47, 54, 57
	Puntaje mínimo 16 y máximo 64.
Escala Espiritual-Filosófico:	Items 10, 20, 22, 32, 33, 38, 41, 44, 46, 48 y 52
	Puntaje mínimo 11 y máximo 44.
Escala Físico:	Items 1, 5, 13, 21, 26, 36, 42, 43, 51, 56 y 60
	Puntaje mínimo 11 y máximo 44.
Recursos Totales:	Formado por todos los ítems.
	Puntaje mínimo 60 y máximo 240.

En general, los puntajes estándares entre 10 y 30 son considerados bajos recursos, entre 31 y 69 recursos moderados y entre 70 a más altos recursos.

3.5 Validez y confiabilidad

El CRI ha sufrido una serie de revisiones y refinamientos en sus ítems y formato. Inicialmente, más de 150 ítems se generaron para la muestra de prueba de un ítem, construida en base a la experiencia clínica, la literatura en estrés y afrontamiento, Se consultaron a expertos sobre los dominios de los recursos particulares. Por ejemplo, se consultaron psicólogos para las escalas Cognitivos y Emocionales, profesionales de la salud para la escala Físico, y al clero para la escala Espiritual-Filosófico. El criterio para la inclusión de ítems en las versiones sucesivas del CRI fue mediante correlaciones del ítem-escala y respuestas frecuentes. Se fija las escalas a las frecuencias de conductas pasadas sugerida por la validez alta en los autoinformes sobre conductas de afrontamiento.

Se redujo a 93 ítems para analizar los extensos en una muestra heterogénea de 300 personas, mediante el criterio de inclusión para las correlaciones del ítem-escala fijado en 0.30 como mínimo.

Sesenta (60) ítems cumplieron todo el criterio y formaron la versión actual del Inventario de Recursos de Afrontamiento.

La Confiabilidad se realizan a través de las “correlaciones ítem-escala”. Los rangos y las correlaciones de la media indican que los procedimientos de desarrollo para el CRI tuvieron el éxito logrando muy buena homogeneidad del ítem contenido por escala.

La consistencia interna del Alfa de Cronbach de las escalas del CRI en varias muestras refieren coeficientes bastante homogéneas para los puntajes de las escalas del CRI y son bastante altos en el recurso total (0,91); los adultos tienen las estimaciones de más alta fiabilidad, seguido por los estudiantes de universidad y los estudiantes de

secundaria (Tabla N° 04).

La prueba Test-retest realizado en una muestra de estudiantes de secundaria evaluados en un periodo de 6 semanas. Las estimaciones de fiabilidad indican que los puntajes de las escalas del CRI son muy estables en este periodo de tiempo (0,73).

La Validez se realiza mediante las "intercorrelaciones escalares" de las escalas del CRI para la muestra total y muestras masculina y femenina, revelando algunas semejanzas entre las escalas Cognitivas, Sociales, y Emocionales. Sugiere que los individuos con perspectivas positivas con una red social a favor pueden expresar mejor sus emociones. Parece mayor discriminación entre estas escalas con los sujetos femeninos.

TABLA N° 04. CONSISTENCIA INTERNA (ALPHA DE CRONBACH) EN RELACIÓN AL SEXO

Alpha	N	COG	SOC	EMO	E/F	FIS	TOT
Total	749	.77	.79	.84	.80	.71	.91
Masculinos	273	.76	.78	.84	.77	.69	.91
Femeninos	451	.79	.76	.83	.81	.73	.91

* α = 0,7 (p<.05): significativo

La validez predictiva con la administración del CRI, la Prueba de Estrés para Niños (Elkind, 1981) y después la Valoración Personal de Síntomas de Estrés (PSSA; Numeroff, 1983). El puntaje del Síntoma Total regresiona con el número de eventos de vida verificados y en el puntaje del Recurso Total del CRI. Un análisis de regresión múltiple jerárquico fue probado con la variación adicional considerada para la variable o variables del CRI después de la variación de los eventos de vida que parcialmente habían estado fuera. El puntaje del Recurso Total del CRI tuvo un significante incremento de predicción en síntomas de estrés.

El análisis multirasgo-multimétodo fue utilizado para proporcionar validez convergente y divergente. Los diferentes rasgos fueron las cinco escalas del CRI. Se compararon dos métodos: el CRI propiamente y la simple evaluación-misma de recursos de afrontamiento. Los coeficientes de validez, o correlaciones de los mismos rasgos por los métodos, mantiene validez convergente, mientras se da el 0.61 para la escala Espiritual-Filosófica y el 0.80 para la Física. En las variables Social y Cognitiva muestran las correlaciones mayor o igual al tamaño del coeficiente de validez.

El análisis univariado de Prueba F por cada sexo reveló que las mujeres reportaron significativamente más altos recursos que los hombres en las escalas Social (F=71.40, p <.0001), Emocional (F=40.44, p <.0001), y Espiritual-Filosófica (F=7.87, p <.01) y para el puntaje del Recurso Total (F=18.06, p <.0001). Las mujeres reportaron significativamente puntajes más bajos en la escala Física (F=6.69, p <.01).

La validez de discriminación mediante varios análisis comparando grupos designado y de control. Los recursos de los grupos designados eran hipotetizados como diferentes de los controles en base a factores de selección: disminución de recursos por el estrés, eventos de vida, o enfermedad; o participando en programas para mejorar los recursos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Se investigaron todas las comparaciones que usaron análisis multivariado de varianza con homogeneidad de varianza. En general, se encuentra que las personas que informan altos niveles de estrés y se perciben como saludable informan niveles superiores de recursos.

La validez concurrente entre las escalas del CRI y el Escala de Conveniencia Social (Crowne y Marlowe, 1960) no había correlación significante sugiriendo que los sujetos reportaron los recursos más altos en los que se presentan de una manera socialmente deseable. En una muestra según la edad, los recursos parecen aumentar con la edad, aunque en la muestra de sujetos de 40 a 49 años, las tendencias sugieren que una extensa investigación lo confirme. En el tipo psicológico, se correlacionó puntajes continuas del Inventario de Recursos de Afrontamiento con el Tipo de Indicador MBTI (Myers & McCaulley, 1985). Se esperó una asociación entre una preferencia para Extraversión y la escala Social del CRI. Los coeficientes indican una asociación alta entre el recurso social, emocional y Recursos Totales y una preferencia para Extraversión. En situaciones estresantes, administrados el CRI y otros instrumentos en cuidadores de adultos mayores, se encontraron los recursos de afrontamiento relacionado negativamente a la depresión, pesar, síntomas físicos, síntomas psicológicos, y enfermedad.

3.6 Ajuste del instrumento de medición

Para el desarrollo de la investigación se utiliza el Inventario de Recursos de Afrontamiento. Instrumento cuyo material original en inglés se traduce al idioma español por una traductora psicóloga, luego, se realiza su administración y después se le aplica el análisis psicométrico respectivo. El ajuste de la prueba se desarrolla mediante un estudio piloto sobre una muestra de 40 adultos mayores, de las cuales, 20 eran mujeres y 20 varones, 20 con hipertensión arterial y 20 sin hipertensión.

La validación del ajuste se realiza considerando la validez de contenido por medio de la contrastación de ítems y la confiabilidad a través de la correlación inter-test y test-total y la consistencia interna de confiabilidad. Sus resultados mencionados en los párrafos siguientes, alcanzan niveles de validez y confiabilidad aceptable concluyendo que el instrumento puede funcionar en nuestro medio a pesar de las diferencias socioculturales con la comunidad de origen.

Primero se desarrolla la contrastación de medias aritméticas a través de la Prueba “t” entre los puntajes de las escalas de los sujetos hipertensos y no hipertensos. La escala cognitiva tiene una puntuación t de 0.59, mientras, la escala social es de 1.51, la escala emocional de 0.96, la escala espiritual-filosófico de 1.10, la escala físico de 0.58 y la escala total de 1.12. Los resultados indican que los puntajes de todas las escalas no muestran diferencias significativas entre los sujetos hipertensos y no hipertensos, así como también en la escala total. (Tabla N° 05).

