

**ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD.**

**TÍTULO: LAS CONFIGURACIONES COMPORTAMENTALES DE RIESGO EN SUJETOS HIPERTENSOS DEL HOSPITAL LUCÍA ÍÑIGUEZ. HOLGUÍN. 2003**

**AUTORA: LIC. ANA KARINA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ  
Psicóloga Hospital Lucía Íñiguez  
Holguín**

**TUTOR: Dr. ISRAEL MAYO PARRA (P. Titular)**

**LA HABANA, NOVIEMBRE DE 2003**

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, entre los problemas más importantes que deben resolver las Ciencias de la Salud se encuentran los relacionados con el control de las enfermedades no transmisibles. Cada vez más frecuentes, los indicadores de incidencia y prevalencia aumentan, sobre todo en países que logran mejorar las condiciones de vida de su población.

En Cuba, el impacto del proceso revolucionario ha sido palpable en la elevación del estado de salud del pueblo, con una política encaminada a la educación, la prevención y la promoción para la salud, el conocimiento creciente sobre las condiciones que la dañan, aplicados en la práctica cotidiana, ha sido un factor importante para los logros alcanzados.

La aplicación del enfoque de riesgo epidemiológico, ha permitido la planificación de los recursos necesarios allí donde se requieren, el conocimiento que porta este enfoque, ha sido vital para prever los posibles daños a la salud en poblaciones cubanas, así como para controlar los efectos dañinos en zonas de riesgo.

El enfoque de riesgo se basa fundamentalmente en el estudio de los factores de riesgo que se asocian a las enfermedades y actúan como causas de ellas. Estudiar los factores de riesgo, entonces, adquiere una singular relevancia, teniendo en cuenta los innumerables aspectos que pueden influir en la aparición de la enfermedad, su conocimiento detallado permite precisar las estrategias de prevención de salud y con ello mejorar el estado de salud.

La realidad compleja que vivimos, obliga a profundizar en estos aspectos, buscando ser cada vez más certeros en el control de la salud en comunidades, grupos e individuos.

La hipertensión arterial es la enfermedad no transmisible de mayor incidencia y prevalencia en el país, lo que se corresponde con los cuadros de salud de otros países con desarrollo comparable al nuestro. El enfoque de riesgo ha permitido tener una caracterización general de los individuos que enferman de ella, sin embargo, los esfuerzos realizados todavía no logran un resultado estable en la disminución de su incidencia y prevalencia.

Uno de los factores más relacionados con el control de la hipertensión arterial es el estilo de vida, la manera en la que las personas viven resulta una condición que puede volverlos vulnerable, sin embargo, los estudios sobre este tema, no satisfacen las expectativas, al quedarse en aspectos superficiales del problema. Múltiples son los autores que han aceptado este abordaje del estilo de vida, tanto en Cuba como en otros países.

La definición de qué elementos del estilo de vida individual determinan la vulnerabilidad a enfermar de hipertensión, requiere de un estudio basado en el plano puramente individual, a nivel de sujeto, que permita llegar al conocimiento profundo de aquellas cuestiones que significan un riesgo, desde el comportamiento cotidiano.

Resultan muy escasos los trabajos donde se teoriza sobre el estilo de vida. Este es un concepto que se utiliza por la mayoría de los autores, sin profundizar a cerca de su contenido, estructura y componentes y su lugar dentro del sistema de categorías de la psicología. El enfoque predominante en los estudios sobre estilo de vida en Psicología de la Salud, es analítico y positivista, centrado en comportamientos simples. Resulta necesario trascender este nivel y estudiar al estilo de vida de modo integral y holístico.

Bajo este enfoque, comportamientos aparentemente neutros desde el punto de vista de la salud, en su integración compleja, adquieren otro sentido, resultando útiles en la intervención preventiva y correctiva a nivel individual.

Visto de esta forma, el estudio que se presenta, toma el modelo de los constituyentes psicológicos del estilo de vida de I. Mayo, para desarrollar el estudio de las configuraciones del estilo de vida que actúan como riesgo en sujetos hipertensos.

El informe de investigación consta de tres capítulos. En el primero se exponen los fundamentos teóricos del trabajo, para lo cual se presenta un análisis crítico de los modelos de causalidad y riesgo, enfatizando en su

carácter factorialista y positivistas. Se hace un análisis de la aplicación de estos modelos al estudio de la hipertensión arterial, y del empleo del enfoque tradicional del estilo de vida en su estudio, señalando su carácter limitado para la reducción de la prevalencia de esta enfermedad. Finalmente se presenta el modelo de los constituyentes personológicos del estilo de vida de I. Mayo, adoptado como alternativa para el estudio de las configuraciones de riesgo en la hipertensión.

En el segundo capítulo se detalla la metodología empleada, basada en la teoría fundamentada y la inducción analítica, lo que permitió a partir del estudio de casos ir construyendo hipótesis para la comprensión de cómo se expresan en los constituyentes del estilo de vida, las configuraciones de riesgo o protectoras de la salud, según los casos.

En el tercer capítulo se presentan los resultados, para ello se expone cada caso, así como las hipótesis comprensiva elaboradas en cada uno de ellos y su subsiguiente refinamiento. El capítulo concluye con una reflexión teórica que sistematiza la comprensión de los nexos entre estilo de vida e hipertensión derivada de los casos estudiados. Además se encuentran las conclusiones, recomendaciones y los anexos.

La investigación realizada, desde el punto de vista teórico, ofrece una comprensión holística del riesgo a enfermar de hipertensión en los sujetos estudiados, expone evidencias empíricas sobre la pertinencia de incorporar al modelo de los constituyentes personológicos del estilo de vida de I. Mayo, el estilo de afrontamiento como un constituyente funcional y se introduce la categoría Oportunidad de Salud, como una vía para comprender el mantenimiento de la salud en sujetos sanos.

Desde el punto de vista metodológico, se proponen técnicas cualitativas para el estudio del estilo de vida, que pueden ser empleadas en estudios posteriores sobre este tema.

Desde la práctica, se logra una comprensión holística sobre el riesgo a enfermar de hipertensión en los sujetos estudiados y en los sujetos sanos se identificaron las bases que sostienen el mantenimiento de la salud. Esto plantea nuevas alternativas para desarrollar estrategias de prevención, promoción y educación para la salud en estos sujetos.

## CAPITULO I

### ASPECTOS TEÓRICOS DEL ESTUDIO DE LOS RIESGOS, LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL ESTILO DE VIDA.

#### 1. Causalidad y enfoque de riesgo epidemiológico. Valoración crítica.

El origen de las enfermedades ha sido la preocupación históricamente más sostenida en el ámbito médico desde sus inicios. El debate sobre las causas de las enfermedades ha recorrido insospechados caminos que han ido marcando el pensamiento médico-epidemiológico en diferentes etapas, desde su origen mágico religioso hasta su final fundamentalmente naturalista, de forma que la proposición causal ha pasado de tener un carácter fatalista, a probabilístico.

Las interpretaciones más simplistas relacionan la enfermedad con una sola causa. El modelo monocausal surge a finales del siglo XIX y principios del siglo XX como respuesta a las múltiples enfermedades infecciosas que caracterizaron esa época.

En esta etapa se descubre el papel de las bacterias como causa de dichas enfermedades con ello la hiperbolización de la naciente microbiología, lo que ha influido durante mucho tiempo en las ideas sobre el origen de las enfermedades. Koch se convierte en el principal precursor de este modelo.

Dada la insuficiencia del modelo monocausal para dar explicación a diversas enfermedades, surge el llamado modelo multicausal, que plantea la existencia de múltiples causas para la ocurrencia de un efecto: ante la dificultad de encontrar una sola causa como responsable de la aparición de una enfermedad, en él se descompone la realidad compleja del proceso de enfermar en factores de riesgo, marcadores de riesgo, signos precursoros de la enfermedad etc., sin establecer distinción en ellos en cuanto a la calidad; de ahí que su papel en el proceso salud-enfermedad esté contenido en una mayor o menor probabilidad estadística de que se produzca el efecto dañino.

Encontramos antecedentes históricos de este modelo en Aristóteles, Spinoza, Francis Bacon que enuncian conceptos próximos a marcadores de riesgo, factor terreno y respuesta orgánica como un todo.

Aunque con una visión más abarcadora, el modelo multicausal, en su búsqueda de factores de riesgo de mayor peso en la aparición de la enfermedad, ha seguido una lógica semejante a la del modelo monocausal.

“Hoy en día todo el mundo habla de la multicausalidad, pero la mayoría de los investigadores todavía buscan una causa y todavía piensan en una sola causa, o en unas pocas causas de la enfermedad” (1)

Insertar el modelo multicausal en el pensamiento epidemiológico suponía nuevas elaboraciones que realmente facilitaran su desarrollo, sin embargo, la carencia de bases teóricas que sostuvieran la concurrencia de varios factores en la aparición de la enfermedad, contribuyó a la interpretación superficial de la multicausalidad. Podríamos decir que en este modelo se sustituye la absolutización de la causa única del modelo monocausal por la relatividad que confiere el enfoque probabilístico en la determinación de los factores de riesgo.

Aunque la multicausalidad abriga la posibilidad de incluir condiciones o factores de diversa naturaleza, es notable cómo se concentra en la dimensión biológica del hombre. Lo social queda fundido a lo biológico en una unidad: los factores de riesgo, actuando indiferenciadamente en el enfermar, aún siendo realidades diversas.

La subvaloración de las dimensiones social y psicológica del hombre en el modelo multicausal demuestran que, en esencia, no se ha logrado trascender el biologicismo del modelo monocausal, y por lo tanto no agota la explicación del surgimiento de las enfermedades.

La falta de conocimiento sobre la especificidad propia del aspecto social en la causalidad ha demorado la comprensión holística de la enfermedad y con ello el manejo adecuado y preventivo de la misma.

En alguna medida el enfoque de riesgo intenta resolver esta debilidad del modelo multicausal, en tanto en él se valora la influencia del conjunto de factores de riesgo que predispone a un individuo, grupo o comunidad a un daño a la salud.

El enfoque de riesgo, según R. Batista y P. Feal (2), es el método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud, es un enfoque no igualitario, pues discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. Se basa en la presencia de una condición o característica biológica, psicológica, ambiental, social, económica, etc. que le confiere un riesgo particular de sufrir una enfermedad.

Sin negar la significación de la concepción sobre los riesgos, lo que se ha considerado un salto relevante en la comprensión de la patogenia de múltiples enfermedades y en la planificación de estrategias médicas y multisectoriales en el abordaje de los problemas de salud de la población, consideramos exponer algunas ideas al respecto:

La conceptualización en el enfoque de riesgo está planteada, en su esencia en términos estadísticos: "para aprovechar las posibilidades que nos ofrece el concepto de riesgo, de los riesgos asociados y los factores de riesgo, hay que proceder a una evaluación cuantitativa y ésta contribuirá a aclarar la correspondiente cadena de acontecimientos" (3)

Para R. Batista y P. Feal, (2) el riesgo es la medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud: enfermedad o muerte. El enfoque de riesgo consiste en la identificación y medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud y sus diferentes servicios. Ellos definen los factores de riesgo como la característica, condición o circunstancia detectable en un individuo, o grupo de personas y el ambiente, que se asocia con una probabilidad incrementada de desarrollar o experimentar una enfermedad o desviación de la salud.

Toledo Curbelo (1) plantea que el riesgo es una característica o circunstancia en una persona, grupo, comunidad o ambiente que se asocia con la probabilidad de padecer, desarrollar o exponerse a un daño a la salud. En la medida en que la magnitud de la probabilidad aumenta, la condición de riesgo es más manifiesta. El riesgo nos expresa la medida de la probabilidad estadística de que ocurra un suceso dañino a la salud. Para este autor los factores de riesgo son una condición que aumenta la probabilidad de daño a la salud.

Colimon (4) define riesgo como la probabilidad de ocurrencia de un evento de salud y factor de riesgo como un fenómeno de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social en genotipo o en el fenotipo, o alguna enfermedad anterior al efecto que se está estudiando, que por la variabilidad de su presencia o de su ausencia, está relacionada con la enfermedad investigada, o puede ser la causa de su aparición.

Piédrola Gil (5) señala que el riesgo es la probabilidad de un individuo de desarrollar una enfermedad, o la proporción de personas que la han desarrollado. Los factores de riesgo son factores endógenos o exógenos, que pueden ser controlados, preceden al comienzo de la enfermedad, están asociados a un incremento de la probabilidad de incidencia de una enfermedad y tiene responsabilidad en su producción.

De los ejemplos citados, sólo la definición dada por Piédrola contiene otros elementos además del estadístico, considerándolo más adecuado si tenemos en cuenta que la relación estadística no es suficiente para establecer el papel causal de un factor de riesgo, ella sólo indica la existencia o no de una asociación entre las variables analizadas.

El impacto de asumir los conceptos fundamentales de este enfoque en términos estadísticos puede ser evaluado en tres dimensiones fundamentales:

- A nivel macro (comunitario, poblacional) en el que la cuantificación y la referencia medible del peligro de enfermar en un contexto determinado es fundamental para estimar las necesidades de atención, seleccionar y aplicar las intervenciones necesarias, así como establecer las prioridades, se ha demostrado de manera más que suficiente la efectividad de este enfoque así como su probada suficiencia en la solución de los problemas sanitarios a este nivel, el caso de la salud pública cubana con el programa materno infantil es un buen exponente de ello.
- A pesar de que el enfoque de riesgo se basa en la vulnerabilidad a enfermar de comunidades, grupos, familias e individuos, al nivel de este último, los factores de riesgo entendidos únicamente en su relevancia estadística mediatizan un distanciamiento de los valores, intereses y creencias de los individuos a los que deben dirigirse las acciones de salud. El conocimiento "probabilístico" acerca de un factor de riesgo frecuentemente se identifica de manera lineal con su valor predictivo.

Sin embargo, la despersonalización de la relación individuo- probabilidad de enfermar, influye en el debilitamiento de dicho valor del factor de riesgo, el hecho de estar dentro de los límites probables de desarrollar una enfermedad, no necesariamente predice la aparición de la misma en un individuo concreto, por lo que la evaluación del peligro de enfermar, a nivel individual no siempre moviliza recursos de cambio en sus creencias y estilo de vida que lo protejan de las enfermedades o sus efectos.

Desde el punto de vista psicológico, la concepción de los factores de riesgo presenta al individuo como un sujeto inerte, objeto del fatalismo de estar expuesto a determinados agentes potencialmente patógenos, que en muchos casos no puede controlar por la naturaleza de ellos, o porque los percibe como perjudiciales cuando ya han comenzado a producir efectos sobre la salud, a veces, aunque sean modificables, las condiciones vitales del sujeto (sociales, psicológicas, familiares, comunicativas) le obstaculizan el cambio.

Esto puede conducir a decisiones desacertadas en cuanto a la prevención o manejo de la enfermedad e incluso conducir a conductas iatrogénicas con el individuo.

Esta limitación del enfoque de riesgo no es desconocida, al respecto Toledo Curbelo, plantea:

“Mientras más exacta sea la medición del riesgo, se interpretarán mejor las necesidades de atención. La predicción de padecer una enfermedad en relación con la cantidad se puede hacer, sin embargo, lo que no se podrá es determinar quiénes son los que desarrollarán la enfermedad” (1)

No obstante, los investigadores no se han orientado hacia la superación de esta desventaja, que comprendiendo al hombre como un ser bio-psico-social, resulta de insoslayable relevancia.

- Desde la epistemología positivista, que ha regido el estudio de los factores de riesgo, las correlaciones descriptivas del conocimiento contienen tres presupuestos imprescindibles en la legitimación del conocimiento científico, ellas son: la cuantificación del resultado, la significación probabilística y el supuesto valor empírico.

Sin embargo, satisfacer estos supuestos conlleva a la simplificación del problema científico, centrándose en lo puramente metodológico: selección depurada de los instrumentos, muestras, diseños; lo que deja fuera aspectos relevantes del objeto de estudio, que no siempre encuentran explicación a través de la cuantificación, sobre todo en cuanto a aspectos cualitativos. Las críticas a la epistemología positivista se ajustan a su aplicación a la epidemiología.

La conceptualización etiológica del binomio salud-enfermedad está encaminada a ir más allá de la comprensión fragmentada de su dinámica. La realidad contemporánea convoca desde hace ya algún tiempo a tener cada vez más en cuenta los aspectos sociales de la causalidad en epidemiología. Disciplinas como la sociología, la psicología y la ecología han socorrido en este empeño.

En las condiciones actuales, la existencia biológica del hombre está mediatizada por un sinnúmero de factores sociales que van desde la cultura alimentaria, hasta formas políticas que permiten o no una asistencia masiva de la población en los aspectos de salud.

El permanente desarrollo de la sociedad humana engendra simultáneamente nuevos puntos de vulnerabilidad del organismo humano y nuevas combinaciones etiológicas para la enfermedad, en las cuales los agentes bacterianos y virales, ceden su lugar a complejas formas de vida que alteran el funcionamiento biológico del hombre.

Se ha venido trabajando últimamente en un modelo, más aceptado en la actualidad, donde se afirma que múltiples causas provocan potencialmente múltiples efectos, existen resultados que muestran la asociación de innumerables factores con un efecto y a la inversa, pero cada vez es más complejo desentrañar los mecanismos por los cuales ellos se combinan hasta desencadenar la enfermedad. Planteado desde finales del siglo XIX, quedó relegado por el impacto de los descubrimientos microbiológicos y la aceptación del modelo monocausal.

Este modelo, que se inserta dentro de la llamada epidemiología social, también conocido como ecológico multicausal, trata de incorporar la participación del aspecto social dentro del complejo causal, planteando respetar las diferencias al incluir factores de diversa sujeción a leyes sociales y humanísticas que abordan el proceso salud-enfermedad desde concepciones teórico-metodológicas específicas, abriendo así las posibilidades a nuevas interpretaciones de la causalidad desde una perspectiva multidisciplinaria.

Los antecedentes de este modelo se remontan a Hobbes, Mill, Machivello, que hablan de causas necesarias, complejos de causas suficientes, constelación de causas y teoría de causas múltiples, lo que también influyó en Rothman al enunciar el modelo determinista modificado, pensadores como Virchow (1820-1902) con su postulado sobre higiene social también está en la base de este modelo, del que Milton Terris es uno de sus más destacados exponentes, la teoría de los campos de salud de Lalonde es un ejemplo de aplicación de este modelo.

Desde el punto de vista estadístico, el criterio probabilístico empleado en la actualidad tiene sus antecedentes en Berkeley, Rudolph Cornap y en los principios matemáticos de Whiterhead (5)

El modelo ecológico multicausal tiene en cuenta la acción recíproca del hombre con el ambiente, viendo la enfermedad como resultado de la compleja relación entre ellos.

En cuanto a la causalidad, el modelo demuestra que los agentes causales específicos constituyen una causa necesaria, pero no siempre suficiente. Existen factores primarios en la cadena de sucesos, pero también secundarios y el objetivo es descubrir las causas determinantes. Se establece un complejo e intrincado conjunto de factores y condiciones que caracterizan la causalidad múltiple. La interrelación entre causa y efecto significa una influencia recíproca constante, a consecuencia de la cual cambian tanto la causa como el efecto.

Haciendo una valoración general de este modelo podemos decir que indudablemente el planteamiento de la realidad social como un determinante de la salud es una ventaja de peso con respecto al modelo multicausal, sin embargo el empleo tradicional de los factores de riesgo, basado en el factorialismo estadístico no supera al modelo anterior, cuestión más limitada en los aspectos sociales y psicológicos.

La concepción de factor de riesgo definiéndolo como "característica", "condición", o "circunstancia", aisladas entre sí, impregna de atomismo un conocimiento que debe ir más allá de un listado de elementos con determinada participación probabilística en la aparición de la enfermedad.

Desde este punto de vista el factor de riesgo aparece como un fenómeno complicado, en la búsqueda de relaciones causales, ilustrado como un cúmulo de factores que se van sumando y que influyen de manera variable a la hora de enfermar.

Sin embargo, esta concepción no permite abordar la causalidad de manera sistémica. Se impone transitar hacia concepciones más complejas del fenómeno, encaminando la búsqueda de relaciones causales no hacia aspectos particulares inconexos unos de otros, sino a reflejar las interacciones que se dan entre estos factores, de esta forma, el factor de riesgo pasaría de ser un objeto complicado a un objeto complejo.

En la actualidad se emplean los modelos matemáticos multivariados para el abordaje sistémico de los problemas de salud, pues permiten evaluar la influencia de varios factores simultáneamente y acercarse a la integración del conocimiento, sin embargo la posibilidad de sustituir factores aislados por conjuntos de factores interrelacionados a la hora de diseñar modelos matemáticos para la asociación causal y la predicción de la enfermedad (6) sin dudas es un nivel de mayor alcance y más cercano a las posiciones teóricas contemporáneas: enriqueciendo el enfoque sistémico de la causalidad e introduciendo la epistemología de la complejidad en este análisis.

Desde la Psicología, esta nueva concepción de los factores de riesgo amplía el espectro de condicionantes para enfermar, dando paso al nivel cualitativo, integrativo y holístico que emerge del estudio del sujeto individual, lo cual constituye una contribución de inestimable valor a la teoría de la causalidad pues expresa un nivel superior de integración interdisciplinaria a la vez que puede reflejar con mayor nivel de realismo al individuo en peligro de enfermar en las estrategias preventivas.

Llegar a comprender cómo la realidad social y psicológica potencialmente patógena se traduce en enfermedad, es sin dudas, un reto de alto grado de complejidad para los investigadores actuales; llegar a ese conocimiento presupone un replanteamiento del enfoque de riesgo, en el que se logre, gracias a la integración de sus resultados empíricos, imbricarse con los aspectos cualitativos del mundo interno individual, pudiendo superar así su principal limitación. Para esto se requiere desarrollar una ética investigativa que propicie la modificación en las posiciones tradicionalistas dentro de la Medicina contemporánea.

A pesar de encontrar en el modelo ecológico multicausal una posibilidad de alcanzar un estadio superior dentro de la práctica epidemiológica, en Cuba seguimos anclados en la visión atomista y positivista del fenómeno salud-enfermedad, el tratamiento dado a enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial da muestra de ello.

## **2. La hipertensión arterial**

En Marzo de 1998 se pone en práctica el Programa Nacional de Prevención, diagnóstico, evolución y control de la hipertensión arterial en Cuba (7), perfeccionado en Diciembre de 1997. Reajustar el programa anterior devino en una necesidad dada la situación de salud del país; en él se plantea que en Cuba alrededor de 2 millones de personas padecen la enfermedad, siendo la de mayor prevalencia, de los enfermos conocidos, sólo el 45,2% están controlados. La prevalencia se incrementa con la edad y con la disminución de los recursos económicos. (8)

En su calidad de enfermedad crónica, es progresiva, raramente hace remisión espontánea en el adulto y tiene efectos en órganos vitales como el corazón, los riñones, los vasos sanguíneos, (9) de ahí que sea considerada también como un factor de riesgo, o marcador de riesgo para algunos autores como R. Batista y P. Feal, (2) de las enfermedades cerebrovasculares, las cardiopatías isquémicas y la insuficiencia cardíaca, todas ellas de gran impacto en la mortalidad del país.