En segundo lugar, se halla la correlación inter-test y test-total a través del alfa de

Cronbach. Los resultados obtenidos describen que existe una relación moderada alta entre la escala cognitiva y las escalas social, emocional y espiritual-filosófico; otra relación moderada alta entre la escala social y emocional; la misma relación sucede entre la escala emocional y espiritual-filosófico. A nivel total, la interrelaciones son también moderadamente altas en las escalas cognitiva (α = 0.69) y física (α = 0.74), mientras que estas son altas en las escalas social (α = 0.89), emocional (α = 93) y espiritual-filosófico (α = 0.87). Estas observaciones se aprecian en la Tabla N° 06.

TABLA N° 05. CONTRASTACION DE MEDIAS ARITMÉTICAS POR ESCALA Y TOTAL EN HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS

	COG		SOC		EMO		ESP/F		FIS		TOTAL	
ESTADIS	SH	NH	SH	NH	SH	NH	SH	NH	SH	NH	SH	NH
Media	29.35	28.55	39.45	36.80	47.35	44.40	35.15	33.05	31.65	30.80	183.0	173.6
Desviación	4.38	4.15	5.38	5.71	9.42	9.92	6.54	5.52	4.73	4.49	26.58	26.08
Varianza	19.19	17.21	28.89	32.59	88.77	98.46	42.77	30.47	22.34	20.17	706.4	679.9
Cuenta	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Dif.		0.80		2.65		2.95		2.10		0.85		9.35
GD		1.35		1.75		3.06		1.91		1.46		8.33
t		0.59		1.51		0.96		1.10		0.58		1.12
t 0,05		2.31		2.31		2.31		2.31		2.31		2.31
Decisión		Ho		Ho		Ho		Ho		Ho		Ho

* t = 2,31 (p <.05): significativo

TABLA N° 06. CORRELACIONES INTER-ESCALAS Y ESCALA-TOTAL

	C	S	E	E/F	F	TOTAL
C	1					
S	0.75	1				
E	0.79	0.77	1			
E/F	0.75	0.66	0.78	1		
F	0.59	0.70	0.54	0.55	1	
TOTAL	0.88	0.89	0.93	0.87	0.74	1

* α = 0,7 (p<.05): significativo

Finalmente, se obtiene la consistencia interna por medio del coeficiente de confiabilidad de Kuder y Richardson (R20). Los puntajes demuestran que la escala cognitiva tiene un R20 de 0.80 y la escala físico de 0.72, mientras la escala emocional es de 0.97, la espiritual filosófica es de 0.93 y la social es de 0.87; es decir, describen una alta significancia en todas las escalas. En la escala total el R20 es de 0.98, la cual también expresa una alta significancia de confiabilidad. (Ver Tabla N° 07)

TABLA N° 07. CONSISTENCIA INTERNA DE KUDER Y RICHARDSON EN UNA MUESTRA DE 40 ADULTOS MAYORES.

ESCALA	R20	DECISIÓN
COGNITIVA	0,80	Moderadamente Alta
SOCIAL	0,87	Alta
EMOTIVA	0,97	Alta
ESPIRITUAL/FIL.	0,93	Alta
FISICO	0,72	Moderadamente Alta
TOTAL	0,98	Alta

* R20 = 0,7 (p<.05): significativo

Terminando con el ajuste de la prueba se realiza la normalización del instrumento o Norma T, utilizando el Análisis de medias y Prueba “t” por escala en función del sexo y la Puntuación z para encontrar los puntajes estándares de cada escala del sexo femenino y masculino.

De esta forma, se observa en la puntuación t de las escalas social y emocional del sexo femenino, tienen diferencias significativas entre los puntajes de la muestra norteamericana y muestra peruana; asimismo, entre los puntajes totales de ambas muestras, la escala social indica una diferencia significativa. Ante estos resultados, se aplica la puntuación z, tanto para los ítems de la escala social y emocional femenino como para la escala total; luego, con estos datos se construye una tabla de puntajes directos convertidos en estándares para sujetos peruanos. La nueva tabla de Puntaje T es utilizada para encontrar la puntuación estándar o percentiles de los datos obtenidos en este estudio. (Ver Anexo).

3.7 Recolección de datos

La recolección de datos son obtenidos mediante la presentación de un Inventario de afirmaciones sobre los recursos de afrontamiento al estrés.

Su administración se realiza en varias etapas, previo establecimiento de la empatía y explicación de cómo responder, y así obtener datos consistentes. Son aplicados individual y colectivamente, en un tiempo promedio de 20 minutos. En el estudio se emplea tres semanas hasta completar la muestra requerida.

Por último, los datos obtenidos son ordenados para el tratamiento estadístico correspondiente.

3.8 Procesamiento de datos

El tratamiento de los datos es en forma computarizada y procesada estadísticamente mediante el programa informático EXCEL-2000. Los estadísticos utilizados en este

estudio son los siguientes:

- *Media Aritmética:* (X) Medida descriptiva que determina el promedio de los niveles de los recursos de afrontamiento frente al estrés. Se refiere a la suma de todos los valores dividido por el número de sujetos.
- *Desviación Estándar:* (S_x) Medida de dispersión que determina la variabilidad existente entre los recursos de afrontamiento. Definida como la raíz cuadrada de la media aritmética de la diferencia de desviaciones elevadas al cuadrado de cada uno de los valores respecto de la media aritmética entre el total.
- *Varianza:* (S_x) Estadístico de dispersión considerado como la desviación estándar elevado al cuadrado.
- *Puntuación z:* (z) Transformaciones estadísticas de los valores o puntuaciones obtenidas, para analizar su distancia respecto a la media en unidades de desviaciones estándar.
- *Prueba t:* (t) Medida de distribución normal estándar que determina el grado de significación de las diferencias respecto a sus medias de los recursos de afrontamiento, al nivel del 0,05 de probabilidad y a la razón crítica de 1,96, utilizada para la comparación de grupos sobre una variable. La puntuación considera el grado de libertad y el nivel de confianza.
- *Coeficiente de Kuder y Richardson:* (R20) Medición paramétrica que produce valores entre 0 y 1 para estimar la confiabilidad. Es el producto de la división del número de valores sobre la misma menos uno, con la diferencia de la unidad menos la suma total de valores entre la suma de varianzas totales.
- *Análisis de Varianza unidireccional:* (F) Medición estadística para analizar si más de dos grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas. Considera una variable independiente y una dependiente y de condición categórica. La F es una razón de varianzas entre la media cuadrática entre los grupos y la media cuadrática dentro de los grupos, donde la media cuadrática es una suma de cuadrados entre su grado de libertad entre grupal e intragrupal.

Utilizando los estadísticos mencionados se realiza el proceso de análisis de los datos cuantitativos. El análisis de diferencia de medias entre dos grupos poblaciones es para encontrar un estimador que refleje la comparación en base a las puntuaciones “t”. El análisis de varianza de los grupos poblacionales es para realizar la prueba de hipótesis. Las puntuaciones obtenidas son contrastados con las hipótesis formuladas, considerando los niveles de confianza del 0,05 y 0,01 de probabilidad.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Capitulo IV. Resultados

4.1 Análisis de resultados

En el presente capítulo se presenta y analiza los resultados obtenidos en adultos mayores hipertensos hombres y mujeres contrastados con adultos mayores no hipertensos hombres y mujeres frente a los recursos de afrontamiento al estrés.

Los resultados se analizan mediante el análisis de varianza de dos vías con dos categorías cada una. La primera vía es presión arterial siendo su categorías: hipertensos y no hipertensos; y la segunda vía es género con sus categorías: varones y mujeres.

El análisis de medias sobre la puntuación de cada uno de los recursos de afrontamiento al estrés, en lo cognitivo, social, emocional, espiritual-filosófico, físico y total, describe el perfil de los recursos de afrontamiento de los hipertensos y los no hipertensos en función al género.