“La hipertensión arterial es la enfermedad caracterizada por la elevación persistente o mantenida de las presiones sistólica, diastólica o ambas, demostrable por lo menos en tres tomas fortuitas y que evoluciona de acuerdo con la forma clínica que adopte” (10)

El programa define la hipertensión arterial como la presión arterial sistólica de 140 mmHg o más, o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o más o ambas cifras inclusive. Aplicable en adultos, padece de hipertensión, padece de hipertensión toda persona de 18 años o más que en tres ocasiones diferentes haya tenido 140/90 mmHg o más de presión arterial.

La hipertensión arterial, como enfermedad no transmisible, tiene la característica de que su origen es multifactorial: se desarrolla a partir de la interacción de varios factores

causales.

“Estos factores que favorecen la aparición y desarrollo de las enfermedades no transmisibles son los denominados factores de riesgo y se consideran, por tanto, los agentes causales” (2)

Múltiples son los trabajos de corte epidemiológico que abordan la hipertensión enfocando su relación con los factores de riesgo (8) (10) (9). Existe cierto consenso entre los autores más citados en nuestro medio en considerar dos grupos de factores de riesgo para

la hipertensión arterial: los no modificables entre los que se encuentran la edad

avanzada, el sexo masculino, la raza negra, grupo y factor AB+ y los antecedentes patológicos familiares; los potencialmente modificables como el tabaquismo, el alcoholismo, la hipercolesterolemia, inactividad física, la diabetes, el sobrepeso. (11) (12)

Se ha demostrado la asociación entre estos factores y la enfermedad. Céspedes Sánchez (13) obtiene que es 4,7 veces más probable desarrollar la hipertensión siendo obeso o sobrepeso, 1,3 veces si fuma y 1,8 veces si es mujer. González Toranzo (14) obtiene que el 14,5% de los hipertensos realizan ejercicios físicos y el 36,3% consumen sal de modo normal, sólo el 6,6% de los hipertensos estudiados consumen alcohol. Rosado Aguilera (15) obtuvo que el 36,3% de su muestra de hipertensos pertenece a la categoría de dirigentes y el 41% es de nivel preuniversitario y universitario.

Estos resultados nos sugieren algunas reflexiones:

Cabe preguntarse qué explica que el 63,7% que no pertenecen a la categoría de dirigentes en los resultados de Rosado Aguilera, padezca la enfermedad; o si el 16,2% de los fumadores desarrollan la enfermedad, el porcentaje restante por qué no enferma; o cómo valorar que el 17,3% de los que consumen sal de modo normal son hipertensos.

Clásicos de la medicina interna (11), también exponen contradicciones al respecto. Demostrando la notoriedad de las modificaciones de algunos factores de riesgos a través del tiempo, se plantea que en Estados Unidos, en 1965, el 51% de las varones blancos y el 59% de los negros de 18 años o más fumaban. Hacia 1991 estas cifras se redujeron a 27 y 35% respectivamente. El colesterol sanguíneo promedio se redujo de 220mg/100ml entre 1960 y 1966 a 205 de 1988 a 1991.

Lo que se presenta como éxito a nivel poblacional y como un argumento de peso en cuanto a la efectividad de la prevención de enfermedades cardiovasculares, abre más interrogantes y cuestionamientos.

Si se han logrado cambios de tal magnitud en 2 de los 4 factores de riesgo potencialmente modificables de mayor valor pronóstico para la hipertensión, es difícil aceptar su total falta de impacto en la prevalencia de la enfermedad, que ha continuado ascendiendo a pasos aparentemente indetenibles, lo que queda demostrado con el aumento del número de consultas por hipertensión hasta el 89% en los años 80.

Sin embargo no podemos decir lo mismo con respecto al tratamiento y control de la enfermedad. Se ha logrado que el 55% de los enfermos estén controlados, en ello influyen los avances en la farmacología y el aumento de la accesibilidad a los servicios de salud en algunos sectores de la sociedad norteamericana. Al parecer el enfoque curativo de la hipertensión arterial ofrece resultados que avalan su eficacia.

Hoy se conoce y se avanza más en lo curativo que en lo preventivo. Lagunas en las estrategias preventivas obstaculizan resultados comparables a nivel poblacional.

Conociendo que la modificación de los factores de riesgo predisponentes a la enfermedad no detienen el aumento de la incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial, se hace necesario abrir nuevas perspectivas, la pertinencia de estrategias de prevención basadas en los factores de riesgo tradicionales parece estar agotada.

Es evidente que prevenir la aparición de una enfermedad que se acentúa con la modernización social es un fenómeno más complejo que el "simplista" juego de proporciones de los factores de riesgo. Nuestros tiempos apuntan a la necesidad de lograr niveles superiores de integración de los conocimientos alcanzados.

Inevitablemente esto nos reafirma que la multicausalidad enfocada de modo factorialista no se impone a nivel individual, el valor predictivo de un factor de riesgo descontextualizado del actor protagónico y su medio puede ser ampliamente cuestionado.

Es de suma importancia valorar que este enfoque factorialista en la comprensión de esta enfermedad no constituye una respuesta novedosa a la problemática de la salud, lo que sin dudas ha influido en el escaso éxito del programa de Hipertensión en nuestra población. Así lo avalan corrales Chamizo (16) y Furonés Puñales (17) que al evaluar su aplicación en dos Policlínicos de la capital, obtienen que la misma es MALA y que los médicos responsables de llevarlo a cabo tienen un bajo nivel de competencia al respecto, lo que repercute en una deficiente atención al paciente.

Analizar las causas del fracaso del programa no es nuestro objetivo, no obstante, enmarcarse claramente dentro del modelo multicausal, con las limitaciones expuestas anteriormente, es un elemento importante que ha impactado negativamente en el proceder médico.

Entre lo que se exige en la Historia Clínica de un hipertenso según el Programa, encontramos múltiples aspectos biomédicos, sin embargo, lo referido a lo psicológico y lo social queda relegado a un ambiguo acápite llamado "factores psicosociales y ambientales". Igualmente encontramos que el examen al paciente sólo contiene el aspecto físico, obviando la relevancia de lo psicológico en la enfermedad, cuestión ampliamente conocida en la actualidad.

Paralelamente, desde la Psicología se ha abordado también ampliamente la temática de la hipertensión arterial. Con una visión más conciliadora, se ha desarrollado modelos psicofisiológicos que explican la enfermedad como resultado de la confluencia de factores hemodinámicos, genéticos, psicosociales y facilitadores. (18), (19)

Sin embargo, lo más frecuente es encontrar trabajos en los que se persigue la caracterización psicológica del hipertenso. Eduardo Greco plantea que "el perfil psicológico de los pacientes hipertensos muestra una aparente agresividad habitual frente a hostilidad reprimida que estalla en accesos de cólera. Son bastante obsesivos, rígidos y perfeccionistas, que temen la falta de afectos y a veces han tenido episodios traumáticos en el pasado que no han sido drenados y permanecen vivos dentro del mundo interno" (20)

Refiriéndose al mecanismo de toma de decisiones del hipertenso Ubaldo González (21) plantea que una personalidad caracterizada por una inadecuada toma de decisiones producto de poca reflexión, propicia los fracasos de la vida cotidiana y favorece un predominio de estados de ánimo negativos sistemáticos que alteran el sistema nervioso autónomo, el autovegetativo y la resistencia vascular periférica, lo que se traduce en hipertensión arterial. En 1997 este autor caracteriza al hipertenso como de fácil desencadenamiento de afectividad negativa, con tendencia a ser duradera, susceptibilidad marcada que lo hace rumiar el problema alargando su solución. Su emoción básica es la ira.

Fernando González (22), (23), (24), (25), (26) ha dedicado parte de su quehacer a la investigación del aspecto psicológico como mediador en la aparición de la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares, en su obra, existen momentos que marcan la evolución de su pensamiento en cuanto a la búsqueda de causas personológicas de enfermar. Estos momentos incluyen la crítica a los patrones de personalidad tipo A y B; la formulación del papel de los niveles de autorregulación de la personalidad en el mantenimiento de la salud, así como el carácter mediatizador de lo personológico en la acción del estrés sobre la enfermedad y por último sus estudios más recientes en los que aborda esta problemática a través del enfoque configuracional.

Con esta categoría da cabida a múltiples combinaciones psicológicas que en una situación concreta del sujeto, actúan como riesgo para la aparición de la enfermedad cardiovascular, integrándose con otros factores de carácter genético y social.

Al reconocer la naturaleza única y estrictamente individual del proceso de enfermar, se encamina a la búsqueda de aquellas configuraciones psicológicas que están presentes en los sujetos hipertensos e infartados.

Entre las características más generalizadas en este tipo de sujetos encontró el determinismo externo, evidenciado en la sensibilidad a la valoración externa y la dependencia a ella, sometiendo los intereses, aspiraciones y compromisos esenciales al logro de objetivos altamente valorados por los demás (25) Se orientan más a los resultados que a la lógica de sus problemas.

Este autor plantea que en los sujetos estudiados existe una relación entre inseguridad, determinismo externo y desinterés por la actividad concreta que el sujeto enfrenta, en la que no se implica, por lo que sus estados emocionales dependen de factores totalmente ajenos a su autodeterminación. (25)

En cuanto al sentido que adquiere la enfermedad para el sujeto, encuentra que está muy relacionada con la personalidad: para algunos la enfermedad es un punto de partida para alcanzar nuevas metas y para otros conlleva al conformismo y la pasividad.

Las regularidades generales apuntan hacia el perfeccionismo, pobreza de intereses, desplazamiento de sus deseos y aspiraciones personales, esencialmente hacia los hijos en quienes expresan todos sus anhelos y proyecciones de vida futura, vivencias de pérdida del sentido de la vida y circuitos tensionantes reverberantes. (25)

En los estudios psicológicos sobre la hipertensión arterial hay dos denominadores comunes, uno de ellos es el estrés, al que se le confiere un espacio importante. Se ha hecho énfasis en su presencia como desencadenante de la enfermedad, sobre todo en lo que se refiere a la respuesta fisiológica(19). A menudo se hace una distinción entre el estrés positivo, que es cuando la integración psicosomática de la tensión se expresa en actividades estimulantes, que contribuyen a la organización del comportamiento del individuo; y el estrés negativo o distrés, el cual reviste una importancia vital en la comprensión de la mediación psicológica de la enfermedad.

El distrés o estrés negativo es una tensión estable, derivada de aspectos contradictorios, ambiguos o de carga que el individuo percibe como excesiva y no puede personalizar en su expresión, aspectos que determinan una vivencia permanente de tensión, unida a desinterés e incapacidad para expresarla en formas organizadas de comportamiento. La activación fisiológica que se deriva de él aparece relacionada a riesgos de diferentes enfermedades, como la hipertensión, por lo que puede ser altamente perjudicial (25)

Con frecuencia se describe las situaciones que provocan estrés negativo, sin embargo ellas no sólo incrementan la presión sanguínea en los hipertensos, sino igualmente en los normotensos, circunscribir el estrés a una situación externa puede ser un reduccionismo, pues las contradicciones y conflictos internos de la personalidad también generan estados de estrés. Este fenómeno tiene una naturaleza multicausal: ni la calidad de las situaciones ni las particularidades de la activación fisiológicas por sí solas conducen de forma directa a él.

La capacidad del sujeto de afrontar las tensiones cotidianas tiene gran relevancia en su vulnerabilidad al estrés, lo que además de depender de la valoración de la situación, también depende de la implicación del sujeto en lo que le afecta, por lo que el aspecto interno, personalológico, no debe dejar de tenerse en cuenta (25)

El otro denominador común es la categoría estilo de vida. No son escasos los trabajos, tanto de corte epidemiológico como psicológico que lo tienen en cuenta (19), (27), (28), (29), (30), (31), (32), (33)

Desde la epidemiología, al estilo de vida se le ha dado tratamiento de "factor de riesgo", quedando vacía su definición (34) y por tanto su utilidad en la prevención de la enfermedad. Desde la psicología se ha extrapolado el abordaje epidemiológico y el resultado ha sido la enumeración de comportamientos perjudiciales a la salud.

Adolecemos de investigaciones que desde posiciones teóricas consistentes, planteen establecer relaciones causales entre el estilo de vida y la hipertensión.

Denotando la falta de precisión teórica de la que hablábamos, pero convencido de su valor en la prevención de la enfermedad, el Programa Nacional de Hipertensión Arterial, entre las acciones a desarrollar plantea que realizar cambios en el estilo de vida favorece la disminución y dosificación de medicamentos a emplear con el enfermo, para lograr esto sugiere controlar el peso corporal, la ingestión de sal y alcohol, la disminución del hábito de fumar e incentivar la actividad física, incluso "receta" modificar el estilo de vida por un año en los pacientes sin daños en órganos diana ni enfermedades cardiovasculares, como única medida terapéutica. Es lógico pensar que no puede dotar al médico de herramientas para lograr empeño tan confuso.

Lograr la integración entre el conocimiento alcanzado por la epidemiología y los resultados del estudio del estilo de vida, en su concepción más lograda científicamente, permitirá alcanzar un nivel más elevado en la visión holística de la hipertensión, lo que trascenderá la limitación a nivel individual del enfoque de riesgo y permitirá avanzar hacia una verdadera concepción ecológica de la epidemiología. La promoción, prevención y educación para la salud, orientada hacia el contexto del individuo en peligro de enfermar, ganará en especificidad y, por tanto, podremos esperar que enfermen una cantidad menor de personas.

A nivel individual es necesario evaluar el riesgo de enfermar en aquellos comportamientos complejos que hasta ahora han sido soslayados en los estudios tradicionales del estilo, haciéndolo desde un enfoque sintético y holístico.

### **3. El estilo de vida en la psicología de la salud.**

Es difícil encontrar otra categoría psicológica que adquiera mayor relevancia dentro del proceso salud-enfermedad que el estilo de vida.

Cuando en 1974 Lalonde enuncia su concepción de los campos de salud, e incluye en ellos al estilo de vida, se suscita un interés creciente por demostrar su papel en la determinación de la salud, sin embargo, la carencia de una definición precisa de esta categoría la convirtió en moldeable, dada su debilidad teórica. El auge de la epidemiología contribuyó a absorber el estudio del estilo de vida bajo sus mismos principios y paradigmas, importando así su positivismo.

Para Lalonde el estilo de vida refleja el modo de vida a nivel individual y se expresa en los hábitos, costumbres, habilidades, comportamientos y actividades comunes de cada persona en particular, para él los principales factores relacionados con el modo y el estilo de vida que ejercen su influencia en la salud son: alimentación no higiénica, consumo nocivo de alcohol, hábito de fumar, condiciones nocivas de trabajo, estrés patogénico, sedentarismo o inactividad física, malas condiciones materiales de vida, consumo inadecuado de medicamentos y narcóticos, inestabilidad familiar, mala atención a los hijos, bajo nivel escolar y cultural, excesivo nivel de urbanización, entre otros. (2)

Lejos de entender esta concepción como integrativa y explicativa, se tomó fragmentadamente, tratando de establecer asociaciones entre comportamientos aislados de significación biológica, y la enfermedad. De este modo, en las investigaciones epidemiológicas aparecen ejemplos que demuestran lo anterior: Hábito de fumar y cáncer, disturbios del sueño. Phillips y Donner, 1995; abuso de sustancias, estresores interpersonales y suicidio, Duberstein, 1993; hábitos sexuales, estilo de vida y síntomas del período menopáusico, Huerta, 1995; ejercicios físicos, hábitos alimenticios, tabaquismo y muerte celular, Kusaka, 1992; apreciación de solución de problemas de vida y depresión, Pretorius, 1992; modificaciones del estilo de vida en tratamiento fuera del hospital en pacientes con diabetes mellitus, Schneider, 1992; estilo de vida, hábitos alimenticios, relaciones interpersonales, características de personalidad y presión sanguínea e hipertensión, Burque, 1992; todos referenciados por Mariela Rodríguez (35).

Dejar atrás los aspectos más complejos del comportamiento humano resultó en una simplificación nociva a los efectos de la promoción, prevención y educación sanitaria de la población, las estrategias elaboradas en este sentido, no han logrado los resultados esperados en más de una enfermedad, siendo este un elemento importante.

Los estudios encaminados a los cambios de comportamientos de riesgo y la promoción de salud, con mucha frecuencia hacen alusión al estilo de vida de los sujetos, reduciéndolo como ilustramos anteriormente, a los hábitos alimentarios, el ejercicio físico, la conducta sexual, el consumo de alcohol, etc. Obviamente estas unidades parciales del comportamiento forman parte del estilo de vida, pero no lo agotan.

Todos estos trabajos, si bien ilustran el interés suscitado por este fenómeno, también reflejan las insuficiencias teóricas que caracterizan el estudio de este objeto. No rebasan la mera descripción de rasgos y variables aislados entre sí. No se profundiza en los aspectos teóricos y conceptuales del estilo de vida y sus relaciones con la personalidad, tomándose como una categoría auxiliar para dirigir la atención sobre otros fenómenos. Son pocos los trabajos que profundizan en su naturaleza interna, y hasta ahora no ha sido el centro de las elaboraciones teóricas de los autores que han utilizado esta categoría.

Para la Psicología de la Salud resulta necesario trascender este nivel analítico y factorialista del estilo de vida. Ello no sólo responde a una exigencia del desarrollo del conocimiento y de su tendencia a la integración intra e interdisciplinaria, sino también a una necesidad práctica. Un enfoque holístico del estilo de vida puede

revelar que determinados comportamientos no reconocidos como factores de riesgo, pueden resultar disfuncionales para el sujeto por el modo en que se interrelacionan con otros.

En nuestro medio el estilo de vida ha sido tratado por autores como, Mayo (36), y M. Rodríguez y D. Zaldívar, (35) que abordan de forma específica el estilo de vida. Si bien difieren en sus planteamientos teóricos, coinciden en señalar la necesidad de tener en cuenta los constituyentes e indicadores del estilo de vida.

Para Dionisio Zaldívar "el estilo de vida es un patrón transaccional del individuo con su ambiente, que se configura en el proceso de transacciones anteriores por la experiencia individual y con una determinación histórico social, pero no reducido al factor comportamental.

El individuo en su transacción con el ambiente evalúa, a través de su sistema de creencias y valores, esto mediatiza su patrón de respuesta afectivo emocional ante las situaciones que lo rodean y esto determina su comportamiento. El patrón de respuesta afectivo-emocional no puede mantenerse al margen del estilo de vida, la forma en que el individuo responde al medio de manera estable determina el proceso salud-enfermedad y este concepto reúne en sí todos los factores de riesgo para dicho proceso" citado por A. Oramas, (20)

I. Mayo, desde un enfoque personalógico, estudia el estilo de vida en su función metodológica, como una vía para el estudio holístico de la personalidad. Este autor define el estilo de vida "como un componente del modo de vida que abarca la forma de vida típica y estable que identifica al sujeto concreto" (36). Por su valor para la psicología de la salud, hemos asumido sus planteamientos para la realización de este trabajo.

### **3.1 El enfoque personalógico del estilo de vida.**

El enfoque personalógico parte de un replanteamiento de la relación de lo interno y lo externo. Con este enfoque queda en un primer plano el estudio de la personalidad y su relación activa con el medio, enfatizando en su papel como mediatizadora y a la vez transformadora de las influencias externas.

En la realización de este enfoque mantienen actualidad problemas metodológicos tales como el relacionado con la unidad de lo cognitivo y lo afectivo; la relación entre lo consciente y lo inconsciente; la estructura de la personalidad y sus niveles de regulación, entre otros. Existe consenso entre los estudiosos de la personalidad en cuanto a su carácter sistémico; sin embargo, asumirlo consecuentemente presupone la determinación de las relaciones sistémicas del sujeto con el medio, o sea, revelar el contenido psicológico de estas relaciones y su dinámica funcional.

Estas consideraciones sugieren, como una exigencia metodológica, el estudio de las regularidades de la expresión de la subjetividad en el comportamiento, así como la dialéctica de "lo que soy" (lo que el sujeto llega a hacer de sí mismo) y "lo que me sucede" (circunstancias e interrelaciones en que se ve envuelto).

Un enfoque personalógico sobre el estilo de vida tiene importancia esencial para la Psicología en el momento actual. Desde el punto de vista teórico contribuiría a la integración, sistematización y generalización del enorme cúmulo de datos empíricos existentes sobre unidades parciales del comportamiento utilizadas en diversas esferas de la psicología. Esto permitiría también una representación más integral sobre las relaciones individuo-sociedad.

El estilo de vida individual tiene importancia metodológica para la investigación de la personalidad, por cuanto una condición esencial para el estudio de la personalidad como un sistema, es el establecimiento de las relaciones -sistémicas también- con sistemas más amplios.

Desde el punto de vista práctico, la posibilidad de caracterizar integralmente el estilo de vida de los sujetos haría más eficaz la identificación de comportamientos integrales de riesgo a enfermar, no evidentes en conductas aisladas o unidades elementales del comportamiento.

Para la fundamentación del enfoque personalógico del estilo de vida, I. Mayo propone la siguiente comprensión de los vínculos del estilo y el modo de vida. Considera este autor que el modo de vida debe ser enfocado al menos en dos niveles de análisis. En el nivel general, donde el hombre genérico es sujeto del modo de vida, y en tal sentido es objeto de estudio de la sociología y la filosofía; y el nivel particular, donde el individuo es sujeto, no del modo de vida en general, sino de su estilo de vida, como componente subjetivamente determinado del modo de vida.

En el ámbito individual, las relaciones del modo de vida y el estilo de vida se dan a través de las condiciones de vida. El análisis de las condiciones de vida permite comprender cómo el modo de vida influye sobre los individuos de modo heterogéneo. La determinación social del individuo difiere de un sujeto a otro. Para cada sujeto concreto se configuran determinantes sociales muy específicos. Esto puede apreciarse en los diferentes niveles de acción de las condiciones de vida.

Existe un nivel en que las condiciones de vida son el resultado del activismo del sujeto, del carácter activo de su personalidad, de su autodeterminación y elección individual, que el individuo las alcanza a partir de su desempeño social, es decir, que no son condiciones de vida dadas, sino creadas, pero que también se constituyen en determinantes externos al sujeto resultantes de su estilo de vida.

Con este enfoque de las condiciones de vida es posible comprender el carácter de "subsistema funcional dinámico" del estilo de vida en la relación sujeto-modo de vida, así como acercar la categoría condiciones de vida a la psicología, destacando la significación que esta adquiere en sus diferentes niveles de análisis en relación con el sujeto.

Es en este plano en que se encuentra el contenido genuinamente psicológico del modo de vida. Es en este nivel donde el análisis de la expresión en el estilo de vida de los constituyentes funcionales y dinámicos de la personalidad es de importancia metodológica.

### El estilo de vida y su relación con el sujeto.

I. Mayo (36) asume que el sujeto individual existe en dos dimensiones: interna y externa. Las mismas se relacionan dialécticamente como dos partes de un todo. La personalidad constituye un componente de la subjetividad interna, mientras que el estilo de vida es la subjetividad objetivada, o sea, la expresión comportamental externa de la personalidad del sujeto. Todo comportamiento es una función del sujeto, sin que necesariamente en él participe y se exprese la personalidad. Aquel comportamiento nuevo, eventual, no forma parte del estilo de vida y no es expresión de la personalidad, aunque sí del sujeto. En cambio, lo que en el individuo es típico, recurrente e identitario, es decir, forma parte de su estilo de vida, es una función que el sujeto ejerce a través de su personalidad. El estilo de vida expresa el modo en que se objetiviza el activismo del sujeto en relación con la sociedad y la construcción de su vida.

### Los constituyentes del estilo de vida

I. Mayo define los constituyentes personológicos como "aquellos componentes del estilo de vida en que se expresan los contenidos de la personalidad. Son aquellas cualidades comportamentales de carácter integrativas, subjetivamente determinadas, gracias a lo cual permiten el conocimiento de la personalidad a través de su estilo de vida".

A continuación se aborda cada uno de los constituyentes personológicos definidos por I. Mayo.

#### 1. Sistema de actividades vitales

En el estilo de vida se organizan jerárquicamente las actividades que realiza el individuo de modo recurrente en su vida cotidiana. La lógica de organización y configuración del sistema puede tener mayor o menor nivel de participación consciente del individuo, permitir un mayor o menor grado de adaptación social, de modo que su estudio contribuye al conocimiento del nivel de desarrollo alcanzado por la personalidad.

Por sistema de actividades se entiende a la "organización jerárquica del conjunto de actividades que realiza el sujeto y que expresa el sentido subjetivo que la personalidad le confiere".

El sistema de actividades puede ser caracterizado por el contenido de los nexos con el medio reflejados en el sentido subjetivo que el individuo le confiere a cada una de las actividades que lo integran. De acuerdo con esto, las mismas pueden ubicarse en diferentes niveles, de modo tal que es posible elaborar una tipología del sistema de actividades.

## 2. Sistema comunicativo

El estilo comunicativo, y particularmente la calidad, amplitud y durabilidad del sistema comunicativo que dentro de él establezca el sujeto, puede ser estudiado como un constituyente personalológico del estilo de vida. El término sistema comunicativo se utiliza aquí para designar "la organización jerárquica del conjunto de contactos comunicativos (relaciones interpersonales) del sujeto que expresa el sentido subjetivo que la personalidad le confiere". En este sentido, el sistema comunicativo es el componente comportamental y esencial del estilo de vida del sujeto.

## 3. Sistema de roles.

En este trabajo el rol se considera como un "aspecto funcional de la relación individuo-sociedad que es síntesis por un lado de los condicionantes sociales e individuales y por otro de la actividad y la comunicación". Es una unidad funcional porque tiene identidad propia en relación con otras formas de vínculo del individuo y la sociedad como el status, las actitudes, los valores, etc. El carácter sintético está dado porque integra aspectos diversos como la actividad y la comunicación -a través de los cuales se realiza-, por un lado, y las expectativas sociales e individuales por otro.

Del conjunto de roles, no a todos se le confiere igual significación, por eso unos se realizan con mayor calidad, se convierten en más importantes para el individuo que otros; es decir, que los roles quedan organizados jerárquicamente por la personalidad. Los roles que ocupen los lugares más elevados de esa jerarquía serán los más relevantes en la autorrealización y el desarrollo general de la personalidad.

La expresión de los contenidos personalológicos a través del desempeño de un rol es más marcada, auténtica y menos indirecta en la medida en que el mismo está en la parte más alta de la jerarquía, es decir, en la medida en que es más significativo para el individuo y ocupa un lugar central dentro del sistema, pudiendo expresar la existencia de una unidad subjetiva de desarrollo o disfuncional, según el caso.

De este modo, la personalidad toma una posición activa con respecto a los roles que realiza, expresando su grado de aporte a la sociedad, su activismo social, marco en que tiene la oportunidad de identificarse como sujeto en el desempeño de sus roles. Partiendo de esta comprensión, el sistema de roles se entiende como la configuración jerárquica y subjetivamente determinada del aspecto funcional de la relación individuo-sociedad, que es síntesis de condicionantes sociales e individuales y de las actividades y contactos comunicativos en el sujeto.

## 4. Orientación en el tiempo.

La orientación temporal impregnada al comportamiento es un indicador del nivel de desarrollo de la personalidad que se expresa en la construcción del estilo de vida, señalado el carácter contradictorio o armónico de los nexos de la personalidad con su medio. Por orientación temporal del estilo de vida se entiende "la expresión en el comportamiento de las dimensiones temporales que participan en la regulación psíquica del sujeto".

## 5. Autorrealización personal.

La autorrealización supone dos facetas indisolublemente unidas: la apropiación y la objetivación. Al hablar de apropiación se señalan aquellas acciones que realiza el individuo con el objetivo de asimilar la experiencia social necesaria para su "construcción" personal. Ella puede distinguirse por un grado mayor o menor de activismo, por orientarse hacia una u otra esfera de la realidad social, de la situación vital de la personalidad.

La objetivación se concibe como el proceso de exteriorización de las cualidades y propiedades de la personalidad y su cristalización en el comportamiento, así como los productos de la actividad vital del individuo. Al igual que la apropiación, la objetivación se distingue por determinado nivel de selectividad y activismo.

Ambas facetas de la autorrealización se expresan en el estilo de vida, pudiéndose considerar como elementos caracterizadores del mismo desde el punto de vista funcional de sus nexos con la personalidad que lo regula; pero que a la vez está condicionada por él para su autorrealización. De este modo, el estilo de vida es premisa y resultado del proceso de autorrealización de la personalidad, constituyendo un elemento de contenido, que califica moral, cultural y políticamente al sujeto del estilo de vida.

Dada la complejidad de la autorrealización como proceso, sólo nos referimos a su expresión externa entendiendo por tal a "las formas de comportamiento del sujeto que expresan la amplitud, selectividad y nivel de satisfacción del sujeto con la apropiación de la realidad objetiva y la objetivación de la subjetividad individual".

Como producto del activismo de la personalidad y como resultado de su autorrealización, el estilo de vida se convierte en premisa de su propio desarrollo. Las circunstancias de la vida actúan sobre la personalidad a través de su estilo de vida, a la vez que la personalidad actúa y modifica las propias circunstancias a través del estilo de vida.

Los constituyentes personológicos del estilo de vida no tienen una existencia aislada, ellos se interrelacionan e interactúan de manera irrepitible en el sujeto concreto, de ahí la necesidad de estudiarlos a partir de la comprensión de su dinámica.

### **3.2 Las configuraciones comportamentales de riesgo.**

El término **configuración**, según el diccionario de la Lengua Española se define como la disposición de las partes o elementos que componen un cuerpo u objeto y le dan su peculiar figura. (37)

En la literatura psicológica se emplea por primera vez en la Escuela de la Gestalt, asumida como una de las traducciones del alemán de dicho término, ha sido utilizada con cautela, acaso porque su derivación sugiere, aunque bastante remotamente, una composición de elementos, que es la antítesis de la Gestalt. (38)

La Gestalt postulaba que las imágenes son percibidas en su totalidad como forma o configuración y no como una mera suma de sus partes constitutivas. En las configuraciones perceptivas así consideradas, el contexto juega un papel esencial. Los psicólogos gestaltistas descubrieron que la percepción es influida por el contexto y por la configuración de los elementos percibidos, las partes derivadas de su naturaleza y su sentido global, y no pueden ser disociados del conjunto, ya que fuera de él pierden todo significado.

Como se aprecia, el tratamiento que recibe esta categoría es bastante cercano a la definición referida del diccionario. La escuela de la Gestalt se sirvió de él apenas como un apelativo para describir el fenómeno perceptual, no estuvo interesada en elaboraciones conceptuales que permitieran profundizar y desarrollarla como categoría psicológica.

En las investigaciones pedagógicas de nuestro medio, la categoría configuración se ha empleado como una característica esencial dentro de la teoría holístico configuracional desarrollada por H. Fuentes (39), para el estudio de los procesos didácticos. En esta teoría, de modo similar al enfoque de la Gestalt, con la categoría configuración "se identifican aquellos rasgos, atributos o cualidades del proceso (proceso de enseñanza aprendizaje) que expresan la totalidad y que al relacionarse e interactuar dialécticamente con otras de la misma naturaleza, se integran, configurando un todo que va adquiriendo niveles cualitativamente superiores de organización y que constituye a su vez, una configuración de orden mayor"

En la literatura psicológica cubana, se ha usado de manera fortuita entre algunos autores, sin embargo, no podemos dejar de reseñar la evolución de este concepto en la obra de Fernando González (22, 25, 26)

Este psicólogo emplea este término por primera vez a partir de sus investigaciones en el campo de la salud, ocupado en desentrañar el papel mediatizador de lo psicológico en el proceso de enfermar, utiliza las "configuraciones psicológicas de riesgo" y las "configuraciones psicológicas de vulnerabilidad al estrés" (25)

Definiendo entonces "configuración" escribe: "son categorías complejas, pluridimensionales, que representan la unidad dinámica sobre la que definen los diferentes sentidos subjetivos de los eventos sociales vividos por el hombre" (26)

La opción que aporta el enfoque configuracional de este autor no es de desestimar en tiempos en que se necesita trascender la generalidad alcanzada por estudios estadísticos poblacionales y centrar nuestra atención en el fenómeno individual como condición primaria de procesos sociales, incluyendo en ellos la salud del hombre.

La categoría configuración también es empleada más recientemente por Israel Mayo (36) al caracterizar el estilo de vida de sujetos portadores de enfermedades psicosomáticas. Este autor construye el concepto a partir de los resultados empíricos que muestran cómo algunos constituyentes del estilo de vida, en su expresión negativa, se asocian a los comportamientos disfuncionales de los sujetos, mientras que en su

expresión positiva aparecen asociados al estilo de vida de sujetos sanos, denominándolas como "configuraciones comportamentales de riesgo".

Definidas como "la relación relativamente estable de constituyentes del estilo de vida e indicadores funcionales de la personalidad, que adquieren un sentido psicológico en la explicación de la función reguladora de la personalidad expresada en el estilo del vida del sujeto" (36)

Es esta definición de configuración, la que hemos asumido para la realización de esta investigación, la que está en correspondencia con la conceptualización de F. González. A grandes rasgos encontramos tres elementos de coincidencia entre ellos:

- carácter dinámico y funcional,
- No declaración de temporalidad, lo que está dado porque la expresión de una configuración puede darse ante una circunstancia o periodo determinado en que es imprescindible, para luego disolverse o desactualizarse.
- No delimitación concluyente de elementos que se integran, es decir que un elemento puede simultáneamente integrar otras configuraciones.

A los efectos del presente estudio, asumimos para definir una configuración comportamental de riesgo, acotaríamos a la definición de Mayo: "**que predisponen a la enfermedad en el sujeto concreto.**"

Los estudios que conllevan a establecer configuraciones psicológicas, en este caso del estilo de vida, superan el atomismo de los diagnósticos estandarizados alcanzados a través de índices parciales. La exigencia metodológica de estudios en profundidad, facilitará un nivel de análisis superior a la hora de establecer regularidades psicológicas causales que median en la aparición de la enfermedad, lo que abre nuevos espacios de discusión a la hora de diseñar estrategias preventivas y de promoción de salud.

En este punto de la lógica de exposición del marco teórico, están creadas las condiciones para comprender el **problema científico** que aborda la presente investigación:

## PROBLEMA

**¿Cómo se expresan las configuraciones comportamentales de riesgo en el estilo de vida de sujetos hipertensos, que no son tenidas en cuenta en el enfoque tradicional de los factores de riesgo?**

## OBJETIVOS

- Valorar críticamente la causalidad y el enfoque de riesgo epidemiológico.
- Describir y comprender las configuraciones comportamentales de riesgo presentes en el estilo de vida de sujetos hipertensos, así como las configuraciones comportamentales de protección a la salud en sujetos sanos, basado en el modelo de los constituyentes psicológicos del estilo de vida de I. Mayo

## CAPÍTULO II

### METODOLOGÍA SEGUIDA PARA EL ESTUDIO DE LAS CONFIGURACIONES COMPORTAMENTALES DEL ESTILO DE VIDA

Para responder al primer objetivo planteado, empleamos métodos de dos niveles:

De nivel teórico, se utilizó el método **Histórico-lógico**. Para valorar críticamente la causalidad y el enfoque de riesgo epidemiológico se analizaron los diferentes modelos causales a lo largo del tiempo, identificando los antecedentes históricos en el campo de la medicina, los precursores, los principios básicos que exponen, así como sus limitaciones o críticas fundamentales. Los resultados de esta parte son expuestos en el Capítulo I de este trabajo.

De nivel empírico, se emplearon métodos cualitativos: el **Estudio de Casos**, la **Teoría Fundamentada** y la **Inducción Analítica**, los cuales son descritos en este Capítulo, los resultados empíricos alcanzados a través de estos métodos permitieron corroborar las críticas planteadas a la concepción actual de los factores de riesgo epidemiológico.

Para responder el segundo objetivo se siguió la metodología cualitativa antes señalada, que se detalla a continuación.

#### 1. Criterios teóricos y metodológicos seguidos en el estudio de los constituyentes personológicos del estilo de vida.

Siendo consecuente con los fundamentos teóricos que se sustentan, en el estudio personológico del estilo de vida es necesario tomar distancia de los métodos, procedimientos y técnicas positivistas que atomizan el comportamiento en unidades parciales en aras de la objetividad.

Partimos de la consideración de que es necesario pasar a un nivel personológico y holístico desde posiciones metodológicas que permitan abordar este objeto en su complejidad, integrando las interacciones dinámicas que ocurren entre sus constituyentes personológicos.

Dentro de los marcos del enfoque psicológico del estilo de vida, el método biográfico y el estudio intensivo de casos cobran gran actualidad. En este sentido, la "extrospección" entendiendo por tal la autoobservación del sujeto de su vida externa, constituye una alternativa metodológica, la cual está dada en parte por el carácter público del objeto de observación (el comportamiento y sus resultados objetivos)

Se ha señalado que las técnicas de autorreporte, independientemente de su fácil manejo, rápida respuesta y calificación, poseen algunas desventajas, pues parten del supuesto, no siempre real, de que el sujeto posee un adecuado autoconocimiento, y, por tanto, son susceptibles de falseamiento. Ante esto, L. Rodríguez escribe: "Aún así estos no son obstáculos de principios, ya que si los elementos son formulados en términos de conductas habituales, claramente identificables por el sujeto y que aludan indirectamente al objeto de exploración y si, mediante dispositivos internos, puede medirse determinada 'tendencia al falseamiento' primará la ventaja inicial". (44)

I. Mayo plantea que una técnica pertinente para la investigación personológica del estilo de vida es el *report*, que consiste en obtener un informe sobre la conducta del sujeto, sin exigirle que la interprete, o sea, una descripción o extrospección del comportamiento.

En relación con esta técnica existen expectativas favorables sobre su empleo actual y prospectivo en la búsqueda de unidades de medida conductual, constituyendo un prometedor campo de trabajo. Al respecto, I. Declaux ha escrito: "En general, estas técnicas ofrecen una información muy rica sobre los procesos que utilizan los sujetos en el desarrollo de conductas complejas, cosa que es muy difícil de obtener con la instrumentación propia del método experimental". Citado por I. Mayo (36)

En el plano teórico, si bien existen antecedentes de estudios del estilo de vida ya referenciados con anterioridad, que ofrecen un acercamiento general a la categoría estilo de vida, se carece en la actualidad de una teoría que presente un cuadro integrativo de ella, es por eso que se hace necesario avanzar en la teorización sobre este tema.

Partir del conocimiento empírico que aporta el estudio de casos individuales posibilita comprender cómo ocurren las interacciones entre los constituyentes personológicos del estilo de vida.

En el campo de la salud, el estudio integrativo al nivel del sujeto individual acerca del riesgo de enfermar en sentido general y de enfermar de hipertensión arterial de forma específica, ha sido escasamente abordado, es la metodología cualitativa quien permite acercarse a la comprensión del fenómeno de instauración, en este caso de la hipertensión, a partir de la relación relativamente estable entre los constituyentes del estilo de vida (configuración comportamental) en un sujeto concreto.

Existen métodos de la Investigación cualitativa, de naturaleza teórica, que tienen el propósito de explicar los hechos de la vida social, y en este caso psicológica, de los sujetos estudiados.

La Teoría Fundamentada (45) está destinada a facilitar la generación de teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones a partir de los datos que se obtienen directamente de los sujetos, rebasando estas elaboraciones a los supuestos teóricos que inicialmente le permitieron observar el fenómeno al investigador.

La Inducción Analítica, otro método teórico de la investigación cualitativa (45) tiene la finalidad de verificar o poner a prueba proposiciones teóricas, ya elaboradas con anterioridad.

Es frecuente encontrar el uso combinado de ambos métodos.

Taylor y Bogdan dicen: “Aunque la mayor parte de los investigadores adoptan en sus estudios elementos de ambos enfoques, al considerar el análisis de los datos cualitativos resulta útil diferenciar la generación de la teoría, por una parte, de la verificación de la teoría, por otra, con los respectivos recursos de la Teoría Fundamentada y la inducción analítica. (45)

Estos mismos autores reconocen combinar en sus estudios ambos métodos: la comprensión de los escenarios o personas que ellos estudian está fundamentada en los datos y se desarrollan a partir de ellos (Teoría Fundamentada) así como en el análisis de los “casos negativos” y el contexto en que fueron recogidos los datos, propio de la inducción analítica, aunque no se planteen la búsqueda de generalizaciones y universales

De acuerdo al problema que queremos dar respuesta en nuestra investigación, nos hemos basado en elementos de estos dos métodos para trazar la estrategia metodológica a seguir.

Este estudio parte del supuesto teórico de que en el nivel psicológico individual, la concepción factorialista del riesgo resulta limitada para la explicación de las causas de la enfermedad, en este caso de la hipertensión, siendo una alternativa para este estudio, el modelo de las configuraciones comportamentales del estilo de vida de I. Mayo. Para la verificación de estos supuestos teóricos, se desarrolla una investigación cualitativa basada en la Teoría Fundamentada y la Inducción Analítica

Las especificidades del empleo de estos recursos metodológicos las iremos detallando durante la descripción del análisis de los datos obtenidos.

## **2. Contexto de la investigación.**

Esta investigación se realiza en la Ciudad de Holguín, la cual está considerada la tercera ciudad de Cuba por la densidad de población, la extensión territorial y su complejidad socioeconómica, siendo significativo que hasta hace poco tiempo, sólo contaba con un Hospital provincial que no alcanzaba a cubrir las necesidades de más de un millón trescientos mil holguineros, en la actualidad su situación de salud no difiere al resto de las provincias del país, siendo de interés la alta tasa de incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial como enfermedad no transmisible.

Residiendo la autora de este trabajo en la capital provincial y trabajando en el Hospital Lucía Iñiguez, tenía conocimiento sobre la presencia de la hipertensión arterial en un número creciente de trabajadores de dicho centro, lo que motivó la realización de este trabajo allí, cuestión que además resultaba beneficiosa para establecer rapport con los sujetos de investigación en tanto es conocida y aceptada de manera natural en este medio. Esto fue un elemento importante en el aprovechamiento eficiente del limitado tiempo de que se disponía para la realización del estudio.

Hace cinco años, se puso en funcionamiento este nuevo hospital, propiciando un movimiento de jóvenes profesionales de la salud desde distintos lugares de la provincia para completar la plantilla necesaria. Es por esa razón que la edad promedio de los más de mil doscientos trabajadores del Hospital esté por debajo de

los 40 años. La puesta en marcha de la edificación ha sido gradual, las especialidades médicas se han ido instalando paulatinamente, completando su equipamiento en la medida que los recursos financieros lo han permitido.

Aunque en breve tiempo, el hospital ha ganado el reconocimiento de los pacientes, familiares y pueblo en general gracias a la laboriosidad de sus trabajadores así como a la disposición de técnicas y medios diagnósticos altamente sofisticados, que lo hace un lugar de referencia para otros territorios cercanos.

Es igualmente reconocida la preparación profesional de los médicos y enfermeras que en él laboran, la baja mortalidad hospitalaria y la calidad de la atención, lo que sin dudas se convierte en un reto cotidiano para los trabajadores, que por demás, tienen un alto sentido de pertenencia a la institución.

Enclavado en una zona poco urbanizada de la ciudad, el acceso al Hospital se torna difícil, por los problemas actuales de transporte urbano, el que si bien existe, no es suficiente para el volumen de personal, tanto trabajadores como usuarios de los servicios que deben llegar cada día a él.

### **3. Definiciones de conceptos empleados**

Estilo de vida: componente del modo de vida, subjetivamente determinado que abarca la forma de vida típica y estable que identifica al sujeto concreto, expresando la objetivación de la personalidad.

Configuración comportamental de riesgo: Relación relativamente estable entre constituyentes del estilo de vida e indicadores funcionales de la personalidad, que adquieren un sentido psicológico en la explicación de su función reguladora expresada en el estilo del vida que predisponen a la enfermedad en el sujeto concreto.

Configuración comportamental de protección a la salud: Relación relativamente estable entre constituyentes del estilo de vida e indicadores funcionales de la personalidad, que adquieren un sentido psicológico en la explicación de su función reguladora expresada en el estilo del vida que facilita el mantenimiento de la salud.

### **4. Proceso de selección de los sujetos de estudio**

Partimos de que la concepción actual de los factores de riesgo es limitada a nivel psicológico individual, por tanto, en sujetos hipertensos deben aparecer configuraciones comportamentales del estilo de vida, que no han sido visibles a la luz de la actual concepción de los factores de riesgo, pero que por su vinculación con las principales fuentes de estrés del individuo, pueden actuar como riesgo para desarrollar la hipertensión.

El trabajo con sujetos hipertensos, expuestos y no expuestos a los factores de riesgo conocidos para la hipertensión arterial (ingestión excesiva de grasas y sal, ingestión de alcohol, obesidad, antecedentes patológicos familiares, hipercolesterolemia, hábito de fumar) podía arrojar configuraciones comportamentales comunes entre ellos, en este caso trabajaríamos con los casos negativos de la actual concepción de los riesgos, confirmándonos la inconsecuencia de la misma.

Pero esto no es suficiente para considerarlas como riesgo de enfermar, sino que se hizo necesario estudiar sujetos sanos para contrastar las configuraciones comportamentales del estilo de vida que se expresan en ellos, suponiendo encontrar configuraciones de protección para no enfermar diferentes de las de riesgo, entonces decidimos igualmente trabajar con sujetos sanos expuestos y no expuestos a los riesgos de hipertensión, como se ve, trabajamos igualmente con los casos negativos.

Incluir en el estudio casos negativos (tanto de sanos como de enfermos), para los cuales no se cumpliera la predicción de los factores de riesgo, permitía comprender la expresión de configuraciones comportamentales comunes entre los sanos y los enfermos, pero diferentes entre sí. Esto es una estrategia de la inducción analítica.

Para seleccionar con qué sujetos trabajar, primeramente definimos las características que debían cumplir para satisfacer los supuestos iniciales, en el caso de los sujetos hipertensos, los mismos debían:

- Tener diagnóstico de hipertensión arterial por el servicio de Cardiología o Medicina Interna del Hospital.
- Que el tiempo de evolución de la enfermedad no excediera los ocho meses, lo que permitía asumir un pobre impacto de la enfermedad en cuanto a modificaciones estables del estilo de vida del sujeto.