El tratamiento estadístico sobre los datos empíricos de la muestra es presentado a continuación en una serie de cuadros ordenados sistemáticamente y en donde se detalla las siguientes escalas:

COG	= Cognitivo
SOC	= Social
EMO	= Emocional
ESP/F	= Espiritual-Filosófico
FIS	= Físico

4.1.1 Recurso cognitivo de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero

El recurso cognitivo de afrontamiento al estrés es el grado en que los individuos mantienen un sentido positivo de autovaloración, una perspectiva positiva hacia otros, y optimismo sobre la vida en general frente al estrés.

El análisis de varianza y el puntaje F de los datos obtenidos en este recurso son contrastados en sus resultados encontrándose lo siguiente:

- En el grupo en general no existe diferencias significativas en el recurso cognitivo de afrontamiento al estrés, cuya razón F es 0.35 no significativa.
- El grupo de hipertensos no difieren de los no hipertensos en el recurso cognitivo de afrontamiento al estrés, la razón F es 0.03 no significativa.
- El género tanto en el grupo de hipertensos como en el grupo de no hipertensos no plantea diferencias en el recurso cognitivo de afrontamiento al estrés, pues tiene una razón F de 0.08. Tal como se puede apreciar en la siguiente Tabla N° 08:

TABLA N° 08. RESUMEN DE ANÁLISIS DE VARIANZA DEL RECURSO COGNITIVO DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS Y SEGÚN GENERO

FUENTE DE VARIANZA	SS	gl	Se/S	F	F 0.05
ENTRE GRUPO	17.21	3	5.74	0.35	2.64
DENTRO GRUPO	4811.39	295	16.31		
TOTAL	4828.60				
PRESIÓN ARTERIAL	0.43	1	0.43	0.03	
GENERO	1.23	1	1.23	0.08	
INTERACCIÓN	15.56	3	5.19	0.32	

* F=2.64 (p <.05): significativo

4.1.2 Recurso social de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero

Se considera el recurso social como el grado en que los individuos están inmersos en redes sociales y pueden proporcionarle apoyo en los momentos de estrés.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Los resultados en este recurso son contrastados mediante el análisis de varianza, obteniéndose lo siguiente:

- En el grupo en general se observa que no existe diferencias significativas en el recurso social de afrontamiento al estrés, la razón F es 0.34 no significativa.
- El grupo de hipertensos no difieren de los no hipertensos en el recurso social de afrontamiento al estrés, cuya razón F es 0.62 no significativa.
- La variable género del grupo de hipertensos con el grupo de no hipertensos no difieren en el recurso social de afrontamiento al estrés, sustentada por una razón F de 0.001. A continuación se presenta el resumen en la siguiente Tabla N° 09:

TABLA N° 09. RESUMEN DE ANÁLISIS DE VARIANZA DEL RECURSO SOCIAL DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS Y SEGÚN GENERO

FUENTE DE VARIANZA	SS	gl	Se/S	F	F 0.05
ENTRE GRUPO	37.40	3	12.47		
DENTRO GRUPO	10716.21	295	36.33	0.34	2.64
TOTAL	10753.61				
PRESION ARTERIAL	22.44	1	22.44	0.62	
GENERO	0.04	1	0.04	0.001	
INTERACCION	14.92	3	4.97	0.14	

* F=2.64 (p <.05): significativo

4.1.3 Recurso emocional de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero

El recurso emocional es el grado en que los individuos pueden aceptar y expresar un afecto, basado en la premisa que un rango de respuesta emocional ayuda a mejorar a largo plazo las consecuencias negativas del estrés.

Las contrastaciones efectuadas en este recurso con los datos obtenidos mediante el análisis de varianza, dan los siguientes resultados:

- Considerando el grupo en general no se encuentra diferencias significativas en el recurso emocional de afrontamiento al estrés, cuya razón F es 1.33 no significativa.
- El grupo de hipertensos no difieren de los no hipertensos en el recurso emocional de afrontamiento al estrés, la razón F es 0.08 no significativa.
- El género, en el grupo de hipertensos como en el grupo de no hipertensos no plantea diferencias en el recurso emocional de afrontamiento al estrés, la razón F es de 1.38.

Los resultados se muestran en el resumen de la Tabla N° 10 de la hoja siguiente.

TABLA N° 10. RESUMEN DE ANÁLISIS DE VARIANZA DEL RECURSO EMOCIONAL DEL AFRONTAMIENTO

AL ESTRÉS EN HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS Y SEGÚN GENERO

FUENTE DE VARIANZA	SS	gl	Se/S	F	F 0.05
ENTRE GRUPO	267.51	3	89.17		
DENTRO GRUPO	19725.05	295	66.86	1.33	2.64
TOTAL	19992.56				
PRESIÓN ARTERIAL	5.54	1	5.54	0.08	
GENERO	92.16	1	92.16	1.38	
INTERACCIÓN	169.80	3	56.60	0.85	

* F=2.64 (p <.05): significativo

4.1.4 Recurso espiritual-filosófico de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero

Se entiende como recurso espiritual y filosófico el grado en que las acciones de los individuos son guiadas por normas y valores consistentes derivado de la religión, tradición familiar, cultural o de la filosofía personal.

Mediante el análisis de varianza de los resultados obtenidos son contrastados, encontrándose que no existen diferencias, como se aprecia en lo siguiente:

- A nivel del grupo en el grupo general, el recurso espiritual-filosófico de afrontamiento al estrés no tiene diferencia significativa, la razón F es 1.68 no significativo.
- El grupo de hipertensos no difieren de los no hipertensos en el recurso espiritual-filosófico de afrontamiento al estrés, cuya razón F es 0.001.
- En el grupo de hipertensos como en el grupo de no hipertensos, el género no plantea diferencias en el recurso espiritual-filosófico de afrontamiento al estrés, pues se encuentra una razón F de 1.20.

Resultados que se pueden apreciar en la Tabla N° 11.

TABLA N° 11. RESUMEN DE ANÁLISIS DE VARIANZA DEL RECURSO ESPIRITUAL-FILOSÓFICO DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS Y SEGÚN GENERO

FUENTE DE VARIANZA	SS	gl	Se/S	F	F 0.05
ENTRE GRUPO	160.13	3	53.38		
DENTRO GRUPO	9362.18	295	31.74	1.68	2.64
TOTAL	9522.30				
PRESION ARTERIAL	0.04	1	0.04	0.001	
GENERO	38.18	1	38.18	1.20	
INTERACCION	121.91	3	40.64	1.28	

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

* F=2.64 (p <.05): significativo

4.1.5 Recurso físico de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero

El recurso físico viene a ser como el grado en que los individuos consideran las conductas como promovedoras de la salud para contribuir al aumento del bienestar físico.

El análisis de varianza de los datos obtenidos en este recurso son contrastados entre y dentro de los grupos poblacionales con los siguientes resultados:

- El grupo en general no evidencia diferencias significativas en el recurso físico de afrontamiento al estrés, cuya razón F es 1.67 no significativa.
- El grupo de hipertensos no difieren de los no hipertensos en el recurso físico de afrontamiento al estrés, la razón F es 0.55 no significativa.
- El género tanto en el grupo de hipertensos como en el grupo de no hipertensos plantea diferencias significativas en el recurso físico de afrontamiento al estrés, al encontrarse una razón F de 2.82.

Los detalles son observados en la Tabla N° 12.

TABLA N° 12. RESUMEN DE ANÁLISIS DE VARIANZA DEL RECURSO FÍSICO DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS Y SEGÚN GENERO

FUENTE DE VARIANZA	SS	gl	Se/S	F	F 0.05
ENTRE GRUPO	123.25	3	41.08		
DENTRO GRUPO	7269.26	295	24.64	1.67	2.64
TOTAL	7392.51				
PRESION ARTERIAL	13.55	1	13.55	0.55	
GENERO	69.53	1	69.53	2.82	
INTERACCION	40.16	3	13.39	0.54	

* F=2.64 (p <.05): significativo

4.1.6 Recursos de afrontamiento al estrés en hipertensos y no hipertensos y según genero

Los recursos de afrontamiento, inherentes en las personas, permiten manejar los estresores con más eficacia, experimentar menor intensidad de síntomas ante una situación estresante o para enfrentarla más rápidamente.