- No tener más de 45 años, lo que permitía reducir el efecto de la edad en la aparición de la hipertensión.
- En cuanto a la exposición a factores de riesgo asociados a la hipertensión, tanto en enfermos como en sanos, se definieron por criterios médicos: examen físico, interrogatorio, estudios complementarios y pruebas diagnósticas en los casos que así lo requirieron.

En el caso de los sujetos sanos, primeramente, para declararlo como "sano", se siguió el criterio médico de "supuestamente sano", que no es más que la ausencia, en el momento del examen, de cualquier tipo de patología, esto fue realizado por Especialistas en Medicina Interna que colaboraron en este estudio.

Se decidió no estudiar aquellos sujetos que, aunque cumplieran estos requisitos, su nivel de escolaridad bajo limitara la comprensión de las tareas a realizar. En todos los casos se obtuvo el consentimiento para la realización del estudio.

Para identificar entre los trabajadores del Hospital aquellos que podían convertirse en sujetos de estudio, se trabajó con un informante clave, en este caso, un Especialista en Cardiología, a cargo de la atención de los trabajadores del Hospital desde hace cuatro años, por lo que conoce a profundidad las particularidades de sus pacientes. Sirvieron también los registros de las consultas de Cardiología y Medicina Interna, así como la revisión de las Historias Clínicas.

Para identificar a los sujetos sanos, se hizo una indagación por parte de la investigadora, en los diferentes Departamentos y Servicios, se preguntaba quién "no padecía de nada" y en caso de que el sujeto diera su consentimiento para ser estudiado, se remitía a la Consulta de Medicina Interna para completar el examen médico.

De esta forma se fueron obteniendo nuevos sujetos en el estudio, dejando de admitir cuando se llegó a la elaboración hipótesis de configuraciones comportamentales que explicaran la aparición de la enfermedad, o la protección de la salud. En el muestreo teórico utilizado no se definió la saturación a partir de la reiteración de la información obtenida directamente de los casos, como plantea la Teoría Fundamentada, pues al trabajar un fenómeno personalógico, existen pocas posibilidades de coincidencia de información entre los sujetos. Por eso dependió de un nivel más abstracto de interpretación.

Estudiamos 19 sujetos, que por sus características, definían cuatro grupos.

En todo trabajo de investigación se registran datos generales de los sujetos que participan, en este caso registramos la edad, el sexo, la ocupación, el estado civil y el número de hijos. A continuación se presentan las características generales de los grupos.

Hipertensos con factores de riesgo : cuatro mujeres, en edades entre los 39 y 43 años, tres de ellas técnicos de la salud y una médico, tres casadas y con un hijo, sólo una tiene dos.

Hipertensos sin factores de riesgo : cinco hombres, tres médicos, un obrero y un ingeniero, todos casados, en edades entre los 31 y 44 años, tres de ellos tienen un hijo y dos, tienen tres.

Sanos con factores de riesgo : cinco sujetos, de ellos 4 mujeres, que a la vez son técnicos de la salud y un médico. Tres son casados, uno no tiene hijos y uno tiene dos, los otros tienen un hijo. Sus edades están comprendidas entre los 34 y 39 años.

Sanos sin factores de riesgo : cinco sujetos, cuatro médicos y una enfermera, en edades entre los 34 y 39 años, dos actualmente divorciados, tienen un hijo cuatro de ellos, el otro tiene dos.

A partir de ahora nos referiremos a estos grupos como Grupo 1, Grupo 2, Grupo 3 y Grupo 4.

## **5. Aspectos éticos tenidos en cuenta en la realización de este trabajo**

Inicialmente para realizar esta investigación en el Hospital, se dio a conocer en la Vicedirección Docente con el fin de que fuera autorizada.

Se le pidió el consentimiento para participar en el estudio a cada posible sujeto, el mismo consistió en un modelo que explicaba de forma general en qué consistía el mismo (anexo # 1). Para lograr una máxima confidencialidad, los casos están rotulados con iniciales que no corresponden con las del sujeto; no se exponen los cargos que ocupan actualmente, sólo la profesión.

Todas las sesiones de trabajo con los sujetos fueron realizadas en la Consulta de Psicología, lugar que brinda apropiadas condiciones de privacidad y confort.

Los sujetos que a lo largo del estudio demandaron de atención psicológica, esto fue llevado a cabo en todos los casos por la propia investigadora.

## **6. Descripción de las técnicas. Procedimientos para su aplicación e interpretación utilizados en el Estudio de Casos.**

Se realizaron dos sesiones de trabajo con cada sujeto como promedio, pues en algunos casos debimos convocarlos a nuevas entrevistas de acuerdo con las necesidades de esclarecimiento que se identificaran durante el proceso de análisis de los datos obtenidos.

La selección de las técnicas estuvo basada en la libre posibilidad de elegir los argumentos y temas a exponer por parte del sujeto, esto nos rindió utilidad teniendo en cuenta que cuando un sujeto se enfrenta a técnicas no directivas, donde no se preestablecen contenidos a tratar, él abordará aquellos que le resulten personalmente significativos, relevantes para su experiencia y mayormente presentes en su estilo de vida, por lo que no nos basamos en lo que el sujeto percibe internamente, sino en su comportamiento externo, público. Esto permite disminuir el efecto de la subjetividad, es a lo que I. Mayo llama "extrospección".

Les fue aplicado a todos los sujetos las técnicas en el orden que a continuación describimos:

### **Cuestionario exploratorio sobre estilo de vida (anexo # 2)**

Esta técnica, está basada en los resultados alcanzados por I. Mayo en el estudio del Estilo de vida, el mismo modela los constituyentes personológicos contenidos en el modelo teórico. Se relacionan un conjunto de comportamientos complejos, ante los cuales el sujeto debe seleccionar aquellos que le caracterizan o no. Se aplicó con el objetivo de caracterizar preliminarmente el estilo de vida a partir de sus constituyentes personológicos.

Aunque es un cuestionario cerrado, (de opciones múltiples), se interpretó cualitativamente. Los sujetos tienen tres opciones de respuesta: 1. "Me caracteriza mucho", 2. "Me caracteriza", 3 "No me caracteriza". Definimos las siguientes pautas para el análisis de los datos:

- Dividimos los items en bloques y en cada uno analizamos sus aspectos comunes y contradictorios, lo que potencialmente puede convertirse en riesgo, así como los comportamientos de protección.
- No tuvimos en cuenta las respuestas encontradas en la opción "me caracteriza", asumimos que esta respuesta expresa ambigüedad por ser la intermedia, por tanto, nos brindaba mayor información aquello que para el sujeto fue fácil de definir como una característica comportamental.
- Posteriormente determinamos regularidades en las interpretaciones y formulamos hipótesis en caso necesario, en este momento buscamos explicaciones a las contradicciones encontradas, así como su sentido.
- Definimos aspectos a seguir indagando a través de la interpretación de otras técnicas.

## **Anecdotario**

Se aplicó con el objetivo de constatar aspectos del estilo de vida que se expresan en situaciones concretas y significativas del sujeto. Para su aplicación dimos la siguiente consigna:

“Las anécdotas son relatos cortos de cosas que pasan, quisiéramos que nos contara 3 anécdotas en las que tu eres parte de la historia, que hayan sido importantes para ti”

Pedir tres anécdotas no es fortuito, lo que inicialmente puede expresarse en un argumento irrelevante o defensivo, va declinando a aspectos más importantes de la vida del sujeto al pasar de una anécdota a otra. Para el análisis de contenido de las anécdotas tuvimos en cuenta, de ser posible, los siguientes aspectos:

- Rol del sujeto en la narración.
- Ubicación temporal de la historia narrada, tratando de identificar su pertenencia al pasado inmediato, mediato, o remoto.
- Del argumento, si es o ha sido una fuente generadora de estrés, los conflictos de roles que expresa, los afrontamientos, así como la valencia afectiva que emerge.
- Temas que emergen.
- Ausencias. Aquellas omisiones de información anteriormente declarada, así como las que resultan recurrentes en el estudio, a menudo requieren profundización por su relación con situaciones de conflicto para el sujeto.
- 

## **Hoja de vida**

El objetivo de esta técnica fue constatar la expresión de la estabilidad de los constituyentes del estilo de vida a lo largo de la vida del sujeto. La consigna empleada fue:

“La hoja de vida es un documento parecido a una autobiografía, pero no tiene que ser muy detallada, nos gustaría que hiciera un recuento de las cosas más importantes, buenas o malas, que han marcado tu vida, por etapas, es decir la niñez, la adolescencia, etc”

Para el análisis de esta técnica tuvimos en cuenta:

- Etapas de la vida a la que se le dedican más detalles, donde se recrea más en su discurso
- La expresión de los roles en cada etapa
- Temas que emergen.
- Los conflictos
- Los afrontamientos empleados para solucionarlos (si fuera posible)
- Las principales fuentes generadoras de estrés (si fuera posible)
- Los roles desde los cuales se logran más satisfacciones.
- El balance afectivo de cada etapa
- Ausencias (igual tratamiento que en las anécdotas)

## **Hoja del día**

Su objetivo fue verificar la expresión, en el momento actual, de los componentes psicológicos del estilo de vida. La consigna dada es la que sigue:

“La hoja del día es como el recuento de lo que tú haces en un día normal, debes escribir todo lo que haces desde que te levantas hasta que te acuestas”

Aspectos a tener en cuenta:

- Los roles predominantes, que no necesariamente tienen que ser los más importantes para el sujeto.
- Los conflictos cotidianos, entendiendo estos como aquellas situaciones estresantes cuyo efecto desestructurador para el sujeto no radica en su impacto por sí mismo, sino en su carácter recurrente y acumulativo.
- La amplitud del sistema de actividades y sus niveles predominantes
- El sistema comunicativo, los contextos en que se relata, los contactos, así como con quiénes es implícita o explícita la comunicación.
- Ausencias (igual tratamiento que en las anécdotas)

Las técnicas fueron suministradas en forma escrita. En todos los casos la aplicación se realizó con la participación directa de la investigadora, la que esclareció las dudas, profundizó en el sentido de algunas respuestas y recopiló información adicional a partir de la observación del comportamiento de los sujetos durante la prueba

## **Entrevista**

La entrevista en este estudio fue utilizada como medio auxiliar para complementar la información que aportaban los sujetos, para aclarar temas que no aparecían directamente en las técnicas aplicadas. Fue empleada en número variable de acuerdo a las necesidades, indistintamente se hicieron preguntas abiertas, en profundidad, o se buscó puntualmente el contenido requerido, por lo que no se establecieron guías, cada caso precisó una lógica diferente para llegar a nuestro objetivo.

De manera general, de ser posible, se tuvo en cuenta:

- los temas que emergían
- las fuentes generadoras de estrés
- las actividades, su nivel de realización.
- las características del sistema comunicativo.

El registro de la información oral se realizó manualmente, por parte de la investigadora.

Toda la información dada por los sujetos se encuentra en los anexos, se les rectificó la ortografía en las elaboraciones escritas.

## **7. Tratamiento a los datos obtenidos**

En nuestra investigación, el proceso de análisis de la información que iban aportando los sujetos no se separó del momento interpretativo, todo el proceso de búsqueda de información estuvo respondiendo a las necesidades de la interpretación, por tanto, fue común recurrir al sujeto en varias oportunidades para facilitarnos la comprensión de algún aspecto poco claro.

Es necesario señalar que este estudio tuvo dos momentos importantes, el primero, donde se hacen los estudios de casos y a partir de los datos directamente aportados por el sujeto se llega a caracterizar su estilo de vida de acuerdo a sus constituyentes personológicos y se enuncian configuraciones comportamentales presentes que pueden actuar como riesgo o protección a la salud y más tarde, el segundo momento, a través de la comparación constante de las configuraciones individuales, con un nivel mayor de abstracción, llegamos a hipótesis y conceptos de mayor grado de generalización que nos permitieron comprender y explicar el mantenimiento de la salud o la aparición de la enfermedad en los sujetos estudiados. La comparación constante así como la verificación de las hipótesis planteadas, son estrategias de la teoría Fundamentada y la Inducción Analítica respectivamente.

El estudio de casos lo comenzamos con el estudio exhaustivo de los datos disponibles, lo que requirió de más de tres lecturas de todo el material y en ocasiones más; esto permitió tener una visión general del sujeto, de sus expresiones, su comportamiento, lo cual facilitó compartir su posición, cuestión que resultó muy importante para interpretar su estilo de vida.

En este momento de la investigación, nuestra tarea era comprender el estilo de vida a través de la caracterización de sus constituyentes personológicos, para eso en las técnicas aplicadas se trata de descubrir aquellos datos que expresaban un constituyente, los temas que emergieron que no llevaban implícito ninguna forma de comportamiento, en muchas ocasiones pudieron utilizarse para darle sentido a nuestra interpretación.

La aplicación del cuestionario facilitó cierta orientación sobre las características de todos los constituyentes, lo que en algunos casos, como en la orientación temporal, era particularmente importante porque no se obtenía con facilidad.

Para la integración de la información se adoptó el Cuestionario del Estilo de vida como el eje estructurador en la construcción del estudio del caso, con las técnicas restantes se constataron las hipótesis elaboradas para el caso y se definieron nuevas a partir de los nuevos datos que se van integrando.

En la medida en que las interpretaciones permitieron caracterizar cada constituyente del estilo de vida del sujeto, se seleccionaron fragmentos de sus elaboraciones (orales y escritas) que confirmaran las interpretaciones.

Los datos recogidos de cada sujeto incluyeron conflictos, situaciones de estrés, eventos vitales, afrontamientos, de los cuales emergieron vínculos con determinadas configuraciones de constituyentes, esto permitió comprender la interacción que se da entre las configuraciones y la situación en que se encuentra el sujeto. Cada caso culmina a modo de conclusión con una **proposición de configuración comportamental**, que pudo ser de riesgo o de protección a la salud.

Partiendo de la misma y mediante la comparación del caso siguiente, se intentaba la explicación de las causas del surgimiento de la enfermedad presentes en el estilo de vida. Para facilitar las comparaciones entre las configuraciones individuales, las mismas fueron expresadas en tablas resúmenes, lo que permitía ver aspectos comunes y diferentes dentro de cada grupo, de la interpretación de estas semejanzas y diferencias, fueron planteadas **hipótesis**, las que con un mayor nivel de generalización permitían comprender la asociación con la enfermedad en más de un sujeto.

Sirvió de ayuda en el planteamiento de las hipótesis, representar esquemáticamente las configuraciones comportamentales de cada sujeto y su vínculo con los eventos y afrontamientos asociados con la enfermedad en cada caso. Mediante la superposición de estos esquemas, se apreció con mayor claridad y precisión los elementos comunes y los que quedaban fuera. Estos últimos fueron analizados buscando su pertenencia a una nueva lógica interpretativa y con ella al planteamiento de nuevas hipótesis a corroborar con el siguiente caso.

La reiteración de este proceder ante cada nuevo sujeto sometido a análisis, llevó a comprender que las hipótesis así planteadas, daban explicación al surgimiento de la enfermedad en todos los hipertensos, o al mantenimiento de la salud en los sujetos sanos. A partir de los elementos esenciales de las hipótesis formuladas, llegamos a enunciar **conceptos** de configuraciones comportamentales de riesgo y de protección a la salud.

Para todos estos análisis nos apoyamos en un registro, en el que se asentaron observaciones y se elaboraron reflexiones frutos de las interpretaciones y del proceso de generalización que operaba en los investigadores con respecto a los distintos momentos por los que transitó la investigación.

## 8. Sobre la validez y confiabilidad de la investigación

De las estrategias de validez y confiabilidad comúnmente aceptadas por los investigadores cualitativos (46), en la investigación se aplican las siguientes:

- Prolongar el tiempo de relación entre el investigador y el sujeto. En este caso la investigadora comparte el centro de trabajo con todos los sujetos, lo que le permite un conocimiento previo de la situación de cada uno de ellos. Esto facilitó un clima abierto, de cooperación y de aceptación de las nuevas convocatorias a entrevistas.
- Triangulación. El análisis de cada constituyente, su interpretación, no está basado únicamente por lo obtenido en una técnica, sino por lo que aparecía de forma consistente a partir de comparar su expresión en varias técnicas, esta triangulación de técnicas E. Cuba(47) la toma como un criterio de credibilidad del estudio de casos.

- Participación de otros investigadores. En algunos casos, cuando los datos disponibles no permitieron una interpretación directa, el material fue analizado por otro investigador, a partir de lo cual se definía la interpretación o se decidía convocar al sujeto a una nueva entrevista. Esto ayudó a reducir la subjetividad.
- Muestreo teórico y estudio de casos negativos. (Tal como se explicó anteriormente, en el proceso de selección de los sujetos de estudio, y el tratamientos de los datos, se tuvieron en cuenta ambas estrategias)

### CAPÍTULO III

## RESULTADOS

Expondremos los resultados de nuestra investigación en la misma secuencia en que fuimos obteniendo los datos e interpretando. Aparecen los detalles de los estudios de cada caso así como la continuidad de nuestra interpretación.

Nos parece importante, antes de comenzar, dar a conocer las categorías con que fueron clasificados los diferentes constituyentes personológicos del estilo de vida, de acuerdo a la información que emergió en los sujetos, ello facilitará la comprensión del texto, pues en ellas descansa la comprensión del estilo de vida de los sujetos:

Sistema de roles amplio: cuando el sujeto señaló la realización de un amplio número de roles, pertenecientes a distintos contextos de la vida.

Sistema de roles estrecho: cuando el sujeto expresó la realización de un escaso número de roles, circunscritos a una o dos contextos de la vida.

Sistema de actividad amplio: el sujeto expresa la realización de actividades de todos los niveles.

Sistema de actividad estrecho: el sujeto expresa la realización de actividades de uno o dos niveles.

Tomamos los niveles de realización de las actividades vitales según la clasificación dada por I. Mayo (36)

- Nivel espiritual de actividad: cuando la actividad que señalada está vinculada con la satisfacción de necesidades superiores: leer, ver la TV, reflexionar, pensar, preocuparse.
- Nivel sociopsicológico de actividad: cuando la actividad que señalada está vinculada con la satisfacción de necesidades de relación con los demás: Visitar a los amigos, conversar, ayudar a los demás.
- Nivel funcional de actividad: cuando la actividad que señalada está vinculada con la satisfacción de necesidades vinculadas a la acción sobre objetos y el dominio de hábitos y habilidades: los quehaceres de la casa, los hobbies, el deporte, el ejercicio físico, las funciones laborales.
- Nivel psicossomático de actividad: cuando la actividad que señalada está vinculada con la satisfacción de necesidades básicas y hedonísticas: dormir, comer, cuidar la apariencia física, tener contacto íntimo.
- 

Sistema comunicativo amplio: el sujeto expresa relaciones desde diferentes roles y en distintos contextos.

Sistema comunicativo estrecho: el sujeto expresa con dificultad las relaciones que mantiene con las demás personas. Se manifiesta en un número reducido de roles.

Autorrealización pobre: las gratificaciones, satisfacciones y sentido de la autorrealización se expresa de forma evidente hacia un solo contexto de la vida.

Autorrealización amplia: el sujeto expresó alcanzar satisfacciones y gratificaciones desde diferentes roles y contextos de la vida.

Estilo de vida estructuralmente amplio: tomando como base los constituyentes estructurales (roles, actividad y comunicación), cuando todos, o al menos dos fueron considerados como amplios, entonces se consideró el estilo de vida de igual condición.

Estilo de vida estructuralmente estrecho: cuando al menos dos de los constituyentes estructurales fueron considerados como estrechos.

La recogida de datos la iniciamos por el llamado Grupo 1, donde agrupamos sujetos hipertensos, con factores de riesgos asociados a la enfermedad. Comenzamos el análisis con el caso:

### **A.D.E**

Sujeto femenino de 40 años, soltera, con un hijo de 14 años, Técnico Medio. Diagnosticada como hipertensa hace aproximadamente dos meses. Entre los factores de riesgo asociados a su enfermedad se encuentran:

- Madre hipertensa
- Obesidad
- Ingestión abundante de grasas
- Hipercolesterolemia

Al caracterizar el estilo de vida a partir de sus constituyentes personológicos, comenzamos el análisis por el sistema de roles, encontrando que en este caso predominan los laborales y familiares (pareja, madre y hermana), la exploración mediante las restantes técnicas avalaron la jerarquización de los roles de trabajadora y madre como los más relevantes.

El rol de trabajadora aparece recurrentemente en todas las técnicas. Analizando la hoja del día pudimos observar que el trabajo no le genera conflictos en su quehacer diario y expresa: "me encanta trabajar" al relatar anécdotas de su vida, la primera se refiere precisamente a un evento que si bien no está relacionado directamente con la esfera laboral, si marca el inicio de la etapa de trabajadora. Concluir el período estudiantil con éxito, influyó de forma positiva en la asunción del rol de trabajadora como importante fuente de satisfacción en su vida. Al buscar argumentos explicativos al respecto, pudimos apreciar que para esta sujeto existe una relación de continuidad entre su rol de estudiante y trabajadora. En su hoja de vida se aprecia cómo los aspectos más exitosos, han sido precisamente los estudiantiles y laborales, el reconocimiento de sus logros en ambos roles marca la posición jerárquica que han ocupado. Desde el rol de trabajadora logra no sólo estabilidad, sino también importante fuente de seguridad para asumir y afrontar los retos y conflictos por los que ha atravesado.

En su caso el contexto familiar asume matices interesantes. Como madre encontramos algunas incoherencias: lo declara como el más importante de su vida, sin embargo la jerarquía está en el rol de trabajadora, esto nos condujo a formular la hipótesis sobre la existencia de conflictos solapados en la relación con el hijo. Nos llamó la atención que a pesar de la importancia que ella le asigna a su relación con el hijo, no emerge en ninguna anécdota. En la hoja del día aparece el hijo como una fuente más de los conflictos cotidianos, dedicándole mucha atención y sobreprotección y en la hoja de vida él no está relacionado con gratificaciones. Su presencia como evento importante aparece cuando enferma a raíz del divorcio, lo que constituye un evento negativo. Interpretamos esto como una probable actitud de rechazo al hijo, juzgándose culpable de su situación y proyectándose obsesivamente hacia él.

Dentro de la familia esta sujeto actúa como "cabeza de familia", lo que se aprecia cuando en la hoja de vida expresa: "En la casa siempre reviso los problemas del día, qué pasó, qué no, que falta, resuelvo lo necesario..." Como una de sus características personales, ella se siente mejor cuando mantiene el control de la situación. En la propia hoja de vida refiere "...me gusta... tener en mis manos la solución de los problemas de los demás" Esto la lleva a superponer roles, cuestión fácilmente apreciable en el anecdotario, donde la segunda anécdota está referida al nacimiento de su sobrina, ella desplaza su rol de tía por el de madre, siendo esto permitido por el resto de la familia (su hermana y esposo, verdaderos padres de la niña) lo que habla a favor de la autoridad que impone en su familia. A la vez esta anécdota nos confirmó nuestra hipótesis planteada sobre el rol de madre. La maternidad aún siendo de su hermana, fue sentida y asumida como propia, de modo muy gratificante. Sin embargo, lo relacionado con su hijo, no emerge como tema en el anecdotario.