Las contrastaciones efectuadas con los datos extraídos de todos los recursos a través del análisis de varianza reafirman los resultados de los recursos individuales. Sus resultados son los siguientes:

- Analizando el grupo en general no existe diferencias significativas en el total de recursos de afrontamiento al estrés, la razón F es 0.93 no significativa.
- El grupo de los hipertensos no difieren de los no hipertensos en todos los recursos de afrontamiento al estrés, cuya razón F es 0.01 no significativa.
- Tanto en el grupo de hipertensos como en el grupo de no hipertensos no plantea diferencias en todos los recursos de afrontamiento al estrés, pues se obtiene una razón F de 0.07.

En la Tabla N° 13 se observan el resumen de los resultados.

TABLA N° 13. RESUMEN DE ANÁLISIS DE VARIANZA DE LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS Y SEGÚN GENERO

FUENTE DE VARIANZA	SS	gl	Se/Sd	F	F 0.05
ENTRE GRUPO	1507.67	3	502.56		
DENTRO GRUPO	160065.20	295	542.59	0.93	2.64
TOTAL	161572.90				
PRESIÓN ARTERIAL	6.53	1	6.53	0.01	
GENERO	37.58	1	37.58	0.07	
INTERACCIÓN	1463.559	3	487.8531	0.899113	

* F=2.64 (p <.05): significativo

4.1.7 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores

Con el presente tratamiento se describe el perfil de los recursos de afrontamiento al estrés de los adultos mayores.

De esta manera, en la Tabla N° 14 se aprecia los recursos de afrontamiento de los adultos mayores. Al margen de su condición de presión arterial y de género, manifiestan recursos moderados de eficacia frente al estrés. El recurso emocional destaca sobre los demás con una media de 45.9, en segundo lugar, el recurso social con una media de 38.8 y el recurso espiritual-filosófico con media de 34,2; mientras los que menos destacan son el recurso cognitivo con una media de 28.96 y el recurso físico con una media de 30.3.

TABLA N° 14. RESUMEN DE DIFERENCIAS DE MEDIAS Y DE VARIABILIDAD DE LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Recurso	Número	Media	D.S.	Varianza
COGNITIVO	299	28.96	4.03	16.20
SOCIAL	299	38.84	6.01	36.09
EMOCIONAL	299	45.91	8.19	67.09
ESPIRITUAL/F.	299	34.17	5.65	31.95
FISICO	299	30.30	4.98	24.81
TOTAL	299	178.18	23.28	542.19

4.1.8 Recursos de afrontamiento al estrés en adultos mayores hipertensos y no hipertensos

En la Tabla N° 15 se observa que los recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores hipertensos tienen una media de 178.6, semejantes a los adultos mayores no hipertensos con una media de 178.1, las cuales dan un resultado en puntaje t de 0.11, esta indica ninguna diferencia significativa.

En relación a los recursos individuales, el cognitivo tiene una media de 28.86 en hipertensos y 28.98 en no hipertensos, con un puntaje t de 0.15; el social tiene una media de 39.58 en hipertensos y 38.74 en no hipertensos, siendo su puntaje t de 0.86; el emocional de los hipertensos presenta una media de 46.28 y los no hipertensos una media de 45.86, con un puntaje t de 0.28; el espiritual-filosófico describe una media de 34.14 en hipertensos y 34.17 en no hipertensos, teniendo un t de 0.04; el físico presenta una media de 29.72 en hipertensos y 30.38 en no hipertensos, su diferencia t es de 0.74.

En resumen, no existen diferencias significativas en todos los recursos. Aunque es importante señalar el mantenimiento del aspecto emocional, social y espiritual-filosófico con mayores puntuaciones.

TABLA N° 15. RESUMEN DE DIFERENCIAS DE MEDIAS DE LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS

Recurso	SH			NH			Dif.	E.S	t
	N	X	S^2	N	X	S^2			
COG	36	28.86	20.24	263	28.98	15.72	-0.12	0.79	-0.15
SOC	36	39.58	29.79	263	38.74	36.98	0.84	0.98	0.86
EMO	36	46.28	69.18	263	45.86	67.05	0.42	1.48	0.28
ESP/FIL	36	34.14	31.49	263	34.17	32.14	-0.04	1.00	-0.04
FIS	36	29.72	24.89	263	30.38	24.84	-0.65	0.89	-0.74
TOTAL	36	178.58	528.88	263	178.13	546.01	0.45	4.09	0.11

* t = 1,65 (p <.05): significativo

4.1.9 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores hipertensos y no hipertensos de sexo masculino

La Tabla N° 16 muestra que los adultos mayores del sexo masculino hipertensos tienen una media de 185.6 y los no hipertensos una media de 176.7, obteniéndose una puntuación t de 1.09, una tendencia de mayor recursos de los hipertensos pero sin diferencia significativa.

Detallado por escalas, el recurso cognitivo del hipertenso tiene una media de 29.7 y del no hipertenso una media de 28.95, con un puntaje t de 0.55; el recurso social del hipertenso presenta una media de 40.4 y del no hipertenso una media de 38.7 y un puntaje t de 0.88; el recurso emocional del hipertenso tiene una media de 48.1 y del no hipertenso una media de 44.8, su puntaje t es de 1.12; el recurso espiritual-filosófico del hipertenso tiene una media de 35.9 y del no hipertenso una media 33.5, con un puntaje t de 1.31; el recurso físico del hipertenso tiene una media de 31.6 y del no hipertenso una media de 30.8, teniendo un puntaje t de 0.61.

En este cuadro, los puntajes "t" expresan que a nivel de varones no existen diferencias significativas.

TABLA N° 16. RESUMEN DE DIFERENCIA DE MEDIAS DE LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS DE SEXO MASCULINO

Recurs	Mas SH			Mas NH			Dif.	E.S	t
	N	X	S^2	N	X	S^2			
COG	14	29.71	24.53	105	28.95	16.93	0.76	1.38	0.55
SOC	14	40.36	46.71	105	38.66	43.13	1.70	1.94	0.88
EMO	14	48.14	112.44	105	44.84	73.79	3.30	2.96	1.12
ESP/FIL	14	35.86	41.82	105	33.45	43.25	2.41	1.84	1.31
FIS	14	31.57	19.03	105	30.80	25.83	0.77	1.27	0.61
TOTAL	14	185.64	863.32	105	176.70	635.81	8.95	8.23	1.09

* t = 1,66 (p <.05): significativo

4.1.10 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores hipertensos y no hipertensos de sexo femenino

En la Tabla N° 17 se distingue que los adultos mayores hipertensos del sexo femenino representan una media de 174 y los no hipertensos una media de 179.1, resultando una puntuación t de 1.23, es decir, una tendencia de menores recursos de los hipertensos pero sin diferencia significativa.

Asimismo, el recurso cognitivo del hipertenso tiene una media de 28.3 y del no hipertenso una media de 28.99, su puntaje t es de 0.71; el recurso social del hipertenso describe una media de 39.1 y del no hipertenso una media de 38.8, siendo el puntaje t de 0.28; el recurso emocional del hipertenso tiene una media de 45.1 y del no hipertenso una media de 46.5, su puntaje t de 0.96; el recurso espiritual-filosófico del hipertenso tiene una media de 33.1 y del no hipertenso una media 34.7, con puntaje t de 1.46; el recurso físico del hipertenso tiene una media de 28.6 y del no hipertenso una media de 30.1, obteniendo una puntuación t de 1.34.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

En el cuadro, los resultados de la Prueba “t” señalan que no existen diferencias significativas entre las mujeres.

TABLA N° 17. RESUMEN DE DIFERENCIA DE MEDIAS DE LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS DE SEXO FEMENINO

Recurs	Fem SH			Fem NH			Dif.	E.S	t
	N	M	V	N	M	V			
COG	22	28.32	17.75	158	28.99	15.03	-0.68	0.95	-0.71
SOC	22	39.09	20.09	158	38.80	33.13	0.29	1.06	0.28
EMO	22	45.09	41.90	158	46.54	61.84	-1.45	1.52	-0.96
ESP/FIL	22	33.05	23.38	158	34.66	24.39	-1.61	1.10	-1.46
FIS	22	28.55	25.97	158	30.09	24.14	-1.55	1.15	-1.34
TOTAL	22	174.09	292.66	158	179.08	487.72	-4.99	4.05	-1.23

* t = 1,65 (p <.05): significativo

4.1.11 Recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores hipertensos y no hipertensos en función del sexo y puntaje estandar

Considerando los puntajes estándares o percentiles se intenta hacer una diferencia descriptiva pero no significativa entre ambos grupos poblacionales.

Al respecto, en la Tabla N° 18, se aprecia que los adultos mayores hipertensos del sexo masculino tienen mayores recursos de afrontamiento sobre los no hipertensos. El predominio de los recursos y en orden descendente son los siguientes: el recurso espiritual-filosófico tiene un puntaje estándar (PS) de 58 en hipertensos y de 53 en no hipertensos; seguido por el recurso físico con un PS de 55 en hipertensos y de 53 en no hipertensos; el recurso cognitivo con un PS de 55 en hipertensos y 53 en no hipertensos; recurso emocional con un PS de 54 en hipertensos y 51 en no hipertensos y recurso social con un PS de 54 en hipertensos y 52 en no hipertensos; los recursos totales representan un PS de 57 en hipertensos y de 53 en no hipertensos.

Por otro lado, los adultos mayores hipertensos del sexo femenino tienen menores recursos de afrontamiento sobre los no hipertensos. El orden de predominancia es la siguiente: el recurso espiritual-filosófico tiene un PS de 51 en hipertensos y de 54 en no hipertensos; seguido por el recurso físico con un PS de 51 en hipertensos y de 53 en no hipertensos; el recurso cognitivo con un PS de 51 en hipertensos y 51 en no hipertensos; el recurso emocional con PS de 47 en hipertensos y 49 en no hipertensos; y el recurso social con un PS de 50 en hipertensos y 50 en no hipertensos. El total de recursos tiene un PS de 49 en hipertensos y de 51 en no hipertensos.

Los resultados descritos en la tabla pueden construir un perfil de los recursos de afrontamiento al estrés de los adultos mayores en función de la presión arterial y sexo, según el rango de puntajes determinados como altos (10 a 30) moderados (31 a 69) y bajos (70 a 80) en la prueba psicometrica. (Observar Gráficos 4 y 5 en el Anexo).

TABLA N° 18. RESUMEN DE DIFERENCIA DE RECURSOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y NO HIPERTENSOS EN FUNCION DEL SEXO Y PUNTAJE ESTANDAR

Recurs	Mas SH		Mas NH		Fem SH		Fem NH	
	PD	PS	PD	PS	PD	PS	PD	PS
COG	29.71	55	28.95	53	28.32	51	28.99	51
SOC	40.36	54	38.66	52	39.09	50	38.80	50
EMO	47.14	54	44.84	51	45.09	47	46.54	49
ESP/FIL	35.86	58	33.45	53	33.05	51	34.66	54
FIS	31.57	55	30.80	53	28.55	51	30.09	53
TOTAL	185.64	57	176.70	53	174.09	49	179.08	51

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Capitulo V. Discusión

Cuando se habla del recurso de afrontamiento al estrés, se refiere a la capacidad potencial innata y aprendida de la persona para manejar una situación estresante, mientras, la estrategia de afrontamiento al estrés, viene a ser la utilización y ejecución de este recurso al manejar una situación estresante especifica.

Estos conceptos guardan una aparente relación de causa y efecto. Un recurso de afrontamiento con buena valoración no implica necesariamente la respuesta de una estrategia eficiente frente al estrés, aunque es mayor la probabilidad de manejarlo exitosamente; igual sucede, cuando se ejecuta una estrategia de afrontamiento eficiente ante un hecho especifico de estrés, ésta no implica necesariamente un buen recurso previo, pero si mejores recursos potenciales.

Los modos potenciales de afrontamiento al estrés se expresan a través de cinco recursos de afrontamiento: cognitivo, social, emocional, espiritual-filosófico y físico. El recurso cognitivo se desarrolla con el conocimiento y el análisis de hechos vividos; el recurso social, a través de la interacción y el compartir con los demás las experiencias de la vida; el recurso emocional, se manifiesta en el desarrollo afectivo y su expresión en el ambiente familiar y social; el recurso espiritual-filosófico, con el resultado de la adquisición y formación de creencias y valores personales y culturales; por último, el recurso físico, adquirido a través de la condición orgánica y el manejo de estilos de vida (Lazarus, 1986; Hammer, 1988).

La trascendencia de los recursos de afrontamiento se manifiesta en el manejo de una situación estresante.

Una persona tiene mayor posibilidad de afrontar adecuadamente el estrés cuando se tiene una mayor cantidad y calidad de recursos de afrontamiento, y esta capacidad se logra a través del desarrollo personal y como producto de la experiencia y aprendizaje en el manejo del estrés (Baum y Singer, 1982). Significa que el tiempo y la edad son variables importantes en este aprendizaje, es decir, cuanto menos adulto es la persona es menor la capacidad de afrontamiento y cuanto es más adulto mayor es la capacidad de afrontamiento al estrés (Hammer, 1988; Frydenberg y Lewis, 1996). Otras variables que influyen en el afrontamiento son el conocimiento y la experiencia; en el primero, a mayor conocimiento de la vida mayor es la capacidad de afrontamiento, en el segundo, cuanto más frecuencia del hecho estresante mayor la capacidad de afronte (Lazarus, 1990; Vingenhoest y cols., 1994; Fernández-Abascal, 1997).

La condición individual de las personas también es un factor en la dinámica del estrés. En los adultos mayores, la capacidad inmunológica física y psicológica se deteriorada notoriamente. Por ejemplo, sus respuestas psicofísicas son relativamente eficientes ante las enfermedades e impactos emocionales, quiere decir, que la condición de adulto mayor es más favorable para el inicio o mantenimiento de males o enfermedades frecuentes. Uno de ellos, la hipertensión arterial, suele manifestarse progresivamente ante la presencia del deterioro orgánico y avance de la edad (Kane y cols., 1997) y ante el deterioro psicológico por el entorno sociofamiliar estresante (Rahe y Holmes, 1968; Nyklicek y cols., 1998; Gamarra y cols., 2000). Por consiguiente, el como afronte el adulto mayor su nueva forma de vida se reflejará en una vida estable y saludable o en una vida inestable y enfermiza.

Con relación al análisis de los resultados obtenidos en la diferencia de puntajes estándares de recursos de afrontamiento, los adultos mayores presentan recursos de afrontamiento con respuestas moderados (31 a 69 de puntaje estándar) y en todos los recursos existen similares mediciones.

En efecto, los recursos emocionales, sociales y espiritual-filosóficos destacan sobre los demás con puntajes moderados, mientras, los recursos físicos y cognitivos destacan menos a pesar de su puntaje moderado. Pero es evidente que en ambos sexos, entre los recursos sobresalientes, es mayor el recurso espiritual-filosófico y menor el emocional, con ligera tendencia de mayores recursos del sexo masculino sobre el femenino.

Afirmaciones que se explicaría por la madurez y estabilidad del adulto mayor para afrontar adecuadamente una situación estresante, características obtenidas a través de la experiencia de vida, a pesar de su deterioro orgánico y funcional (Hammer, 1988; Zeidner, 1992; Frydenberg y Lewis, 1996; Fernández-Abascal, 1997). El predominio de las capacidades emocional, social y espiritual-filosófico pueden deberse a la sensibilidad afectiva y flexibilidad de sus reacciones, a la necesidad de apoyo sociofamiliar ante la soledad, al interés por el dualismo de la vida y la muerte, y la necesidad de creer en algo superior. Por otro lado, el estancamiento de la capacidad física y cognitiva se debería al reconocimiento de la disminución del rendimiento físico y a la dificultad progresiva de discernimiento y aceptación de cambio entre actitudes positivas y negativas (Hammer, 1988). Además, la presencia de los recursos emocional, social y espiritual-filosófico, es reafirmada por los rasgos característicos del adulto mayor, es decir, por la sensibilidad emocional, sociabilidad limitada y valores espirituales.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

En relación a la presión arterial, entre los adultos mayores hipertensos y no hipertensos, existen similares recursos y no se observan claras diferencias entre ellos, aunque esté presente un ligero incremento de los recursos en los hipertensos, sobretodo en el emocional y social; estos recursos, son mayores en los hipertensos masculinos que en los hipertensos femeninos. Por otra parte, los recursos son mayores en los varones hipertensos que en los no hipertensos y son menores en las mujeres hipertensas que en las no hipertensas.