El análisis del sistema de actividades arrojó que predominan los niveles sociopsicológicos y funcionales. Realiza una amplia gama de actividades diarias, pero circunscritas a la esfera familiar y laboral, en su criterio la vida es muy monótona: "Mis días son casi siempre iguales" dice durante la entrevista. Se destaca una

característica fundamental en su sistema de actividades, que es el predominio del nivel funcional, generalmente sus actividades están planteadas en términos de ejecución, como se ilustra en la hoja diaria: "...al llegar mi hijo de la escuela le reviso sus cosas, si le mandan alguna tarea, me siento y le ayudo, le organizo sus cosas y los libros que debe llevar el otro día..."

Es necesario destacar que en el sistema de actividades de este sujeto aparecen pocas actividades orientadas hacia ella misma, a su autocuidado y desarrollo personal. En la hoja diaria se refiere únicamente a la lectura y la TV. Aspectos como la realización de ejercicio, el mantenimiento de una dieta adecuada y el cuidado de la apariencia personal, parecen no ser importantes para ella, a pesar de su marcada obesidad.

En cuanto al sistema comunicativo, sus redes de contactos están limitadas a la referida esfera familiar y laboral. En este sentido y coherentemente con su sistema de actividades, su comunicación se destaca por la funcionalidad en sus contenidos, la expresión afectiva no queda clara en ninguna de las técnicas aplicadas. Implícitamente en su hoja diaria aflora la comunicación con el hijo, la madre y los compañeros de trabajo. No emergen conflictos. Durante la entrevista dice: "...siempre me río y tengo buen carácter con todo el mundo..."

En este sujeto la orientación temporal predominante es hacia el pasado. En sus respuestas al cuestionario, inicialmente se orientó hacia el presente, sin embargo durante la entrevista dice: "...creo que lo mejor de mi vida ya pasó. En realidad no espero nada mejor del futuro". Todos los eventos de relevancia en su vida se ubican en el pasado (graduación, nacimiento de la sobrina, maternidad, matrimonio y divorcio). En el presente ella no ubica ningún hecho afectivo relevante en los contextos familiar y laboral, discretamente en su hoja de vida hace referencia a una pareja carente de carga afectiva.

Con respecto a la autorrealización, esta se orienta hacia la apropiación pasiva de los contenidos artísticos y sociopolíticos, lo que se corrobora en la hoja diaria, donde no hay espacio para la creatividad o la satisfacción de necesidades relacionadas con este aspecto.

Se pudo comprobar que su mayor fuente de gratificación y realización, viene de su trabajo. Es allí donde se siente plena y útil. En la hoja de vida escribe: "¡Me encanta trabajar!"

El trabajo para ella es una fuente de reconocimiento y de éxito, cuestión que compensa los eventos negativos que ha tenido que sufrir como esposa y madre. Cuando vio amenazada la estabilidad de su trabajo, entonces debutó con la hipertensión, esto ocurre cuando el hospital estaba siendo objeto de una verificación fiscal, lo que generó mucho estrés pues los errores podrían conducir a problemas con la justicia, por lo que su desempeño estaba bastante comprometido.

Integrando toda la información que obtuvimos a través del estudio de este caso, podemos decir que el estilo de vida de este sujeto es estructuralmente estrecho, caracterizado por el predominio de los contextos familiar y laboral. Sus actividades son predominantemente de nivel funcional y sociopsicológico. Se orienta temporalmente hacia el pasado y su autorrealización es pobre, siendo el contexto laboral el que genera mayores gratificaciones. Se distingue por la apropiación pasiva de los contenidos del arte, la vida social y el deporte,

Haciendo un análisis de las principales fuentes de conflictos y contradicciones que actúan como fuentes generadoras de estrés pudimos ver las características de este sujeto que han predisposto, desde el punto de vista psicológico, a la hipertensión arterial:

La estrechez del sistema de roles (trabajadora y madre), propician en ella una dicotomía en la que la estabilidad psicológica depende únicamente del mantenimiento del equilibrio alcanzado en ellos, lo que la hace vulnerable, pues si uno de ellos entra en conflicto, desequilibra todo el estilo de vida. La amenaza a su rol de trabajadora, que había sido una fuente consolidada no sólo de seguridad económica, sino también de gratificación, se convirtió en la condición desencadenante de la hipertensión, lo que contrasta con la efectividad de los afrontamientos empleados en los conflictos con la pareja y el hijo; esto se vincula estrechamente con su orientación temporal hacia el pasado al enfrentarse a un problema laboral nuevo para ella, no hay una experiencia anterior que le permita actualizar afrontamientos adecuados y se convierte en una amenaza ante la cual posee limitados recursos. Esto tocó un aspecto muy importante para AVE, en tanto ella busca constantemente complacer a las personas que le rodean y se esfuerza por no ser objeto de críticas.

Para mantener el control de las situaciones que le rodean a menudo hace superposición de roles, sobre todo en la esfera familiar, lo que genera sobrecarga de responsabilidades, esto conduce a realizar una amplia gama de actividades, pero muy pocas orientados a su autocuidado, por lo que su apariencia, dieta, salud, ocupan un plano intrascendente.

El estilo de vida de esta sujeto también le ofrece oportunidades para mantener su salud, de hecho ella se considera una hipertensa controlada que se descompensa únicamente ante situaciones de tensión laboral. Su sistema comunicativo contribuye a mantener relaciones interpersonales positivas, lo que le propicia una red amplia de apoyo y la gratificación que recibe de su trabajo, le ofrecen oportunidades salutogénicas.

A partir de esta proposición explicativa del surgimiento de la enfermedad, pasamos a comparar con otro sujeto:

### **M.C.N**

Sujeto femenino de 39 años de edad, casada, una hija, actualmente Técnica de la Salud. Hace siete meses es hipertensa. Encontrándose en su caso los siguientes factores de riesgo:

- Antecedentes patológicos familiares: Madre hipertensa
- Ingestión abundante de grasa animal
- Cifras elevadas de colesterol en sangre

Al analizar la jerarquía de roles, a partir del cuestionario descriptivo del estilo de vida, vemos que predomina el laboral, sin embargo, a lo largo de las técnicas restantes, afloran con mayor consistencia los de madre y pareja, de ahí que podemos decir que el sistema de roles es estrecho.

En la hoja de vida, los eventos significativos que narra, tanto positivos como negativos, están relacionados con los roles de madre y pareja. Allí puede leerse: "...cuando me enamoré del padre de mi hija, fue una etapa muy bonita para mi (...) a los cinco años de la niña nos separamos definitivamente, yo sabía que el matrimonio se rompería, pero sufrí mucho, adelgacé (...) él decidió quedarse con la niña porque yo vivía en Cueto (...) ella no se adaptaba a vivir fuera de mi, ni yo sin ella..."

En el anecdotario, las tres anécdotas están referidas a estos dos roles y contiene una importante carga de afecto:

"...Ella me dijo: ya no me voy más mamá, cuando llegues a la casa verás toda mi ropa" (primera anécdota).

"...Ella me estaba esperando alegre y yo también me sentía alegre de verla tan feliz" (tercera anécdota)

En su hoja de vida podemos apreciar que la mayor cantidad de actividades que dice realizar, están relacionadas con la familia, en lo que se incluye su rol de madre, notándose cierta superposición de roles. En la entrevista dice: "...como me gusta todo al día y ella es remolona, prefiero hacer las cosas yo misma", en la hoja diaria: "hago todo lo que puedo antes que los demás lleguen".

Es bueno señalar que de estos roles jerárquico, el de pareja ha sido significativo para ella, pero no es de actualidad, lo relacionado a este rol, queda expresado en el pasado, sobre todo a una pareja ya disuelta, en este caso, el padre de su hija. En estos momentos la pareja actual ha quedado desplazada por el significativo hecho de recuperar a su hija, de ahí la escasa referencia a esto durante el estudio. En la entrevista dice: "...mi esposo es un hombre muy bueno, buscador, él es alegre, le gusta salir..."

En cuanto al sistema de actividades, consistentemente en el cuestionario y la hoja diaria, aparece como estrecho, orientado fundamentalmente a la familia y prevaleciendo el nivel funcional. En la hoja diaria escribe: "... Dejo el desayuno (...) dejo la cocina organizada y toda la casa, dejo lo de la niña de la escuela organizado (...) al regresar a casa, rápido preparo las cosas de la comida (...) limpio la casa".

Durante la entrevista refiere: "...soy muy casera, trabajo mucho en la casa, me gusta que esté todo organizado y listo a toda hora, no me gusta las cosas pendientes (...) yo trato de ayudarla en todo (se refiere a la hija del esposo) lo mismo le lavo su ropa que se la coso..."

En el cuestionario descriptivo del estilo de vida no aparecieron evidencias de comportamientos orientados al autocuidado de la salud, ni personal: no realiza ejercicios físico, no mantiene una dieta, predomina el descanso pasivo, no hay cuidado de la apariencia personal.

El sistema comunicativo lo consideramos amplio, en su hoja de vida dice: "...los vecinos me adoran, yo trato de resolver los problemas de los demás (...) en el trabajo nunca he tenido problemas con nadie, jamás un conflicto ni con médicos ni enfermeras". Durante la entrevista: "soy preocupada por la gente a mi alrededor (...) mis vecinos, mis compañeros de trabajo (...) mi hija (...) la hija de mi esposo..."

Aparece en la hoja diaria un conflicto en cuanto a los intereses de su esposo: a él le gusta salir, ir a fiestas, pero a ella no.

Consistentemente en todas las técnicas aplicadas se apreció una orientación temporal hacia el presente, así se obtiene en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y en la hoja de vida, la etapa que prevalece es la adultez en el pasado reciente, las anécdotas se ubican en el momento actual. Este sujeto tiene una marcada percepción de urgencia temporal. En la entrevista dice: "Agitada siempre, todo el tiempo, siempre apurada, creo que el tiempo no me alcanza para hacer todo lo que quiero..."

La autorrealización resultó nula por el cuestionario descriptivo del estilo de vida, en la hoja de vida aparece circunscrita al rol de madre y pareja, expresada en eventos como el matrimonio y la reunificación con la hija; en el anecdotario se expresa un afrontamiento activo ante la formación de la nueva pareja: "...hasta que me decidí a pesar de ellos, pues creían que yo no debía casarme nunca" (segunda anécdota).

En cuanto a los conflictos, pudimos apreciar que afronta uno de carácter cotidiano y angustiante para ella, que es el transporte para llegar al trabajo.

A lo largo de su vida lidió con conflictos con su primer esposo por mucho tiempo, los que se agudizaron luego del divorcio, porque él la separó de su hija, este conflicto aún está vigente, pues ella no logra llegar a un acuerdo con él con respecto a la hija.

Se denota la estrategia pasiva que ha seguido para afrontar este conflicto, lo que demuestra escasos recursos de autodefensa, ha cedido las decisiones importantes de su vida, al menos las relacionadas con su hija, al padre, cuestión que le ha generado una fuente de estrés poco controlable para ella.

Integrando este caso podemos decir, que el estilo de vida de MIN se caracteriza por la estrechez de su estructura (roles-actividad), con predominio de las actividades funcionales, sistema comunicativo amplio, orientación temporal al presente, con marcada percepción de urgencia de tiempo. Autorrealización pobre, circunscrita al desempeño como madre.

En este caso existen elementos del estilo de vida que han influido en la aparición de la enfermedad:

La estrechez del sistema de roles y actividad, condicionan la jerarquía del contexto familiar, lugar donde han confluído los principales eventos negativos y los conflictos más angustiantes, para los que ha carecido de afrontamientos eficaces.

La connotación negativa en el contexto familiar marca un nivel de autorrealización significativamente pobre, lo que condiciona un desinterés hacia el rol personal, sobre todo lo referido a su autocuidado, lo que se agudiza por su presentismo y percepción de urgencia temporal.

Al analizar esta proposición de configuración comportamental y compararla con el siguiente caso, vemos que tienen coincidencias en varios aspectos: tienen de base un estilo de vida estructuralmente estrecho, con un solo contexto significativamente importante, principal fuente de satisfacción y gratificación, donde han alcanzado los éxitos más relevantes y ante el cual no desarrollan afrontamientos positivos ante los conflictos.

Ambos sujetos en sus vidas cotidianas tienden a hacer superposición de roles y no demostraron interesarse en el auto cuidado del rol personal.

Con esta serie de elementos en común, pasamos a comparar el siguiente sujeto:

### **L.D.S**

Sujeto femenino, de 42 años de edad, casada, un hijo. Telefonista.

En los días en que se realiza el estudio, ha hecho el debut de la hipertensión arterial. Se constatan los siguientes factores de riesgo asociados a la misma:

- Antecedentes patológicos personales: madre hipertensa
- Sobrepeso corporal
- Ingestión abundante de grasa
- Hipercolesterolemia

El sistema de roles de LDS es estrecho con predominio del contexto familiar (hija, madre, abuela), ello fue constatado en el cuestionario descriptivo del estilo de vida, así como en las restantes técnicas. En la hoja de vida el énfasis en la narración es hacia el rol de hija: "...mis padre se divorciaron cuando tenía dos años. A los tres años, mi mamá se casó, este fue el que conocí como verdadero padre (...) se divorciaron cuando yo

tenía 10 años, esto me causó muchas molestias, repetí varios grados (...)a los 10 años conocí a mi verdadero padre, quería inscribirme con sus apellidos, yo no quise”.

En la hoja de vida también emerge el rol de madre: “...me casé a los 14 años, parí de 14 años, en cuarentena cumplí 15 años...”

En el anecdotario emergen nuevamente los roles de madre y abuela. En el primer caso hace referencia a las condiciones del embarazo y nacimiento del hijo. En el segundo, al nacimiento de su nieta. Al respecto escribe: “...en estos momentos es mi mayor alegría”.

El sistema de actividades de este sujeto es estrecho, lo cual se reflejó coherentemente en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y la hoja diaria. En ambas se puede apreciar que LDS realiza actividades predominantemente del nivel funcional. En la hoja diaria relata: “Trabajo todo el día con el audífono... hago los quehaceres de la casa, limpio, voy a la bodega... preparo la comida”

En este sujeto se observan comportamientos de abandono de la salud: sedentarismo, ausencia de descanso activo, no cuidado de la salud, ni de la dieta.

El sistema comunicativo es estrecho, lo cual fue constatado explícitamente en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y la hoja de diaria. En esta última refiriéndose a su trabajo dice: “...luchó con personas agresivas que no entienden cuando se les dice que el número está ocupado (...) visito a mi hermana y sobrinos que viven cerca” . Se revelan aquí conflictos familiares (cuestionario del estilo de vida). Al profundizar en la entrevista plantea: “...les peleo un poco por la niña, pues a veces no saben atenderla, pero trato de no meterme en sus vidas...”

Al analizar la orientación temporal encontramos en el cuestionario autodescriptivo del estilo de vida, que si bien no señala ningún ítem relacionado con el pasado, tampoco se perfiló una opción predominante hacia el presente o el futuro. El análisis de las demás técnicas permitió esclarecer esta cuestión.

En la hoja de vida encontramos referencia a eventos vitales negativos en la niñez relacionados con el contexto familiar (rol de hija): divorcio de la madre, traslado de la Habana hacia Oriente, nuevo divorcio de la madre, conocimiento de su verdadero padre y su negativa de ella a inscribirse con sus apellidos, fracaso escolar en varios grados.

Lo anterior se reafirma en la primera de las anécdotas cuando escribe: “Mi niñez fue muy triste...”. También su adolescencia resulta una etapa con un saldo negativo en el contexto de pareja. Se casó y parió a los 14 años, se divorció a los 16. Refiriéndose a esta etapa ella escribe en la hoja de vida: “Todo esto fue traumático”.

Salvo señalar que comenzó a trabajar a los 16 años como camarera en un hotel y luego durante siete años en el restaurante (hoja de vida), no encontramos información sobre su juventud. En la entrevista al preguntársele al respecto dijo: “Me casé nuevamente, pude hacer lo que no hice, estudié hasta el grado 12”. No encontramos en este caso evidencias de orientación hacia el futuro. En la entrevista señaló: “No me gusta hacer planes, tengo mala suerte, cada vez que los hago, se me chivan”.

Todo esto nos conduce a considerar que en este sujeto predomina una orientación hacia el pasado. El comportamiento orientado predominantemente hacia la esfera familiar, está siendo condicionado por una serie de experiencias negativas ocurridas en su niñez y adolescencia..

La autorrealización es pobre, se trata de un sujeto de bajo nivel cultural, no se reportaron en el cuestionario del estilo de vida, comportamientos apropiativos hacia ningún contenido. Orientándose exclusivamente hacia las relaciones interpersonales en el contexto familiar, donde se localizan sus fuentes de gratificación.

No se refieren eventos vitales ni afrontamientos positivos en el contexto familiar. En el contexto personal se aprecia un afrontamiento positivo: estudiar hasta lograr el 12mo grado.

La sujeto refiere como conflictos significativos en la actualidad el manejo inadecuado (según ella) del cuidado de su nieta por parte de su hijo y nuera. En la esfera laboral señala como conflicto cotidiano, el maltrato que recibe de los usuarios.

El estilo de vida de LDS se caracteriza por ser estructuralmente estrecho, predominando las actividades de nivel funcional, y el contexto familiar. La orientación temporal es hacia el pasado y la autorrealización es pobre, orientada hacia el contexto familiar.

La hipertensión arterial en LDS se encuentra asociada a su estilo de vida centrado en el contexto familiar, combinado con una orientación temporal hacia el pasado, lo cual limita el desarrollo de afrontamientos

positivos ante los conflictos cotidianos del propio contexto familiar y laboral, lo que dificulta el autocontrol ante situaciones de estrés.

La aparición de la enfermedad, está condicionada también por la ausencia en el estilo de vida de comportamientos orientados al cuidado personal, lo que incluye el cuidado de la salud, a ello se vincula una pobre autorrealización

Al comparar la proposición de configuración de LDS con los sujetos anteriores, pudimos ver que, en este sujeto también aparecen un estilo de vida estructuralmente estrecho, centrados en un mismo contexto, en el cual aparecen situaciones donde fallan los afrontamiento y hay dificultades para el auto control, igualmente a los casos anteriores, hay una pobre autorrealización y abandono del rol personal.

Los elementos obtenidos hasta aquí, por su reiteración en los sujetos, permitieron formular la siguiente hipótesis:

**Los sujetos hipertensos presentan un estilo de vida estructuralmente estrecho, con un solo contexto como relevante, el que proporciona los mejores eventos y satisfacciones, cuando este contexto es amenazado por eventos de aparición brusca o de presencia cotidiana, de naturaleza interna o externa, el sujeto desarrolla afrontamientos negativos que no le permiten controlar la fuente de estrés y dada esta a prioridad, se abandona el rol personal.**

Pasamos a comparar el siguiente sujeto, con el objetivo de corroborar la hipótesis planteada.

## **F.G.X**

Sujeto femenino de 43 años de edad, casada, 2 hijos, Médico Especialista, directiva.

Es hipertensa desde hace cinco meses. Entre los factores de riesgo en este caso se encuentran:

- Antecedentes patológicos familiares: madre hipertensa
- Sobrepeso corporal
- Cifras elevadas de colesterol en sangre

Según el cuestionario descriptivo del estilo de vida, su sistema de roles es amplio, en el que emergen roles de hija, nieta, personal, dirigente, estudiante, pareja, madre, esposa y profesional. Pudimos apreciar además que existe equilibrio entre los roles que realiza. En su hoja diaria aparecen los roles personales, familiares, de pareja, laboral y social. A través de la entrevista y el cuestionario, llegamos a definir el predominio de los contextos profesional (en el anecdotario, dos de ellas se refieren a este contexto; en la entrevista comienza describiéndose por él) y familiar, donde se aprecian los roles de hija, madre y esposa, siendo esta la segunda referencia para su descripción durante la entrevista.

En cuanto al sistema de actividades, predominan las de nivel funcional, tales como: "...tender la cama y arreglar mi cuarto (...) tomar mi tableta para la presión (...) adelantar el almuerzo de los niños (...) recoger los documentos de la entrega de guardia (...) volver a la oficina (...) revisar las cosas del día", en la hoja del día. También aparecen actividades de nivel socio psicológicas, en la hoja diaria puede leerse "...llamo a mi amigo para ver si va al Hospital en el carro (...) con la secretaria actualizamos lo que debo hacer durante el día (...) peleo por el desorden que siempre encuentro en la casa...".

Consideramos equilibrado el sistema de actividades, pues se expresan actividades de nivel espiritual (estudiar, ver TV) y psicosomáticas referidas al mantenimiento de la higiene, la alimentación. En este aspecto es bueno señalar que la sujeto se orienta solo a ese tipo de actividades, no se apreciaron comportamientos orientados al auto cuidado de su salud, no sigue una dieta, no hace descanso activo, no busca las actividades de distracción como ir a fiestas, tener un hobby, etc. (estos datos fueron obtenidos en el cuestionario autodescriptivo del estilo de vida).

El sistema comunicativo es amplio, centrado en los contextos familia y trabajo. En la familia predomina el nivel sociopsicológico, en su hoja diaria aparece: "...ayudo al niño mayor, hablamos sobre lo que hizo, lo incentivo en sus estudios (...) le cuento a mi esposo lo del día...". En la entrevista dice: "... disfruto llevarme bien con las personas a mi alrededor, no tengo distinción, lo mismo me relaciono y soy amiguita de una empleada, que del mejor médico que haya". Como se ve, la comunicación no sólo es explícita, sino que

revela aspectos afectivos, cuestión más evidente en la entrevista, donde dice: "...me encanta la intimidad de la casa, conversar con mi esposo y mis hijos, darles cariño..."

En cuanto a la orientación temporal, la consideramos hacia el presente, en el anecdotario, dos de las anécdotas se ubican en el pasado inmediato, refiriéndose a un evento científico y su desempeño como dirigente.

En la entrevista declara: "Si, me parece que me importa más el presente (...) el futuro vamos a ver qué pasa (...) al pasado no me gusta regresar....". Dice siempre estar apurada, lo que trasmite la idea que percibe con urgencia el tiempo.

Eventos como el primer novio, el nacimiento de sus hijos, el estudio de la segunda especialidad, el matrimonio; así como obtener satisfacciones cotidianas con sus hijos, nos permite inferir que la autorrealización es amplia, orientada al contexto familiar y profesional. En la hoja de vida aparece: "...estoy muy feliz de que mi primer hijo esté estudiando medicina, que sea bueno en los estudios". En la hoja diaria: "...al chiquito le dedico menos tiempo porque es muy bueno".

En la esfera profesional ha desarrollado afrontamientos activos. En el anecdotario, la segunda anécdota se refiere a cómo manejó una situación que podía ser negativa para ella, convirtiéndola en una fuente de satisfacción y desarrollo profesional. Ella cuenta: "...de mi exposición, en vez de ser un desastre para mí, resultó que me felicitaron y me propusieron una vicedirección a otro nivel". En la hoja de vida hace referencia al logro de su segunda especialidad, allí se lee: "Poder lograr ser cardióloga, fue un reto personal, terrible, pero logré sacarlo".