Esta semejanza de la capacidad de afrontamiento al estrés, en ambos grupos, sin importar la condición de hipertensión arterial, confirmaría la existencia de la madurez del adulto mayor favoreciendo la estabilidad de buenos recursos (Hammer, 1988; Frydenberg y Lewis, 1996; Kane y cols., 1997). En consecuencia, los recursos de afrontamiento no son factores importantes que diferencian entre los hipertensos y no hipertensos. A pesar de la buena capacidad de afrontamiento, ésta no influye directamente en la salud, mas bien, pareciera que existiendo los recursos no son utilizados adecuadamente, mermando la salud (Cea y cols., 2001).

La relación positiva entre los hipertensos masculinos, con mayores recursos de afrontamiento, sobre los no hipertensos, afirmaría el predominio del rasgo analítico del rol masculino con sus recursos pensantes, a diferencia del rol femenino la cual es más práctica y expresiva (Cea y cols., 2001). En relación a las mujeres, sucede lo contrario, una relación negativa, es decir, las no hipertensas presentan mayores recursos sobre las hipertensas, favoreciendo la condición de presión arterial estable, confirmando la presencia del rol femenino y sus recursos pragmáticos.

En consecuencia, la evidencia de no existir diferencias entre los recursos de afrontamiento de los adultos mayores hipertensos y no hipertensos, implica una semejanza entre cada uno de los recursos de ambos grupos. En tal sentido, los adultos mayores al margen de su estado de salud estable o inestable, conservarían sus habilidades de afrontamiento, potencialmente listos para ser utilizados como estrategias y la madurez le daría una relativa estabilidad de permanencia. Afirmación que confirma la teoría de los recursos de afrontamiento como capacidades potenciales de afronte. Por lo tanto, el nivel moderado de eficacia de los recursos en ambos grupos, podría indicar un manejo adecuado del estrés, pero, con poca influencia en el mantenimiento de la hipertensión arterial.

En otras palabras, la hipertensión arterial en un adulto mayor no guarda relación con los recursos de afrontamiento y serían otros los factores que conllevarían a este mal. Afirmación que contradice a los recursos de afrontamiento como capacidades de manejo del estrés con más eficacia y con menor intensidad de sus síntomas durante y después del estrés.

Finalmente, la preponderancia de los recursos emocional, social y espiritual-filosófico en los adultos mayores, se sostiene en la sensibilidad y flexibilidad sentimental, necesidad de apoyo sociofamiliar ante la soledad y necesidad de creencias, valores y de fe religiosa; mientras el estancamiento del aspecto físico y cognitivo se sostiene en su bajo rendimiento físico y dificultad de aceptación de cambio de actitudes negativas. Afirmaciones que se ajustan a las características psicológicas del adulto mayor y su

desenvolvimiento en esta etapa.

5.1 Conclusiones

1. Los recursos de afrontamiento frente al estrés de los adultos mayores hipertensos no difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos, por lo tanto, estos recursos no condicionan para la presencia o permanencia de la hipertensión arterial, debiendo existir otros factores que deben investigarse.

2. Los recursos de afrontamiento cognitivo de los adultos mayores hipertensos no difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos. El recurso cognitivo como disminución progresiva del razonamiento en estas edades se va dar con respuestas semejantes en ambos grupos de adultos mayores.

3. Los recursos de afrontamiento social de los adultos mayores hipertensos no difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos. Esta afirmación sostiene que el adulto mayor hipertenso y no hipertenso examinan su situación de soledad y búsqueda de apoyo familiar y social con semejantes expectativas de respuestas.

4. Los recursos de afrontamiento emocional de los adultos mayores hipertensos no difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos. Es decir, los adultos mayores hipertensos o no, manifiestan una sensibilidad afectiva que genera semejante expresión emocional en el medio sociofamiliar.

5. Los recursos de afrontamiento espiritual-filosófico de los adultos mayores hipertensos no difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos. En consecuencia, el interés por las creencias y valores de la vida y la fe en un ser superior son semejantes en ambos grupos de adultos mayores.

6. Los recursos de afrontamiento físico de los adultos mayores hipertensos no difieren significativamente de los adultos mayores no hipertensos. Aseveración que indica la presencia progresiva de la disminución del rendimiento físico en forma semejante entre los dos grupos de adultos mayores.

7. Los recursos de afrontamiento de los varones hipertensos no difieren significativamente de los varones no hipertensos, es decir, entre los adultos mayores varones existen semejantes capacidades potenciales de afrontamiento al estrés.

8. Los recursos de afrontamiento de las mujeres hipertensas no difieren significativamente de las mujeres no hipertensas, es decir, las capacidades potenciales de afrontamiento al estrés son semejantes entre los adultos mayores mujeres.

5.2 Sugerencias

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

1. Conocer los recursos de afrontamiento al estrés de los adultos mayores en relación con la hipertensión arterial, con la finalidad de seguir un mejor proceso de diagnóstico y tratamiento de la salud.

2. Desarrollar investigaciones referentes a los recursos de afrontamiento al estrés de los adultos mayores, en relación a la presión arterial en otras poblaciones y realidades para tener un conocimiento mas real y concluyente.

3. Considerar estudios más específicas de los recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores en función de otras variables importantes, tales como, grado de instrucción, estado civil, ocupación, familia y procedencia.

4. Realizar investigaciones de los recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores dirigidas a muestras con sintomatología y enfermedades diversas.

5. Iniciar estudios referentes al estado de estrés y estrategias de afrontamiento de los adultos mayores en general y en relación a la presión arterial.

6. Dirigirlas hacia la definición de recursos y estrategias de afrontamiento al estrés de las personas con hipertensión arterial.

7. Capacitar a profesionales de la salud sobre los recursos de afrontamiento al estrés en los adultos mayores en relación a la presión arterial, en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

8. Desarrollar programas de prevención primaria y secundaria en adultos mayores con hipertensión arterial para el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Bibliografia

ANGUERA, María, ARNAU, Jaime y otros (1995). “Métodos de investigación en psicología”. Madrid-España, editorial Síntesis S.A.

ANZOLA PEREZ, Elías (1994). “La atención de los ancianos. Un desafío para los años noventa”. Washington- EE.UU., editado por OPS.

BUENDÍA, José (1997). “Gerontología y salud”. Madrid-España, editorial Biblioteca Nueva.

CANOBIO, Mary (1994). “Trastornos cardiovasculares”. Barcelona-España, editorial MOSBY/DOYMA.

CAMPODONICO, Santiago (1988). “La hipertensión arterial en el anciano”. Rev. Diagnóstico, Vol. 14, Nº 2.

CEA, José, BRAZAL, José y GONZÁLEZ-PINTO, Asunción (2001). “Estrategias de afrontamiento e hipertensión arterial”. Informe: Dpto. Neurociencias, Psiquiatría y Psicología Médica, Universidad del País Vasco, España.

CASTRO, M. (1998). “Repercusiones del estrés sobre el aparato cardiovascular”. En: Estrés y manifestaciones clínicas, México D.F-México, editorial McGraw Hill Interamericana, Vol. V, Num. 3.

COCHRAN, N. (1980). “Técnicas de muestreo”. México D.F-México, editorial Tierra Firme S.A.

CHRISTENSEN, Howard (1999). “Estadística paso a paso”. México D.F.-México,

editorial Trillas, 4ª edición.

Davis, Martha, MCKAY Matthew, y ESHELMAN, Elizabeth (1985). “Técnicas de autocontrol emocional”. Barcelona-España, ediciones Martínez Roca.

ESSALUD (1995). “Guía metodológica para el desarrollo de los centros del adulto mayor”. Lima-Perú, editado por la Gerencia de Prestaciones Sociales.