Los eventos negativos que emergen en las técnicas realizadas, tienen que ver con la muerte, primeramente del novio de la adolescencia. En la hoja de vida expresa: "...cuando murió (hace 3 años), me dolió". Luego ocurre la enfermedad y muerte de su padre (hace dos años), hecho trascendental para ella, que ha marcado un período de duelo prolongado en el tiempo y actualmente no resuelto: "...por momentos no dejo de pensar en él y a veces me parece que no se ha muerto". En esta técnica aparecen elementos de culpabilidad, tratados fuera de los marcos de este estudio.

Cotidianamente FGX afronta conflictos como el transporte y dentro del trabajo, el asedio de pacientes y familiares para adquirir medicamentos que no están a la venta. En la hoja diaria dice: "...mucha presión con las recetas de medicamentos que no hay". En la entrevista, refiere sentirse estresada ante situaciones en que debe demostrar su capacidad ante los demás, lo que habla a favor de su determinismo externo como característica de su personalidad: "...ahora es cuando, por ejemplo, viene una visita importante y tengo que servir de anfitriona, cuando me supervisan...".

Observamos cierta tendencia a la subvaloración manifestándose en el anecdotario. En la primera de ellas hace alusión a: "haber hecho un gran ridículo" y a sentirse "peor que Polo Montañés". En la segunda anécdota cuenta que quedó "fea" en la foto de su graduación de la enseñanza primaria. En la hoja de vida dice: "...yo me sentía fea, nadie me lo hacía saber, pero veía a mis amigas más desarrolladas...". Estos aspectos, que nos impresionan como propios de una baja autoestima, también se trataron fuera de los marcos de este estudio.

Resumiendo, el estilo de vida de FGX es estructuralmente amplio y equilibrado, predominando el nivel funcional y sociopsicológico de actividad, orientado a los contextos de familia y trabajo. La orientación temporal es hacia el presente. Su autorrealización es amplia y se orienta a los contextos ya mencionados.

En el caso de este sujeto la aparición de la hipertensión está condicionada porque continuamente tiene que resolver la contradicción entre su baja autoestima y sus elevadas expectativas de logro en su desempeño en los contextos laboral y familiar; a lo anterior se le añade su percepción de urgencia temporal y presentismo en su orientación temporal y descuido del rol personal, lo que en su conjunto, es una fuente permanente de tensión que agota las resistencias del sujeto.

La comparación de este con los casos anteriores, resulta muy difícil en tanto la configuración propuesta distaba de lo obtenido; no obstante, aparecen aspectos comunes como predominio de un contexto sobre los demás (en su caso el trabajo), a lo que llamamos 'contexto dominante' que es precisamente el que le impone desarrollar continuamente afrontamientos, hay igualmente abandono personal.

En este caso, concretamente, aparecieron otros elementos no compartidos por los demás sujetos, acaso porque su nivel de escolaridad es más alto y ello conlleva a mayor desarrollo personal. En este sujeto encontramos un estilo de vida estructuralmente amplio, en presencia de contradicciones internas que generan estrés, de manera continuada y para el cual el desgaste sobreviene al afrontamiento positivo constante. Esto

reafirma lo que plantea F. González al manifestar que el estrés puede generarse también en el plano interno del sujeto. (24)

Estas particularidades deben someterse igualmente a comparaciones en los restantes sujetos, para definir si podemos elaborar otra hipótesis que facilite la comprensión del fenómeno enfermedad en este sujeto.

De la comparación de los sujetos pertenecientes a este grupo (anexo # 3), pudimos constatar que existe la tendencia a presentar un estilo de vida estructuralmente estrecho lo cual significa que los sistemas de roles, de actividad y comunicación son estrechos. Por otra parte la autorrealización tiende a ser pobre, que se comprende si tenemos en cuenta que la mayoría de estos sujetos obtienen gratificaciones de un solo contexto de su vida.

Respecto a la orientación temporal, contradictoriamente a lo que esperábamos obtener en este grupo, no fue definitivamente al pasado, se encuentran sujetos orientados al presente, conforme a los resultados de estudios anteriores, la orientación hacia el futuro no caracterizó a los sujetos de este grupo.(35)

Por otra parte, en dos de los sujetos hipertensos, también pudimos analizar, la presencia de comportamientos que funcionan como compensatorios de las situaciones generadoras de estrés y sirven de control a la enfermedad.

En este comportamiento de protección, los elementos comunes descansan en el sistema de actividades, donde predominan las de nivel sociopsicológicas, derivándose un sistema comunicativo positivo en las relaciones interpersonales, que genera redes de apoyo en torno a ellos y por otra parte, resulta importante para estos sujetos recibir satisfacción proveniente del contexto relevante, allí donde surgen situaciones que retrasan sus posibilidades de afrontamiento y control; por tanto, la gratificación que se obtiene de este, puede ser interpretada como retroalimentación positiva y permite mantener una percepción de estabilidad y equilibrio en este contexto.

En este grupo además nos llamó la atención como todos los sujetos expresaron tener conflictos en sus vidas, lo que se corresponde con lo obtenido por Arroyo Benito (27), esta cuestión requería igualmente ser comparada con los grupos restantes.

La elaboración de hipótesis, corroboradas en los sujetos hipertensos no expuestos a riesgos, permitiría demostrar que existen comportamientos, más complejos, que se ignoran en la conceptualización actual de factor de riesgo y que aparecen asociados a la enfermedad.

El primer caso analizado del Grupo 2 fue:

### **G.N.G**

Sujeto masculino de 37 años, casado, tres hijos, con dos de los cuales convive. Médico especialista.

Diagnosticado como hipertenso hace cinco meses. No se constataron factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Al analizar el sistema de roles encontramos que es estrecho, predominando los relacionados con la familia (padre y esposo) y el de profesional. El cuestionario descriptivo del estilo de vida arroja la jerarquía de los roles familiares, lo que se corrobora en las restantes técnicas. En la hoja de vida aparece los roles de pareja, padre y profesional. En el anecdotario se reiteran los mismos y aparece el de estudiante.

En la entrevista, al caracterizarse expresa: "...me considero un buen padre (...) ayudo muchísimo a mi esposa (...) lo más importante para mí es la familia...". El rol profesional está expresado en términos negativos, demostrando conflictos y situaciones angustiantes como "mala vida", "pasar necesidad".

Mediante el cuestionario descriptivo del estilo de vida, no pudo estudiarse el sistema de actividades, por la pobreza de sus respuestas, no obstante, en la hoja diaria encontramos actividades propias de los roles de padre y esposo, predominando el nivel funcional en su realización. A modo de ilustrar lo anterior, en la hoja diaria puede leerse: "...ayudo al aseo de los niños, preparo el desayuno, llevo a los niños al seminternado y al círculo infantil (...) preparo merienda por las tardes (...) adelanto algo de la comida (...) busco los mandados y el pan".

En la entrevista dice: "...siempre tengo cosas que hacer en la casa, buscar comida, resolver algo...".

En este análisis notamos la ausencia de actividades sociales, este sujeto mantiene una inconformidad con la situación material y social en que vive que anula por completo su activismo en esta esfera. En la entrevista dice: "...me siento frustrado en todos los sentidos (...) siento que esto no camina, que todo es a base de

sacrificios para lograr cosas sencillas, a veces mínimas (...) no me alcanza el dinero (...) en mi casa faltan miles de cosas...". No aparecen actividades de autocuidado: no cuida su dieta, no realiza ejercicios físicos, no le gustan las fiestas, predomina el descanso pasivo, no cuida de su salud (cuestionario descriptivo del estilo de vida)

Al analizar el sistema comunicativo, lo caracterizamos como estrecho, expresándose siempre de manera implícita, en el contexto familiar. Se destaca la carencia de expresiones de afecto en su comunicación.

La orientación temporal es hacia el presente, lo que se obtuvo consistentemente en todas las técnicas aplicadas. En la hoja de vida y en el anecdotario, la etapa que predomina es la adultez. La orientación temporal se define claramente en la entrevista cuando refiere: "...la vida es hoy (...) si haces planes pensando en el futuro lejano, seguro se te rompen (...) y si miras atrás aunque haya sido mejor, ya pasó, no está..."

Con respecto a la autorrealización, apreciamos que la principal fuente de satisfacción para este sujeto es el contexto familiar, donde ocurre eventos positivos como el matrimonio, el nacimiento de sus hijos, así como el logro de la vivienda y la obtención de la especialidad médica, estos dos últimos frutos de afrontamientos positivos. De lo que interpretamos una pobre autorrealización.

Durante su adolescencia este sujeto tuvo que desarrollar comportamientos por su condición de becado que contradecían su educación familiar, él relata: "...entré de 11 años con mucho inocencia (se refiere al ingreso a la Vocacional) y allí me vi obligado a hacer cosas para poder **"sobrevivir"** en ese medio...". Esto influyó en la maduración de su personalidad. La lectura que él hace de esta etapa, la experiencia que adquiere, le permite desarrollar afrontamientos positivos en la actualidad, en la primera de sus anécdotas dice: "...esta experiencia me sirvió y me sirve actualmente en mi vida para conocer a la gente, sus intereses, sus reacciones y también las mías".

Los conflictos que ha afrontado este sujeto proceden predominantemente del contexto profesional. En la hoja de vida aparece: "...en 4to año (de la especialidad) me voy para la Habana 10 meses, pasé mucha necesidad, antes de terminar estaba alquilado, me mandan a Moa **"por tres largos años"**, pasé tres años albergados, pasando necesidades y mala vida, viajaba constantemente para Holguín..."

Los conflictos cotidianos más frecuentes a los que se expone este sujeto son la falta de transporte y la situación socioeconómica actual, percibidas significativamente amenazante por él: "para que los muchachos estén bien vestidos y coman regular, uno tiene que sacrificarse mucho y andar como un andrajoso y ni te digo de la bicicleta, todo el día sin la esperanza de mejorar en eso" señala en la entrevista. El debut de su enfermedad está relacionado con esto, en la misma entrevista dice: "... me subió por primera vez un día que no tenía bicicleta y el transporte estaba malísimo, iba de regreso a la casa y tenía muchas cosas por hacer..."

Los afrontamientos que desarrolla ante estos conflictos son ineficaces, pues no mitigan su insatisfacción. En la entrevista dice: "...hay cosas que no puedo cambiar y otras que aunque lucho no alcanzo a mejorar. Ahora estoy criando gallinas (...) a veces trato de olvidarme de todo eso y concentrarme en la familia (...) para contentarme con algo".

Al caracterizar el estilo de vida de este sujeto encontramos que es estructuralmente estrecho, con predominio de las actividades de nivel funcional, con orientación temporal hacia el presente y autorrealización pobre, centrada en el contexto familiar.

En este caso interpretamos que se desarrolla la hipertensión condicionado por la estrechez de la estructura de su estilo de vida, centrado en el contexto familiar, de donde emergen escasos elementos de autorrealización. Este contexto es percibido en amenaza constante por la falta de afrontamientos positivos ante la situación socioeconómica actual y el presentismo de su orientación temporal.

Hay un abandono personal, lo que incluye el cuidado de la salud

Al comparar la proposición de configuración comportamental de este sujeto, con la hipótesis planteada, podemos ver que se corrobora en todos sus aspectos. En este caso existe un único contexto de relevancia, del que emanan las principales satisfacciones del individuo, las situaciones que generan angustias, se convierten en amenazas en tanto ponen en peligro ese contexto importante, los afrontamientos que se desarrollan, atenúan la generación del estrés pero no lo resuelven, también hay abandono del rol personal.

Este análisis nos permitió refinar nuestra hipótesis, el hecho de que las gratificaciones emanan de un solo contexto influye en la pobre autorrealización del sujeto, y por último, los afrontamientos no solamente son negativos sino que pueden ser positivos, pero que no resuelven la fuente generadora de estrés.

Continuamos con la comparación de otro caso:

## B.H.L

Sujeto masculino de 43 años de edad, casado, un hijo, Médico Especialista. Hipertenso desde hace ocho meses, no se constató la presencia de factores de riesgo asociados a la enfermedad.

El sistema de roles se caracteriza por ser amplio y equilibrado, predominando los contextos de familia y trabajo. En su hoja de vida aparecen roles como estudiante, enfermo, hijo, profesional, personal, nieto, dirigente, padre.

Se evidencia con claridad el predominio de los roles profesionales y de la familia. En el anecdotario las tres anécdotas se refieren a estos contextos (profesional y familiar). En la hoja diaria emergen los roles de tipo personal, padre, pareja, profesional y sociales, de ahí su carácter equilibrado.

Atendiendo a la diversidad de actividades de diferentes niveles que realiza clasificamos el sistema de actividades como amplio y equilibrado. En la hoja diaria aparecen actividades de tipo funcional referidas al contexto laboral: "trabajo mucho, hago docencia, voy a reuniones". A nivel psicosomático se relacionan las propias del automantenimiento higiénico (baño, sueño, comida). En el contexto de la familia predomina el nivel sociopsicológico: "... despierto a mamá, la saludo". De tipo espiritual aparecen: ver TV, video.

El sistema comunicativo es amplio, apareciendo explícitamente en la familia. En la hoja de diaria se lee: "... converso con mi hijo, qué le hace falta (...) trato de conocer a sus amigos, los invito a mi casa (...) mi esposa sea cuenta conmigo, conversamos del día".

En la entrevista aparece también la comunicación explícita con sus compañeros de trabajo: "... a veces a la gente no le gusta mucho que uno le diga las cosas malas (...) soy muy sincero". Emerge el sentido negativo de su comunicación, quizás condicionada por la falta de asertividad de su exigencia y de cómo esto limita que sea aceptado por los demás.

En la entrevista dice: "a veces tengo mal genio(...) del tiro me fui a la dirección a discutir aquello(..) Hago y digo siempre lo que creo que está correcto, sin importarme lo que creen los demás". Esta última frase refleja su sentido de la autoridad y egocentrismo.

La orientación temporal la consideramos hacia el futuro, así lo obtuvimos en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y fue confirmado en la hoja de vida, donde hay elaboraciones profundas del pasado reciente y el presente. Las anécdotas también se ubican en el pasado reciente. En la entrevista nos dice: "... yo trato de ver siempre para adelante (...) me esfuerzo para no carecer de nada en el futuro, oriento a mi hijo para que sea alguien en la vida, que se trace esa meta desde ahora".

La autorrealización de este sujeto emana fundamentalmente de la esfera personal y profesional, obteniendo satisfacciones cotidianamente de la ayuda a sus pacientes en el trabajo. En la entrevista dice: "El agradecimiento de esas personas vale mucho para mí". El trabajo es una manera de autoafirmarse profesionalmente. En la tercera anécdota dice: " me gusta probarme (...) solo quería probarme y resultó que del propio examen me propusieron ir a trabajar a su país".

Ha afrontado conflictos importantes y vigentes en el contexto familiar: al irse del país su único hermano. En la hoja de vida escribe: "tuve que reorganizar mi vida (...) estoy sufriendo el trauma de mi mamá porque ella sufre la ida de mi hermano...". Los afrontamientos empleados para mejorar esta situación han agudizado el problema, haciéndolo cotidiano. En la entrevista dice: "... quise arreglarle la casa pero me busqué un problema con ella, no quería de ninguna manera que le quitaran sus cosas viejas...".

El afrontamiento empleado (imposición de cambios a la madre que él considera adecuados) ha agudizado aún más la contradicción con la anciana madre. Otro ejemplo de lo anterior aparece también en la entrevista cuando explica que llevaron a su hijo de 12 años a vivir con ella para que la acompañara, pero no le preguntaron si eso la satisfacía, lo que se ha convertido en otro de sus conflictos actuales.

Por otra parte se siente insatisfecho. En la entrevista dice: "... frustrado (...) hay muchas cosas inherentes al sistema que no hay quien las cambie y le hacen la vida más difícil a uno". Al hablar de su enfermedad en la entrevista narra que aparece como consecuencia de una situación de trabajo consistente en un problema organizativo que afectó la realización de lo planificado. Para lo que no pudo controlar su estado de ánimo.

En resumen, el estilo de vida de este sujeto se caracteriza por ser estructuralmente amplio, orientado temporalmente hacia el futuro, con autorrealización amplia, en los contextos profesional y personal.

La aparición de la hipertensión arterial en este caso está asociada a la ocurrencia simultánea de conflictos en el contexto familiar que se han sostenido en el tiempo como consecuencia de afrontamientos inadecuados en los que se expresan sus características egocéntricas y de imposición de autoridad manifiestas en su estilo

comunicativo. Esto funciona como condicionamiento acumulativo y al aparecer una situación límite en el trabajo, (su contexto más importante en tanto es su principal fuente de satisfacción), quedaron rebasados sus recursos y devino la enfermedad. A esto se suma el descuido del rol personal en lo concerniente a la salud.

El estilo de vida estructuralmente amplio, equilibrado de B.H.L y orientado hacia el futuro podría facilitarle mayor flexibilidad en el manejo de sus conflictos, apoyándose en otros roles y contextos que compensen o contribuyan a desarrollar afrontamientos positivos ante las fuentes generadoras de estrés, sin embargo estas posibilidades no son aprovechadas por él.

Con respecto a la hipótesis planteada, encontramos muy pocos aspectos en común: existe la relevancia del contexto laboral, pero la autorrealización es nutrida por otros contextos como el familiar, el personal; plantea un conflicto sostenido en el tiempo, para el cual desarrolla afrontamientos negativos. Como puede observarse esto no nos permitió corroborar la hipótesis, entonces comparamos este caso con el de TGN del Grupo 1, para el que tampoco se cumple la hipótesis.

Al comparar ambos casos, comprendemos que existe en ellos una lógica común: el estilo de vida es estructuralmente amplio, con varios contextos significativos, dominando uno de ellos en tanto es la principal fuente de autorrealización, el que es percibido en amenaza (ya sea por las características de personalidad o por eventos circunstanciales, externos) lo que coincide con conflictos en otros contextos, mantenidos en el tiempo, ante los cuales incluso se desarrollan afrontamientos negativos, sin llegar a perder la salud hasta la aparición del conflicto que marca el límite en el contexto dominante.

De este análisis comparativo, planteamos la segunda hipótesis sobre la aparición de la hipertensión en los sujetos estudiados:

**Los sujetos hipertensos, presentan un estilo de vida estructuralmente amplio, con un contexto dominante del cual se nutre principalmente la autorrealización personal, este contexto es sentido en amenaza, siendo este el punto el que marca la aparición de la enfermedad, pues se han mantenido fuentes generadoras de estrés en otros contextos, sin llegar a enfermar.**

Con estos elementos pasamos a comparar el siguiente caso:

### **R.E.O**

Sujeto masculino de 31 años de edad, casado, esperando su primer hijo. Médico Especialista.

Diagnosticado como hipertenso hace 7 meses, no se encontraron factores de riesgo asociados a la enfermedad.

El sistema de roles es estrecho, predominando el rol profesional. En el anecdotario narra situaciones que emergen de los roles de estudiante, padre y profesional. En la hoja de vida hace referencia a todo el proceso de obtención de la especialidad, señalando brevemente el rol de padre. No se revelan roles sociales (vinculados con la convivencia en la comunidad y la participación en las organizaciones sociales.)

El sistema de actividades se caracteriza por ser estrecho, con predominio de actividades de nivel psicosomáticas, con orientación hedonística, pues en la hoja diaria aparecen actividades asociadas a la obtención de placer con la satisfacción de necesidades primarias, por ejemplo, asearse, desayunar, almorzar, merendar, bañarse, comer, dormir. Por el contrario, hay una pobre presencia de otros niveles de actividad. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en el cuestionario del estilo de vida. Se destaca la falta de cuidado a la salud.

Las respuestas dadas al cuestionario descriptivo del estilo de vida no permiten identificar comportamientos propios del sistema comunicativo, solo se reveló la presencia de discusiones laborales, las que se refieren a las discusiones de carácter científico. En la hoja diaria se expresa la comunicación de manera explícita con la pareja únicamente, allí se puede leer: "...4.30, meriendo (charlo con mi esposa) (...) 10 pm., sueño (charlo con mi esposa)". Puede apreciarse la pobre expresión de afectos que se refleja.

La orientación temporal evidenciada en el cuestionario descriptivo del estilo de vida es hacia el futuro, corroborado a través de las restantes técnicas, en la entrevista dice: "... tengo muchas cosas por delante, espero ansioso el nacimiento de mi hija, luego vela crecer, educarla y proporcionarle condiciones mejores para su vida que las que me han tocado a mí"

La autorrealización es pobre, predominando la apropiación orientada hacia la esfera del arte, no se identificaron comportamientos de auto expresión en las esferas del arte, sociopolítica y de las relaciones interpersonales. Esto obtenido a través del cuestionario descriptivo del estilo de vida.

Para este sujeto, las principales gratificaciones provienen del rol profesional, expresado en eventos vitales positivos como el otorgamiento de la especialidad médica y el momento del examen de especialista, según cuenta en su hoja de vida.

En el contexto familiar emergen eventos vitales tensionantes como el divorcio de sus padres, en la hoja de vida dice: "... tenía 11 años de edad cuando mis padres se separaron, lo cual para mí significó un trauma importante". En este mismo contexto una fuente actual de estrés es la preocupación que siente por la salud de su hija por nacer, también en la hoja de vida dice: "... otro momento importante para mí fue conocer que tendría una hija, lo cual realmente deseaba y que la misma se encuentre bien". Percibe la vida actual como monótona y poco placentera, refiriéndolo durante la entrevista.

Como otra fuente generadora de estrés refiere: "mi tipo de trabajo, que es negativo, eso influye en que esté estresado siempre", también le genera estrés someterse a situaciones de prueba, donde debe demostrar la calidad de su desempeño, por ejemplo, en la entrevista plantea: "cuando estoy en una situación como un examen, me sube la presión, precisamente fue en el examen final de la especialidad que me subió por primera vez".

Resumiendo, el estilo de vida de este caso es estructuralmente estrecho, centrado en el rol profesional, apreciándose una contradicción interna ya que la tendencia hedonística en el sistema de actividades es incongruente con el carácter dominante de la profesión en el sistema de roles. La orientación temporal es hacia el futuro y la autorrealización pobre, identificando el contexto profesional como fuente de gratificaciones.

Analizamos que en este caso, la aparición de la enfermedad está asociada a dos aspectos:

Estilo de vida de estructura estrecha y contradictoria, con percepción de amenaza al desempeño de su rol profesional, lo que pone en peligro su principal fuente de satisfacción.

En el estilo de vida de este sujeto también se observó la falta de comportamientos encaminados a la protección de su salud.

Al comparar su proposición de configuración comportamental con las hipótesis planteadas, pudimos apreciar que es corroborada la primera de ellas.

En este caso el sujeto tiene un estilo de vida estructuralmente estrecho, con un contexto relevante: el laboral, que es su principal fuente de autorrealización, el cual, a partir de elaboraciones personales: percepción inadecuada de su profesión, altas expectativas de desempeño, es sentido en amenaza y desencadena situaciones de estrés mantenido, lo que propicia el abandono de su rol personal, sobre todo con respecto a la salud, apareciendo la enfermedad.

De esta comparación, comprendimos con mayor claridad cómo las condiciones internas, el mundo interior del sujeto, puede convertirse en fuente de conflictos y estrés, haciendo vulnerable al individuo.

Pasamos a comparar otro caso:

## **C.R.A**

Sujeto masculino de 44 años de edad, casado, 3 hijos, con 2 de los cuales convive actualmente. Ingeniero.

Diagnosticado como hipertenso hace alrededor de 8 meses, no se encontraron factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Caracterizando el estilo de vida, encontramos que el sistema de roles está jerarquizado por los roles relacionados con el mantenimiento familiar.

Para este sujeto el contexto familia aparece asociado a momentos negativos de su vida pasada. En la hoja de vida hace alusión al divorcio de sus padres y a los conflictos que esto trajo, así mismo el abandono del primer hijo al regresar de la antigua URSS también tiene una carga negativa; en esta misma técnica habla de la "humildad de su familia" refiriéndose a los recursos económicos limitados y al ambiente rural donde nace. En buena medida influido por esto, la familia se torna para él en una fuente de tensiones, su vida actual gira alrededor de ella: prosperar económicamente, satisfacer necesidades de alimentación y vestido, son responsabilidades asumidas por él y vivenciadas como estresantes. La segunda anécdota nos muestra su tensión emocional cuando los puercos que cría no quieren comer. Criar cerdos es una de las alternativas que ha empleado para cumplir con sus roles de padre y esposo, cuestión que también nos habla de una persona activa, en busca de soluciones a sus problemas concretos.

Durante su narración en la hoja de vida, el hijo que vive en Rusia sólo aparece fugazmente: "...dejo un hijo al regresar, que en estos momentos tiene 18 años, nos escribimos periódicamente desde hace 2 años a acá". Toda alusión al hijo mayor del matrimonio actual queda ausente del estudio, lo que nos indicaba que a nivel más profundo, debían existir conflictos no expresados.

Igualmente el rol de esposo es una ausencia en su caso, en la primera anécdota, con un argumento irrelevante (sobre la caída del caballo de una niña a la que él ayuda) aparece indirectamente la esposa, cuestión que debió ser aclarada durante la entrevista. No emerge nuevamente en ninguna otra técnica.

Como puede apreciarse, la relevancia que adquiere el contexto familiar reduce el desempeño de los roles de padre y esposo al aspecto funcional, lo que quiere decir que las actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de su familia adquieren un carácter dominante, quedando fuera otros aspectos como el afectivo. Esto nos hizo plantearnos la hipótesis de que "existen conflictos subyacentes con la esposa e hijos que limitan la expresión afectiva hacia ellos".

Escudado en que "le falta tiempo" para relacionarse con sus hijos y esposa, el sujeto no expresó conflictos con ellos y sí una marcada necesidad de satisfacer todas las carencias de la casa, los hijos y la esposa. Los bajos salarios de su esposa y él "no alcanzan para nada", de ahí que se emplee a fondo en la búsqueda de nuevas fuentes de ingresos económicos al hogar.

Otra ausencia de interés está relacionada con el rol laboral, el cual no es declarado como importante para él.

Analizando su hoja de vida podemos apreciar una ruptura importante entre la vida como estudiante, bastante exitosa y su desempeño laboral, de lo cual escribe: "... actualmente sigo trabajando donde mismo desde que me gradué, aunque considero que me da lo mismo irme y es lo que necesito, un lugar donde obtener más beneficios económicos para poder mejorar mi situación". Aquí se deja ver cierto estado de frustración. Al entrevistarle dice que en el trabajo hay muchas limitaciones, incluso no le permitieron viajar al extranjero y esto le ha hecho sentirse mal porque además de que el salario no le alcanza, tampoco puede desarrollarse como quisiera. La única ventaja que le ofrece el trabajo es la flexibilidad en el horario, por lo que se le facilita dedicarse a sus asuntos personales y familiares.

En este rol menos jerárquico influye su sistema comunicativo, el que está caracterizado por una red limitada (explícita sólo con los vecinos que comparten con él la crianza de puercos y los compañeros de trabajo). La extrema "sinceridad" que lo caracteriza le ha provocado conflictos laborales y en la casa, convirtiéndose en una fuente de estrés al provocarle dificultades en las relaciones interpersonales. En la tercera de sus anécdotas expone: "en mi trabajo he tenido dificultades con mi carácter ya que le digo a las personas lo que siento, al pan, pan y al vino, vino..." El sistema comunicativo así planteado adquiere significación de riesgo en tanto lo implica frecuentemente en situaciones de conflicto, cuestión relacionada con su debut como hipertenso. En la entrevista cuenta que perder una inversión hecha en un puerco le trajo un conflicto con su esposa, sobreviniendo después, la enfermedad.

Al analizar su sistema de actividades, queda confirmada la jerarquización del contexto familiar, es al que le dedica la mayor cantidad de sus actividades diarias. En la hoja de vida puede leerse: "... preparo comida a los puercos, me llevo al niño para la escuela (...) busco comida y viandas para los puercos (...) preparo salcocho a los puercos y se los doy..."

Este sistema se limita a su aspecto funcional y aparecen varias actividades de tipo personal, hedonísticas, en las que se recrea, en la propia hoja de vida relata con bastante detalles lo que hace en la mañana: "me levanto, voy al baño, me lavo y afeito, tomo café (...) desayuno, me visto (...), me baño, como". En contraste con esa tendencia, el autocuidado de la salud, ni personal, aparece como objeto de sus actividades.

En la evolución de su sistema de actividades vemos que de actividades espirituales como: conocer, aprender, sentir una etapa como "escuela de la vida" esto ha ido sufriendo un proceso de transformación en la que actualmente la mayoría de las actividades que señala son muy concretas y por demás circunscritas a la esfera familiar.

Prácticamente están ausentes las actividades que le faciliten la relación con las demás personas, lo que corrobora la estrechez de su sistema comunicativo.

La orientación temporal de este sujeto es hacia el futuro, así lo expresa en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y se va confirmando a través de las restantes técnicas. Su intención de mejorar económicamente es una muestra de ello, la segunda y tercera anécdotas se sitúan en el presente, pero generan comportamientos de futuro, aún cuando en la tercera anécdota habla de su poco exitosa comunicación, deja ver cierta satisfacción porque sus compañeros "al final" le respetan y le quieren, lo que indica que ha buscado mecanismos para compensar su radicalidad comunicativa con otros aspectos no

descritos que le han permitido sentirse aceptado por los demás. Esto nos revela afrontamientos positivos en cuanto a la búsqueda activa de soluciones a los problemas.

La autorrealización para este sujeto se basa predominantemente en la apropiación hacia el arte, no hay activismo sociopolítico, ni interés por el deporte. A pesar de que su trabajo se relaciona con el diseño de componentes y piezas, la creatividad no es una fuente de satisfacción, su mayor fuente de gratificaciones proviene del contexto familiar y su rol de "padre de familia", justamente aquí se localizan los eventos vitales que identifica como positivos (nacimiento del hijo, matrimonio) y ocurren afrontamientos activos.

Resumiendo, el estilo de vida de este caso se caracteriza por ser estructuralmente estrecho, centrado en el contexto familiar y con predominio del nivel funcional de actividades, el que expresa cierta tendencia hedonística. Orientación temporal hacia el futuro y pobre autorrealización basada en la apropiación, con la familia como fuente principal de gratificaciones.

Del análisis del caso, pudimos ver comportamientos de riesgo en:

Con un estilo de vida estructuralmente estrecho y un solo contexto relevante, del que se obtienen gratificaciones, percibido en constante amenaza por la situación económica, lo que tiene un efecto acumulativo; al aparecer un hecho que potencialmente pone en peligro a la estabilidad en este contexto, fueron rebasados sus recursos de afrontamiento, a raíz de lo cual sobreviene la enfermedad.

Hay en el sujeto un descuido del rol personal, incluyendo su salud y las relaciones interpersonales, que le genera estados emocionales negativos, lo que ha influido en su insatisfacción laboral, cerrando más sus posibilidades de autorrealización.

Una forma de protección a su salud la encontramos en la búsqueda activa de soluciones a sus problemas cotidianos, lo que le permite mantener sus expectativas de su orientación al futuro, actuando como alternativa ante la imposibilidad de modificar radicalmente su situación económica actual.

Con este caso sucede parecido al anterior, se corrobora la primera hipótesis planteada: estilo de vida estructuralmente estrecho, con una amenaza constante (situación económica) a su contexto relevante (familia) y ante lo cual los afrontamientos desarrollados son positivos, pero no resuelven la fuente de estrés; para el caso de este sujeto, queda claro que la desvalorización de la profesión refuerza la familia como único contexto significativo y con esto la percepción de amenaza. La escasa gratificación que obtiene actualmente de la familia, influye en su pobre autorrealización y en el abandono del rol personal.

Continuamos con la comparación del caso siguiente:

## V.T.C

Sujeto masculino de 35 años de edad, casado, un hijo, graduado de Técnico Medio, actualmente estibador.

Es hipertenso desde hace 6 meses, no se constató la presencia de factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Las respuestas de este sujeto al cuestionario descriptivo del estilo de vida tendieron de modo recurrente a la opción intermedia "me caracteriza", lo que obligó a profundizar en algunos aspectos a través de la entrevista.

En el sistema de roles, el cuestionario revela los roles de padre, hijo y esposo. En la hoja de vida, que también respondió de forma escueta, afloró el rol de trabajador. Por su parte en el anecdotario el sujeto refiere anécdotas desde el rol de hijo, hermano y padre, como puede apreciarse, los roles hijo y padre son los más recurrentes. En una visión integradora, en este sujeto los roles de pareja y laborales no se expresan significativamente y los roles sociales están ausentes.

Consideramos que el sistema de roles es estrecho con predominio de los del contexto familiar (hijo y padre)

El sistema de actividades en el cuestionario descriptivo del estilo de vida, sólo permite inferir (basado en la no selección de los ítems correspondientes), que el nivel espiritual y sociopsicológico no caracterizan a este sujeto. Los niveles psicosomáticos y funcional no se expresan suficientemente como para considerarlos predominantes.

Al analizar la hoja diaria vemos el predominio del nivel funcional en los contextos familia, trabajo y pareja: "limpiar la casa", "cumplir el horario laboral", "ayudo a mi mujer", "velo por el sueño del niño".

En la hoja de vida refiere: "...siempre me ha gustado trabajar duro y luchar..."

Teniendo en cuenta el sentido que esta frase adquiere, tratándose de un obrero cuya función es estibador y considerando los elementos aportados en la hoja de vida que resultan consistentes con las demás técnicas, pensamos que el sistema de actividades es estrecho con predominio del nivel funcional.

El cuestionario descriptivo del estilo de vida arrojó algunos comportamientos de abandono de la salud, como la ausencia de formas de descanso activo, no cuidado de la dieta, No obstante, también se aprecia la ausencia de descanso pasivo, lo que constituye un aspecto positivo para la salud.

El análisis del sistema comunicativo en el cuestionario descriptivo del estilo de vida no nos reveló elementos que permitieran caracterizarlo.

En la hoja diaria revela implícitamente un sistema comunicativo estrecho, orientado hacia el contexto familiar, en él escribe: "(diariamente) llego a casa de mi abuela y me tardo aproximadamente 3 horas", "me gusta estar con mi mujer"

No obstante debe señalarse que no se expresan afectos en estas relaciones.

La orientación temporal es hacia el futuro, lo que puede constatarse en las respuestas dadas al cuestionario, las anécdotas y la entrevista efectuada.

Las etapas de la vida que emergen en las anécdotas son el pasado reciente y el presente, así en la entrevista al pedirle que hablara sobre su vida expresó: "he pasado mucho trabajo desde joven y estoy luchando para que mañana pueda vivir mejor, obteniendo todo lo que necesite para el mañana..."

Para descartar la orientación hacia el pasado, se le preguntó por qué consideraba mejor el presente que el pasado y explicó: "hoy tengo cosas que ayer no tenía, como casa, esposa, hijo, aunque no está mi mamá que fue muy importante para mi vida".

Aún cuando refiere un evento vital negativo en su pasado (la muerte de su mamá), su proyección es hacia el futuro.

La autorrealización es manifiestamente nula. Las respuestas dadas al cuestionario descriptivo del estilo de vida indicaron un distanciamiento total de los comportamientos de contacto con el arte, la información y el activismo sociopolítico.

Este sujeto obtiene gratificación y satisfacción en sus relaciones familiares, es en este contexto donde en la hoja de vida hace referencia a eventos vitales positivos, como el matrimonio y el nacimiento del hijo.

En la entrevista ante la pregunta ¿qué te hace sentir bien? responde: "estar en mi casa con mi familia. Cuando los visito a mi abuela y mis tíos".

No se observaron afrontamientos de ningún tipo, ello se reafirma en la entrevista. Ante la pregunta ¿te ha subido la presión nuevamente? responde: "cada vez que estoy preocupado, que tengo muchas cosas que resolver o que hacer me estreso, cada vez que se juntan 2 camiones para cargar o descargar, se me ponen las orejas calientes".

Si bien no revela conflictos significativos y solo hace referencia a una situación generadora de estrés: la reciente enfermedad de su hermana, el análisis de las anécdotas (todas referidas al contexto familiar), nos hace pensar en un locus de control externo, refiriéndose a la recuperación de su hermana, recurre a Dios. Parece esto una forma de afrontar las situaciones de angustia. Otro ejemplo es ante el nacimiento del hijo cuando dice: "...me lo concedieron..."

Este sujeto tiene un estilo de vida estrecho, con predominio de roles familiares. Orientación temporal hacia el futuro, autorrealización pobre, orientada al contexto familiar, lo que lo hace vulnerable ante situaciones de estrés o conflicto.

En nuestra opinión este sujeto enferma porque:

La orientación temporal hacia el futuro contrasta con la ausencia de afrontamientos ante la vida en el presente, ante lo cual se desarrolla un locus de control externo, que resulta inefectivo para el autocontrol ante situaciones de tensión.

El estilo de vida estructuralmente estrecho, centrado significativamente en el contexto familiar, propicia un abandono personal que incluye a su salud.

Este caso resultó peculiar por la pobreza de los datos ofrecidos por el sujeto, su pobre expresión oral y escrita limitaron la profundidad de los análisis. Al establecer comparaciones entre su proposición de

configuración comportamental con la de los sujetos anteriormente analizados, así como con las hipótesis formuladas, apreciamos que igualmente se corrobora la primera de ellas.

Estilo de vida estructuralmente estrecho, centrado en un solo contexto, pobre autorrealización y abandono del rol personal, que ante situaciones de tensión familiar (única referida como fuente de conflictos) desarrolla afrontamientos que no resuelven el estrés (locus de control externo) o sencillamente no desarrolla afrontamientos, por lo que hay pérdida del autocontrol y de ahí la enfermedad.

Durante el estudio comparativo de este caso, se introdujo en el análisis el tema de la orientación temporal. En este sujeto, con pocos recursos para llevar la vida presente, su orientación al futuro se convierte en una fuente de contradicciones. Él tiene su vista puesta en el futuro, pero su desempeño es limitado en el presente, de ahí que esto se suma a su situación de estrés.

Este análisis remitió a los casos anteriores para comprobar cómo sucede en ellos. Encontramos que en este grupo de hipertensos sin factores de riesgo asociados a la enfermedad, prevalece la orientación hacia el futuro, sin embargo, apreciamos que en vez de, abiertamente, propiciar una forma sana de vivir, por su contraste con las dificultades que presentan estos sujetos para afrontar los conflictos y las fuentes generadoras de estrés en el presente, refuerza la percepción de amenaza al contexto relevante.

A partir de aquí, decidimos nuevamente refinar nuestra primera hipótesis:

**Los sujetos hipertensos presentan un estilo de vida estructuralmente estrecho, centrado en un contexto relevante, que marca una pobre autorrealización personal; es percibido en amenaza (por eventos de aparición brusca o presencia mantenida, de naturaleza interna o externa) ante lo cual se desarrollan afrontamientos que no controlan las fuentes de estrés, en lo que puede influir la contradicción entre la orientación temporal hacia el futuro y las dificultades para llevar la vida en el presente, dada esta prioridad, se abandona el rol personal, a lo que sobreviene la enfermedad.**

Es precisamente en el grupo de sujetos hipertensos sin factores de riesgo asociados a la enfermedad, que se hizo notar como conflicto cotidiano, la situación económica actual, así como la contradictoria orientación temporal hacia el futuro, el vínculo que se desprende de esta asociación de elementos, consolida fuentes permanentes de tensión para estos sujetos.

A manera de resumen, en los sujetos hipertensos estudiados, hay un predominio de estilos de vida estructuralmente estrechos, con pobre autorrealización y abandono del rol personal, así como la referencia a conflictos que afectan sus vidas.

En base a estas características generales de estos dos grupos, así como la corroboración de las hipótesis planteadas como configuraciones comportamentales asociadas a la enfermedad en los sujetos estudiados, enunciaremos los siguientes conceptos:

**Confluencia crítica:** configuración comportamental de riesgo, expresada en un estilo de vida estructuralmente estrecho, centrado en un contexto de la vida, que propicia el abandono del rol personal y en el que confluyen la principal fuente de autorrealización, una percepción de amenaza a su equilibrio y el desarrollo de afrontamientos que no resuelven la fuente generadora de estrés.

**Punto crítico:** Configuración comportamental de riesgo expresada en un estilo de vida estructuralmente amplio, donde adquieren relevancia varios contextos que pueden ser fuentes generadoras de estrés y actuar como condicionamiento acumulativo, la aparición de una amenaza que ponga en peligro el contexto dominante, del que se obtienen las principales fuentes de autorrealización, marca el punto que desequilibra al individuo, sobreviniendo la enfermedad.

Hasta aquí las hipótesis, así como los conceptos enunciados permitieron comprender los condicionamientos que aporta el estilo de vida para la aparición de la enfermedad, el hecho de describir comportamientos complejos comunes entre sujetos enfermos expuestos y no expuestos a factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, trasciende la concepción actual sobre los riesgos que ignoraba estas características del comportamiento de los hipertensos, ahora corresponde comparar con sujetos sanos en los que esperamos que no se manifestaran las mismas configuraciones.

Comenzamos el análisis por el grupo de sujetos sanos y no expuestos a factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, por ser este el grupo de mayor contraste.

El análisis comparativo se inicia con el caso **N.A.Y**

Sujeto masculino de 35 años de edad, actualmente divorciado, un hijo. Médico Especialista.

Actualmente sano y sin factores de riesgo asociados a la hipertensión.

Comenzamos el análisis del caso por el sistema de roles. Consistentemente a través de todas las técnicas aplicadas encontramos que este es amplio y equilibrado, lo que quiere decir que desempeña diversos roles: de pareja, laboral, social, de padre, familiar, e intenta llevarlos todos a cabo con éxito.

En la hoja de vida queda ilustrado con calidad la prevalencia de roles esperados por etapas de vida, de esta forma en la niñez y la adolescencia aparecen los de hijo, estudiante, pareja, amigo. En la juventud el de pareja y estudiante; en la adultez el de pareja, profesional y dirigente.

En el anecdotario aparecen relatos desde los roles de profesional, padre y estudiante. En la hoja diaria además, el de pareja y personal. Durante la entrevista el rol personal adquiere relevancia "...me interesa estar adelante en mi especialidad (...) leo de todo, me gusta la historia (...) tengo ideas incluso de escribir un libro". Como vemos este rol marca metas de desarrollo y crecimiento personal.

El sistema de actividades se caracteriza por ser amplio orientado a diversos contextos: personal, profesional, de pareja y padre. Las actividades que refiere realizar en su hoja diaria transita por diferentes niveles: espirituales, sociopsicológicas y funcionales, cuestión que se verifica en la entrevista.

Desde el rol personal realiza además de las actividades propias del cuidado de la higiene y la alimentación: hacer ejercicios físicos, cuidar su aspecto personal, estar en contacto con la cultura y mantener amistades. En lo profesional en la hoja diaria aparece la gama de actividades laborales que realiza: "participo en la entrega de guardia, durante el día reuniones, salón, consulta, sala...".

Como padre "...recojo a la niña en el seminternado, la ayudo en sus tareas...".

El sistema comunicativo en este caso, y coherentemente con el sistema de roles y de actividades, es considerado amplio. En la hoja diaria aparece de forma explícita con la hija y con su ex- esposa: "...converso con ella (se refiere a la hija) en la noche converso con mi ex...". En la entrevista, con otras personas aunque no se especifica en qué contexto: "...todos los días dedico tiempo (...) a conversar con alguien sobre el arte, la cultura y el deporte."

Queda implícita y de hecho se corrobora su superficialidad a través de la entrevista, con los compañeros de trabajo. En la hoja diaria se deduce que establece comunicación con los otros médicos de su Servicio, y en la entrevista dice: "...a pesar de tener muchos amigos soy un solitario, no me gusta tener compromiso con los demás (...) me gusta la independencia tanto de criterio como de los demás."

La orientación temporal tiende a ser hacia el presente, así lo interpretamos en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y el hecho de que la etapa más elaborada en la hoja de vida sea la juventud, nos conducía a pensar así, no obstante no nos aparecía con claridad, debíamos definir si era hacia el presente o hacia el futuro pues habíamos descartado la influencia del pasado. Durante una entrevista donde le preguntamos qué pensaba del futuro entre otras cosas, nos dice: "el futuro no me interesa (...) creo que me interesa mucho más el presente".

A pesar de esta respuesta nos impresionó que si su situación actual cambiara (divorcio y separación de la hija) su orientación temporal tendería al futuro, sin embargo asumimos su presentismo actual.

En cuanto a su autorrealización vemos que obtiene satisfacciones desde diversos contextos de la vida: como profesional, padre, pareja, militante; enmarcándose eventos vitales positivos en esas esferas tales como: el matrimonio, el nacimiento de su hija, las buenas notas en la especialidad, los buenos resultados como dirigente, la selección como trabajador ejemplar (hechos narrados en su hoja de vida).

A lo largo de su vida ha tenido conflictos de importancia, durante su adolescencia con la mamá, que tomó decisiones por él causándole luego dificultades. En su hoja de vida se lee: "...me becaron a los doce años, fue durísimo, siempre se lo critiqué a mi mamá..."

Es en esa etapa que acude a la violencia como afrontamiento: "...allí debía ser violento, me cuidaba, pero era violento (...) esa agresividad la descargué con el director de la unidad, cuando mandó a buscar a mi mamá para darle quejas de mí." En la tercera anécdota relata como golpeó a un compañero de escuela: "...sacó un repuesto de lapicero y lo sopló, manchándome todo el pantalón, yo le caí arriba y lo maté a golpes..."

Actualmente su principal conflicto es la separación de su esposa e hija: "... ha sido duro...", dice durante la entrevista. Las estrategias para arreglar el problema no le han dado resultado y parece agotado cuando dice en la entrevista: "...no depende de mí sino de ella y no quiere, no puedo hacer más."

El afrontamiento con la niña además de ineficaz, resulta dañino, él reconoce cuando escribe en su hoja diaria: "no sé cómo manejar esto" y durante la entrevista: "...sé que no es bueno pero ahora lo que hago es que no paso por la casa". Emerge su pasividad al respecto: "sinceramente quisiera que pase el tiempo y las cosas cojan el cauce definitivo". De esto consideramos que tiene escasos recursos de afrontamiento ante las frustraciones de la vida.