ESSALUD (2000). “Manual de atención integral al adulto mayor”. Lima-Perú, editado por Gerencia Nacional de Salud.

ESSALUD (2002). “Curso de actualización en gerontología y geriatría”. Lima-Perú, editado por Gerencia Central de Salud y Gerencia de Prestaciones Sociales.

Fernández-Abascal, E.G. (1993). “Hipertensión e Intervención psicológica”. Madrid-España, editorial Eudema.

Fernández-Abascal, E.G., Palmero, F., Chóliz, M. y Martínez, F. (1997). “Estilos y estrategias de afrontamiento”. En Cuadernos de prácticas de Motivación y Emoción. Madrid-España, editorial Pirámide.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío (1994). “Evaluación conductual hoy”. Madrid-España, editorial Pirámide.

FLORES COLOMBINO, Andrés (1998). “La sexualidad en el adulto mayor”. Buenos Aires-Argentina, editorial Lumen-Humanitas.

GOODMAN (1996). “Manual de tratamiento farmacológico”. Madrid-España, editorial McGraw-Hill.

HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ, Carlos Y BAPTISTA, Pilar (1991). “Metodología de la investigación”. México D.F.-México, editorial McGraw-Hill, 2ª ed.

INEI (1995). “Perú: Perfil sociodemográfico de la tercera edad”. Lima-Perú, editado Talleres de Dirección Técnica Demográfica y Estudios Sociales.

IZAL, María y MONTERIO, Ignacio (1999). “Gerontología conductual”. Madrid-España, editorial Síntesis S.A.

KANE, Robert, OUSLANDER Joseph y ABRASS, Itamar (1997). “Geriatría clínica”. México D.F.-México, editorial McGraw-Hill.

Krassoievitch, Miguel (1993). “Psicoterapia geriátrica”. México DF- México, editorial Psiquiatría y Psicoanálisis.

LABRADOR, F. Y CRESPO, M. (1994). “Evaluación del estrés”. En: Evaluación conductual hoy. Madrid-España, editorial Pirámide.

LAZARUS, R. Y FOLKMAN, S. (1986). “Estrés y procesos cognitivos”. Barcelona-España, ediciones Martínez Roca.

MCKAY Matthew, DAVIS, Martha y FANNING, Patrick (1985). “Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés”. Barcelona-España, ediciones Martínez Roca.

MOSCOSO, Manolete (1998). “Estrés, salud, y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad”. Florida-EEUU., Revista de Psicología, Vol II, Nº 12, mes: julio.

OMS (1979). “Hipertensión arterial”. En: Tratado de medicina practica. Madrid-España, editorial IDEPSA, Nº 40.

OMS (1992). “Clasificación Internacional de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)”. Madrid-España, ediciones J. López, edición en castellano.

PROMUDEH (2000). “Lineamientos de política para las personas adultas mayores”. Lima-Perú, edición del Ministerio PROMUDEH.

PUENTE FERREROS, Aníbal (1995). “Psicología básica”. Madrid-España, ediciones Pirámide.

RODRÍGUEZ MARIN, Jesús (1995). “Psicología de la Salud”. Madrid-España, editorial Síntesis.

SÁNCHEZ, Hugo y REYES, Carlos (1984). “Metodología y diseños en la investigación científica”. Lima-Perú, editorial San marcos, 5ª edición.

SANDIN, B (1993). “El estrés”. En: Estrés y psicopatología. Madrid-España, ediciones Buendía, editorial Pirámide.

Santiago, Jorge. “Medicina conductual, psicología de la Psicología de la salud y estrés”. En: Psicología de la salud, UPRP. Lima-Perú, edición de la Facultad de Psicología, 1999.

TUMA MUBARAK, Jorge (1994). “Principales características de la hipertensión arterial en un grupo de ancianos atendidos en el IPSS”. Tesis en Medicina, Post Grado de Facultad de Medicina, UNMSM. Lima-Perú.

URIARTE MURA, Felipe (1989). “La tesis profesional ”. Lima-Perú, editorial San Marcos.

VALDES, Manuel (1997). “El estrés”. Madrid-España, editorial Acento.

VARELA PINEDO, Luis (2000). “Valoración geriátrica integral”. En: Tópicos selectos en geriatría, Facultad de Medicina, UPCH. Lima-Perú, ediciones Luis Varela.

VALDEZ HUARCAYA, Nancy (1999). “Estrés y recursos de afrontamiento en un grupo de adolescentes embarazadas”. Tesis en Psicología, Facultad de Letras y Ciencias, UPCP, Lima-Perú.

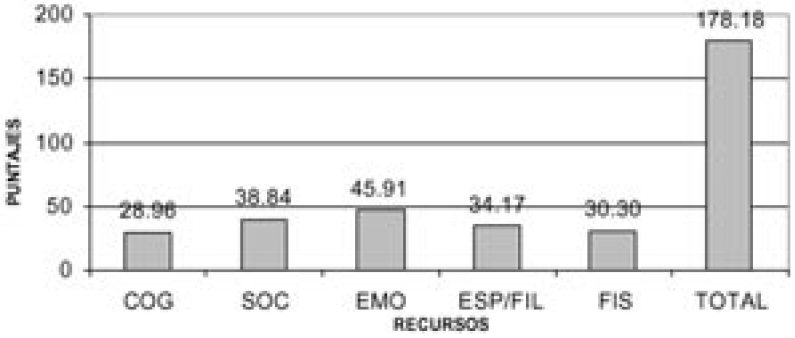
VEGA, José y BUENO Belén (1996). “Desarrollo adulto y envejecimiento”. Madrid-España, editorial Síntesis S.A.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

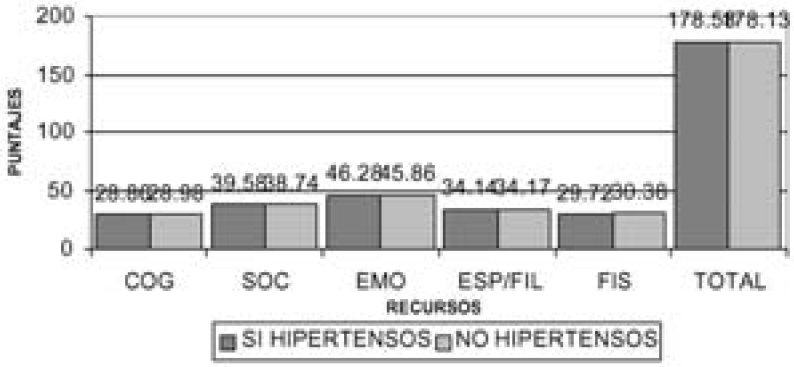
Anexos

Anexo 1. Gráficos y perfiles

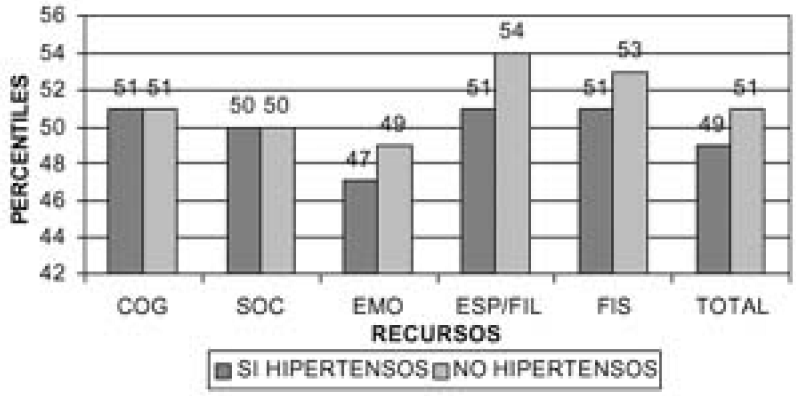
Perfil de los recursos de afrontamiento de los adultos mayores



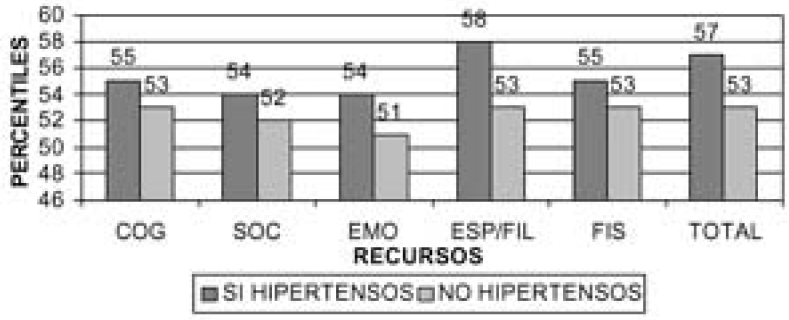
Recursos de afrontamiento al estres de los adultos mayores hipertensos y no hipertensos



Recursos de afrontamiento al estres en adultos mayores hipertensos y no hipertensos de sexo femenino



Recursos de afrontamiento al estres en adultos mayores hipertensos y no hipertensos de sexo masculino



Anexo 2. Materiales de instrumento

Tabla de Conversión de puntajes directos a puntajes estándares (puntaje T)

MASCULINO								FEMENINO							
PD	S	PD	S	PD	S	PD	S	PD	S	PD	S	PD	S	PD	S
60	0	106	19	152	38	198	58	60	0	106	19	152	38	198	58
61	0	107	19	153	39	199	58	61	0	107	19	153	39	199	58
62	0	108	20	154	39	200	59	62	0	108	20	154	39	200	59
63	1	109	20	155	40	201	59	63	1	109	20	155	40	201	59
64	1	110	21	156	40	202	60	64	1	110	21	156	40	202	60
65	1	111	21	157	41	203	60	65	1	111	21	157	41	203	60
66	2	112	21	158	41	204	60	66	2	112	21	158	41	204	60
67	2	113	22	159	41	205	61	67	2	113	22	159	41	205	61
68	3	114	22	160	42	206	61	68	3	114	22	160	42	206	61
69	3	115	23	161	42	207	62	69	3	115	23	161	42	207	62
70	4	116	23	162	43	208	62	70	4	116	23	162	43	208	62
71	4	117	24	163	43	209	63	71	4	117	24	163	43	209	63
72	4	118	24	164	43	210	63	72	4	118	24	164	44	210	63
73	5	119	24	165	44	211	63	73	5	119	24	165	44	211	63
74	5	120	25	166	44	212	64	74	5	120	25	166	44	212	64
75	6	121	25	167	45	213	64	75	6	121	25	167	45	213	64
76	6	122	26	168	45	214	65	76	6	122	26	168	45	214	65
77	7	123	26	169	46	215	65	77	7	123	26	169	46	215	65
78	7	124	26	170	46	216	66	78	7	124	26	170	46	216	66
79	7	125	27	171	46	217	66	79	7	125	27	171	46	217	66
80	8	126	27	172	47	218	66	80	8	126	27	172	47	218	66
81	8	127	28	173	47	219	67	81	8	127	28	173	47	219	67
82	9	128	28	174	48	220	67	82	9	128	28	174	48	220	67
83	9	129	29	175	48	221	68	83	9	129	29	175	48	221	68
84	9	130	29	176	49	222	68	84	9	130	29	176	49	222	68
85	10	131	29	177	49	223	69	85	10	131	29	177	49	223	69
86	10	132	30	178	49	224	69	86	10	132	30	178	49	224	69
87	11	133	30	179	50	225	69	87	11	133	30	179	50	225	69
88	11	134	31	180	50	226	70	88	11	134	31	180	50	226	70
89	12	135	31	181	51	227	70	89	12	135	31	181	51	227	70
90	12	136	32	182	51	228	71	90	12	136	32	182	51	228	71
91	12	137	32	183	52	229	71	91	12	137	32	183	52	229	71
92	13	138	32	184	52	230	72	92	13	138	32	184	52	230	72
93	13	139	33	185	52	231	72	93	13	139	33	185	52	231	72
94	14	140	33	186	53	232	72	94	14	140	33	186	53	232	72
95	14	141	34	187	53	233	73	95	14	141	34	187	53	233	73
96	15	142	34	188	54	234	73	96	15	142	34	188	54	234	73
97	15	143	35	189	54	235	74	97	15	143	35	189	54	235	74
98	15	144	35	190	55	236	74	98	15	144	35	190	55	236	74
99	16	145	35	191	55	237	75	99	16	145	35	191	55	237	75
100	16	146	36	192	55	238	75	100	16	146	36	192	55	238	75
101	17	147	36	193	56	239	75	101	17	147	36	193	56	239	75

MASCULINO							FEMENINO						
10	21	7	14	8	37	19	45	62	40	76	10	21	7	14	8	37	19	45	62	40	76
10	31	8	14	9	37	19	55	7			10	31	8	14	9	37	19	55	7		
10	41	8	15	0	38	19	65	7			10	41	8	15	0	38	19	65	7		
10	51	8	15	1	38	19	75	8			10	51	8	15	1	38	19	75	8		

MASCULINO												
Puntaje Estándar						Puntaje Estándar					
PD	COG	SOC	EMO	E/F	FIS	PD	COG	SOC	EMO	E/F	FIS
9	8					37		46	41	60	64
10	11					38		48	42	61	66
11	13			16	15	39		50	43	63	68
12	15			18	17	40		51	45	65	70
13	17	5		19	19	41		53	46	66	72
14	20	7		21	21	42		55	47	68	73
15	22	8		23	23	43		57	49	70	75
16	24	10	13	24	24	44		58	50	71	77
17	26	12	14	26	26	45		60	51		
18	29	13	15	28	28	46		62	53		
19	31	15	17	29	30	47		64	54		
20	33	17	18	31	32	48		65	55		
21	35	19	19	33	34	49		67	56		
22	38	20	21	34	36	50		69	58		
23	40	22	22	36	38	51		70	59		
24	42	24	23	38	40	52		72	60		
25	44	26	25	39	41	53			62		
26	46	27	26	41	43	54			63		
27	49	29	27	43	45	55			64		
28	51	31	29	45	47	56			66		
29	53	32	30	46	49	57			67		
30	55	34	31	48	51	58			68		
31	58	36	33	50	53	59			70		
32	60	38	34	51	55	60			71		
33	62	39	35	53	56	61			72		
34	64	41	37	55	58	62			74		
35	67	43	38	56	60	63			75		
36	69	45	39	58	62	64			76		

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

FEMENINO												
Puntaje Estándar							Puntaje Estándar					
PD	COG	SOC	EMO	E/F	FIS		PD	COG	SOC	EMO	E/F	FIS
9	10						37		46	35	57	66
10	12						38		48	37	59	67
11	15			15	18		39		50	38	61	69
12	17			17	19		40		51	40	62	71
13	19	5		18	21		41		53	41	64	73
14	21	7		20	23		42		55	42	65	75
15	23	8		22	25		43		57	44	67	77
16	25	10	6	23	27		44		58	45	69	78
17	27	12	8	25	29		45		60	47		
18	30	13	9	27	31		46		62	48		
19	32	15	11	28	32		47		64	49		
20	34	17	12	30	34		48		65	51		
21	36	19	13	31	36		49		67	52		
22	38	20	15	33	38		50		69	54		
23	40	22	16	35	40		51		70	55		
24	43	24	17	36	42		52		72	56		
25	45	26	19	38	43		53			58		
26	47	27	20	39	45		54			59		
27	49	29	22	41	47		55			60		
28	51	31	23	43	49		56			62		
29	53	32	24	44	51		57			63		
30	55	34	26	46	53		58			65		
31	58	36	27	48	54		59			66		
32	60	38	29	49	56		60			67		
33	62	39	30	51	58		61			69		
34	64	41	31	52	60		62			70		
35	66	43	33	54	62		63			72		
36	68	45	34	56	64		64			73		

Perfil femenino de recursos de afrontamiento al estrés: Puntajes Directos y Puntajes Estándares

Consultar el formato impreso

Perfil masculino de recursos de afrontamiento al estrés: Puntajes Directos y Puntajes Estándares

Consultar el formato impreso.

Inventario de recursos de afrontamiento al estres: Allen I. Hammer, PhD. Y M. Susan Marting (1987)

Consultar el formato impreso.