En resumen, el estilo de vida en este caso se caracteriza por:

Estilo de vida estructuralmente amplio y equilibrado, orientación temporal hacia el presente y autorrealización alcanzada desde distintos contextos de su vida.

Creemos que en este caso se expresan comportamientos que sirven de protección a la salud: la consistencia, amplitud y flexibilidad de los constituyentes estructurales del estilo de vida define una riqueza personal que va desde su autocuidado, hasta metas espirituales superiores, de lo que recibe gratificaciones desde diferentes contextos y esto influye en que los afrontamientos negativos impacten atenuadamente en el mantenimiento de su salud.

En este sujeto aparece por primera vez el autocuidado del rol personal: hace ejercicios físicos, tiene metas a cumplir, hace descanso activo y de todo esto obtiene gratificaciones, por lo que presenta una amplia autorrealización, esto le sirve para amortiguar el efecto de los conflictos.

Analizando el mantenimiento de la salud para este sujeto, vemos que en él existe un conflicto significativo (divorcio) que le ha impuesto reajustarse a sus nuevas condiciones y no ha aparecido ninguna enfermedad. Con esta idea se comparó su configuración comportamental, con la segunda de las hipótesis planteadas, donde efectivamente, se cumple la primera parte de ella: existencia de un contexto amenazado, en este caso la familia, ante lo cual desarrolla afrontamientos ineficaces, actuando como condicionamiento acumulativo. Pero la diferencia radica en que en este sujeto no hay desborde de resistencia, lo que está dado por la ausencia de una situación de amenaza al contexto dominante (laboral) y la amplia autorrealización con el autocuidado del rol personal, lo que le permite mantener el equilibrio y su salud.

En este momento del estudio, apreciamos que existen elementos de las configuraciones comportamentales planteadas en los sujetos hipertensos que pueden encontrarse en los sujetos sanos, no llegar a desarrollar la enfermedad debe responder a otros aspectos importantes dentro del estilo de vida.

Pasamos a comparar el siguiente caso:

## **L.U.M**

Sujeto masculino de 34 años de edad, casado, una hija, Médico Especialista, directivo. Fue considerado sano y libre de factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.

En el análisis del estilo de vida a través de los constituyentes personalológicos encontramos lo siguiente:

Los roles más significativos son el de padre y dirigente, aunque en sentido general hay amplitud y equilibrio en su sistema de roles, en su hoja de vida emergen los de "nieto", "estudiante", "dirigente", "deportista", "profesional", "padre" y "esposo"

El rol de padre es tratado en todas las técnicas aplicadas, a él se asocia una afectividad positiva, como puede apreciarse en la segunda anécdota, en la que relata cómo ante situaciones más bien difíciles, la niña le genera satisfacción y alegría, igualmente la tercera anécdota referida a la muerte de un niño durante el cumplimiento de una misión, refuerza la idea de su sensibilidad hacia los niños así como sus valores éticos.

Durante la entrevista es recurrente el tema de la hija, incluso ahora que debe cumplir otra misión dice: "será muy difícil separarme otra vez de la niña, ella me recibe todos los días con los brazos abiertos, sentada en la escalera."

Con respecto al rol de dirigente, dice dedicarle todo el tiempo de su trabajo y también tiempo extra. En la Hoja diaria recrea su gestión administrativa como dirigente haciendo énfasis en cómo lleva a cabo su tarea, él escribe: "llego al hospital, hago un recorrido por los lugares más conflictivos de la vicedirección y los baches los trato de resolver. Luego voy a la entrega de guardia (...) hago lo que sale de allí y lo planificado en el plan de trabajo. A veces me coge la noche en eso (..) en la tarde hago otro recorrido para ver si se han cumplido mis indicaciones..."

En la Hoja de vida también refleja cómo ha asumido roles de dirección desde la adolescencia: "en 9no grado fui dirigente por primera vez, atendía deportes, en 10mo fui jefe de albergue (..) Luego fui dirigente de la UJC (..) estudiando medicina fui dirigente en el Comité primario de la UJC (..) en el Hospital Lenin era jefe del grupo provincial de Laboratorio Clínico" Esto nos demuestra una coherencia interna en su activismo como dirigente.

Inicialmente el desempeño de este rol estuvo asociado a sus dones de líder, que lo caracterizaba dentro de sus grupos de pertenencia, él argumenta en la entrevista: "la gente siempre me llevaba bien porque yo era muy ingenioso, a veces indisciplinado, pero siempre muy buen estudiante, y este contraste parece que llamaba la atención." De ello da cuenta su tercera anécdota.

El rol de esposo queda pobremente abordado, en la hoja de vida está ausente, en las anécdotas se hace referencia a él de manera secundaria, aunque el argumento de la anécdota nos da elementos para pensar que existe comprensión y ayuda dentro del matrimonio, cuestión que también se deja entrever en la hoja diaria cuando menciona que lleva a su esposa al trabajo, ayuda con la niña y a preparar la comida en el hogar.

Con respecto al sistema de actividades, este está en correspondencia con sus roles jerárquicos. De esta manera priman actividades relacionadas con el rol de padre: "llevar la niña al círculo", "arreglar las cosas de la niña", "buscarla", "jugar con ella" siendo su principal característica la funcionalidad de las mismas, quizás motivada por las atenciones que requiere dada su corta edad.

Las actividades que realiza LUM para su autocuidado no incluyen a la salud, lo que potencialmente puede convertirse en un riesgo.

Su sistema comunicativo se caracteriza por una amplia red de contactos, dando muestras de buenas relaciones interpersonales en los diferentes contextos. Refiere conflictos en la esfera laboral que carecen de implicación afectiva, teniendo que ver con la coordinación de tareas en el Hospital, en un tono rozando la jocosidad escribe en su hoja diaria: "luego voy a la entrega de guardia a enfrentarme con GBH (otra directiva) porque las decisiones mías nunca le cuadran"

Existe un elemento dentro de su sistema comunicativo que le ayudan a sobrellevar las situaciones de tensión, que es su buen humor e ingeniosidad para resolver problemas, podemos poner como ejemplo cómo se hizo el dormido para evitar el regaño de su abuelo en la niñez o cómo engañaba a la abuela para no ir a la escuela, contado en su hoja de vida. Más recientemente, en esa misma técnica cuenta que se "sometió" a los exámenes de medicina, aún cuando no tenía vocación para ella, para evitar presentarse a un examen que le debía a un profesor. Esta particularidad constituye para él una oportunidad para mantener su salud, pues lo protege del estrés que le genera en la actualidad su labor de dirigente.

A LUM le preocupa más el presente que el futuro, siendo esto reafirmado a través de todo el estudio. En su orientación temporal hacia el presente vemos un sujeto activo, en búsqueda de satisfacciones de carácter personal, sin escatimar lo difícil que esto pueda resultar, lo que puede ilustrarse a través de su hoja de vida cuando describe: "cogí la especialidad directa en laboratorio Clínico, pero ya en 3er año descubrí que la hematología me gustaba más, traté de cambiar de especialidad, fui a La Habana varias veces al Instituto de Hematología, allí finalmente me dieron la oportunidad de, una vez siendo especialista en Laboratorio Clínico, hacer una maestría en hematología, que me permite ejercer esa especialidad"

La orientación temporal hacia el presente puede apreciarse igualmente en la hoja de vida al no expresar ninguna expectativa con respecto a la misión que cumplirá, dice sentirse más preocupado por garantizar las cosas que "necesita la casa" ahora para "irse sin preocupaciones."

Dice resolver sus problemas siempre sin hacer de ellos "un gran lío" dice en la entrevista: "a veces me río de mis propios problemas"

Para LUM la autorrealización está basada en la apropiación pasiva de los contenidos artísticos y sociopolíticos, emergen los contextos familiar y laboral como fuentes de gratificaciones, por ejemplo, la relación con su hija, el logro de la especialidad médica.

Las características esenciales del estilo de vida de LUM son las siguientes:

Estilo de vida estructuralmente amplio, con predominio del nivel funcional en la realización de actividades vitales, orientación temporal hacia el presente y autorrealización amplia basada en la apropiación y el trabajo y la familia como principales fuentes de satisfacción.

Pensamos que LUM posee condiciones en su estilo de vida que le facilitan la protección a su salud:

Teniendo de base un estilo de vida estructuralmente amplio y equilibrado, LUM desarrolla afrontamientos positivos ante las situaciones de la vida cotidiana, que le ayudan a mantener buena relación interpersonal en sus contextos relevantes, laboral y familiar, encontrando satisfacción en ellos.

Por otra parte, su orientación temporal hacia el presente está encaminada a la satisfacción de sus necesidades materiales y espirituales, (autocuidado del rol personal) lo que lo hace sentir complacido con lo que logra.

Sin embargo también encontramos comportamientos que potencialmente pueden convertirse en riesgo:

En el sistema de actividades, las encaminadas a su autocuidado no incluyen las referidas a la salud.

En este caso sobresale el autocuidado del rol personal, así como la autorrealización nutrida desde diversos contextos, el desarrollo de afrontamientos positivos ante los conflictos cotidianos, lo protegen de enfermar.

Al establecer comparación entre los dos casos analizados de este grupo, vemos que la protección a la salud descansa en la estructura amplia de su estilo de vida, el cuidado del rol personal (aunque no incluye a la salud) y la autorrealización lograda en distintos contextos.

Pasamos a analizar el siguiente caso:

## **J.U.Y**

Sujeto masculino de 40 años de edad, casado, dos hijos, Médico Especialista.

Es un sujeto sano en el momento del examen y no se encuentran factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.

El sistema de roles de J.U.Y es amplio, aspecto que apareció consistentemente en las técnicas aplicadas, por ejemplo en la hoja de vida aparecen los roles de: estudiante, personal, pareja hijo, nieto, profesional, padre. En el anecdotario se destaca el rol de padre, en el cuestionario de estilo de vida predominan los de pareja y familia, existiendo un marcado distanciamiento de los roles sociales. Al integrar la información, predomina el rol de padre.

En cuanto al sistema de actividades resultó igualmente amplio, de manera consistente en las diferentes técnicas. Así encontramos en la hoja diaria, de nivel psicossomático: "baño, comida, merienda, sueño". De nivel funcional: "echarle comida a los animales (...) trabajar en la sala (...) ir a hacer ejercicios, ir a pelear gallos". De nivel sociopsicológico: "visitar a los padres, al tío, jugar pelota con el hijo". De nivel espiritual encontramos: "ver TV, estudiar".

Es importante señalar que al analizar el sistema de actividades, encontramos cierto comportamiento hedonístico. En la hoja de vida se puede leer: "la adolescencia la viví bien, sabroso, salí bastante, fui a fiestas, (...) relaciones con las muchachitas"; más adelante: "casi pierdo los estudios (...) fiestas playa gozadera..."

Por otra parte encontramos que realiza actividades que satisface necesidades personales como hacer ejercicios físicos, criar gallos finos, asistir a las peleas, siendo así, el tema de la salud no parece ser importante. En el cuestionario descriptivo del estilo de vida, encontramos que no sigue una dieta adecuada, no cuida su salud en sentido general.

La orientación temporal es hacia el presente, así la obtuvimos en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y pudimos corroborarlo a través de la entrevista.

Para definir la orientación temporal tuvimos en cuenta que en el anecdotario se prioriza el presente con una valencia afectiva positiva y en la hoja de vida la etapa más detallada es la adultez. Al entrevistarlo nos dice: "El futuro para los cubanos no existe, uno trata de luchar pero no alcanza para el futuro, es que aunque quieras, no puedes, lo que hacemos es sobrevivir. Uno siempre tiene esperanzas, mira a mí no me ha pasado nada del otro mundo, tengo cuarenta años y no tengo ni una bicicleta, debe pasarme algo, supongo. Con mi trabajo no alcanza ni para soñar, así que yo vivo el presente".

En cuanto a la autorrealización, a través del cuestionario descriptivo del estilo de vida, obtuvimos que se orienta hacia la apropiación, sobre todo en la esfera del arte y el deporte, siendo nula hacia el aspecto sociopolítico.

Las principales fuentes de satisfacción para este sujeto provienen en la actualidad de la esfera familiar. Dice en su hoja diaria: "Soy feliz en el pedacito que tenemos, a pesar de las necesidades".

Anteriormente, sobre todo la etapa de estudiante, le brindó satisfacciones importantes: obtener la carrera de medicina, graduarse, prepararse; sin embargo esta fuente de satisfacción ligadas a la profesión se ha desactualizado a partir de eventos negativos ocurridos en ese contexto. Por ejemplo: no llegar a ser intensivista, haber sido sancionado, hacer el postgraduado en muy malas condiciones de vida. Esto se reafirma con el hecho de no encontrar respuesta en su sector laboral. Al respecto dice en su hoja de vida: "en Salud siempre me ha ido mal, en Provincia siempre te maltratan, no te atienden, tampoco en lo de colaboraciones. Me gusta mi trabajo, mi carrera (...), pero si tuviera algo que me diera más la dejaba". Puede verse la desvalorización de la profesión y la pérdida de motivación por ella.

Es precisamente en el contexto laboral donde este sujeto expresa afrontamientos negativos. Al ver las condiciones de su postgraduado como "muy malas" dice que se "reveló" y lo hizo faltando al trabajo hasta que fue sancionado. Este es un afrontamiento irreflexivo, donde no hay valoración de las consecuencias que esto traería a su carrera profesional, otra evidencia de su orientación temporal hacia el presente.

En resumen el estilo de vida de este sujeto se caracteriza por ser estructuralmente amplio, con predominio del contexto familiar. Su orientación temporal hacia el presente y autorrealización pobre, orientada hacia el contexto familiar.

Pensamos que este sujeto no enferma por que mantiene comportamientos en su estilo de vida que sirven de protección a su salud:

- La realización de actividades desde el rol personal, dirigidas a la satisfacción de sus gustos e intereses, así como su orientación hacia el presente, consolidan su percepción de satisfacción con la vida actual.
- Siendo el contexto familiar el mas significativo para el sujeto, su estilo de vida estructuralmente amplio, le facilita alcanzar estabilidad y armonía familiar, lo que contribuye al mantenimiento de su salud.

Como riesgo a enfermar en este caso se constatan los comportamientos de abandono de la salud.

Encontramos en este caso aspectos en común con relación a los casos anteriores: estilo de vida estructuralmente amplio, autocuidado del rol personal aunque no se incluye a la salud, sin embargo, en cuanto a la autorrealización personal, la principal fuente de gratificaciones está centrada en la familia, por lo que puede considerarse como pobre, pero hay plenitud con la vida que lleva, es decir que aunque sea pobre, pues emana de un solo contexto, es percibida como significativa para él. Esto ayuda a atenuar los conflictos a afrontar en otros contextos, quedando minimizados.

Hasta aquí hemos identificado los principales aspectos en los que descansa el mantenimiento de la salud de estos sujetos, notando que la orientación en el tiempo, aunque no ha sido apreciada en las configuraciones comportamentales de los sujetos, ha sido en todos hacia el presente.

La orientación temporal hacia el presente en estos sujetos la asociamos con el autocuidado del rol personal: el presentismo impone la necesidad de conseguir metas, satisfacer necesidades de diferentes niveles, desarrollar intereses, en breves plazos de tiempo, por lo que esta retroalimentación, consolida la autorrealización en el contexto personal y el grado de satisfacción que experimenta el sujeto con su vida actual.

Con estos elementos enunciarnos la tercera hipótesis:

**Los sujetos sanos presentan un estilo de vida estructuralmente amplio, donde se destaca el autocuidado del rol personal (no necesariamente cuidado de la salud) y existe un alto nivel de autorrealización en un contexto de vida. No tienen ninguna amenaza al contexto dominante.**

Continuamos el análisis con el caso: **P.E.D**

Sujeto masculino de 37 años de edad, divorciado, un hijo. Médico Especialista.

En el momento en que se realiza el estudio, es considerado sano y sin factores de riesgo asociados a la hipertensión.

En este sujeto se expresa en el estilo de vida un sistema de roles estrecho, que gira alrededor de dos contextos: la familia y la profesión. En la hoja de vida aparecen los roles de estudiante, hijo, padre, profesional y pareja. En la hoja diario aparecen los de profesional, padre y personal. En el anecdotario emergen los roles de hijo y padre. Como puede apreciarse, a pesar de expresar diversos roles, ellos se encuentran en los contextos antes referidos.

El sistema de actividades fue considerado estrecho, a partir de los datos obtenidos consistentemente a través de las técnicas aplicadas. Predominan las de nivel funcional y psicossomáticas. En la Hoja de vida, se destacan entre las de nivel funcional: "...coger lo que pueda para venir a trabajar, trabajar, participar en la entrega de guardia y el pase de visita (...) me mantengo en el trabajo hasta las 4 PM. Estudio dos o tres horas ". Entre las psicossomáticas : "...prepararme, vestirme, comer". Al analizar este sistema, pensamos que la estrechez puede estar influenciada por su condición actual de albergado, en su hoja diaria hace referencia a que "no hay TV", lo que es un elemento limitante. También dice: "mi vida es bastante rutinaria". No aparecen actividades encaminadas al autocuidado de la salud: hay preferencia por el descanso pasivo: "descanso treinta o cuarenta y cinco minutos acostado, esperando a que pongan el agua"

En cuanto al sistema comunicativo, resultó igualmente estrecho, no hace mención a las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo en ninguna de las técnicas aplicadas, sin embargo emerge una comunicación positiva con sus pacientes. Dice en su hoja de vida: "Soy detallista con las personas, mi pareja, mis paciente". El se traza expectativas con los demás: "si doy mucho a los demás espero que hagan lo mismo conmigo"

De manera implícita pero contundente, aparece la relación con la madre. En la hoja de vida se lee: "incluso pensé en dejar la escuela para ayudar a mi madre, pero ella me persuadió". Se destaca la carga afectiva de esta relación. En esta misma técnica dice: "soy muy apegado", al referirse al impacto del divorcio de sus padres. Con el hijo aparece explícitamente: "lo llamo, me dice sus cosas, hablamos mucho, estamos muy compenetrados".

Analizando este sistema en este sujeto, observamos dos características fundamentales: la fuerte carga afectiva en la relación con la familia, claramente evidente en la primera de sus anécdotas, cuenta como lloró al ver sus padres juntos el día de su graduación como médico, y cierta tendencia a la introspección: "le dedico tiempo a pensar", dice en su hoja de vida. Esto en parte explica el distanciamiento en las relaciones interpersonales fuera del contexto familiar.

La orientación temporal de este sujeto es consistentemente hacia el futuro. Al leer la hoja de vida podemos apreciar como su comportamiento actual está determinado por metas futuras: "tengo la mente fija en que en el futuro las cosas mejoren" más adelante dice: "Vine para Holguín, porque en Tunas no tengo condiciones y yo me había propuesto mejorar para el futuro. Profesionamente, Holguín me puede aportar más que Las Tunas". Entendimos que esta orientación hacia el futuro es una forma de superar un pasado de sacrificios y experiencias negativas como el divorcio de los padres y la escasez económica.

Con respecto a la autorrealización, encontramos una orientación hacia la apropiación del arte. En su hoja diaria dice: "A veces leo a Martí o poesía. No practico ninguna religión, pero he leído algunos libros sobre este tema, me gusta conocer".

En este aspecto apreciamos que el contexto profesional ha sido del que más gratificaciones ha obtenido: logró la carrera de Medicina. Obtuvo su primera especialidad, le dieron la oportunidad de hacerla segunda; vemos que él aprovecha sus éxitos profesionales para mantener la estabilidad de la familia, contexto de donde emergen conflictos y situaciones angustiantes, como el divorcio de los padres, la escasez económica, su propio divorcio y la separación de su hijo. Su visión de futuro es un elemento compensatorio: "que el sacrificio de hoy tenga recompensa", dice en la hoja diaria, donde también aparece: "mi mayor felicidad es llegar a decirle a mis padres, sobre todo a mi mamá: aquí está todo lo que necesitan, me lo gané trabajando".

En él existe una necesidad de cumplir sus responsabilidades con la familia, aún en detrimento de satisfacer las suyas propias: "para mi el presente ha sido de limitaciones, pensando en las personas que quiero, si quiero ir a la playa y pienso que a mi madre o a mi hijo, le falta algo, prefiero no ir a ningún lugar".

Al analizar los conflictos cotidianos a los que está expuesto encontramos su condición de albergado, el transporte y su preocupación constante por el hijo: “busco soluciones, sobre todo a las cosas de mi hijo”.

Por otra parte sus elevadas expectativas en las relaciones interpersonales, le ha propiciado momentos de frustración, sobre todo en la vida de pareja. Dice en su hoja de vida: “exijo más de lo que pueden darme”, desarrollando para esto afrontamientos positivos, pues dice en la entrevista que lucha porque su pareja aprenda a ser como él.

Resumiendo este caso, las características del estilo de vida son las siguientes: Estilo de vida estructuralmente estrecho, con orientación temporal hacia el futuro y la autorrealización centrada en el contexto profesional como medio de satisfacer necesidades familiares.

Entendemos que no desarrolla la enfermedad porque: Teniendo un estilo de vida estructuralmente estrecho, su orientación hacia el futuro, así como el recurrente empleo de afrontamientos positivos, le permiten compensar las situaciones negativas y angustiantes, que emergen de su esfera familiar, contexto muy significativo para él.

En este caso existe también vulnerabilidad ante la enfermedad, la que esta dada por: continuos comportamientos restrictivos, generalmente en aspectos que podrían satisfacer necesidades personales, así como el aislamiento en las relaciones interpersonales y las elevadas expectativas que ellas se traza, en combinación con su pobre cuidado de la salud, puede potenciar el impacto de amenazas a sus contextos significativos (profesión y familia).

Al comparar este caso con los anteriores y con la hipótesis formulada, no encontramos aspectos comunes, ni en los constituyentes estructurales del estilo de vida, ni con las fuentes de autorrealización. Su orientación temporal es hacia el futuro y tiene un marcado abandono del rol personal.

Interpretamos que el mantenimiento de su salud descansa en la alta realización profesional que ha alcanzado, así como su visión de futuro, coherente con sus posibilidades de afrontar positivamente los conflictos en el presente.

Llegado este punto, de comparar las configuraciones comportamentales de sujetos hipertensos y sanos, vemos que prácticamente en todos los casos de sujetos sanos encontramos elementos que potencialmente pueden convertirse en riesgo para la salud, en tanto así funcionan en los sujetos enfermos, a esto le llamamos las **“paradojas de salud”** y responden a la propia concepción de la configuración, donde un mismo elemento, puede formar parte de configuraciones de significación diferente para los sujetos.

Pasamos a compara el caso siguiente:

### **L.P.G**

Sujeto femenino, de 34 años de edad, una hija, Licenciada en Enfermería.

Se corroboró la ausencia de enfermedades en el momento del examen, así como de factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial.

El sistema de roles en este caso es estrecho, predominando los de madre y trabajadora. En la hoja de vida aparece una amplia referencia al rol de trabajadora: “cogí enfermería y me fue gustando (...) me fue bien como trabajadora (...) yo no dejé de trabajar porque ya había comenzado la licenciatura”.

En la hoja diaria, la mayor cantidad de actividades que emergen, están asociadas al rol de madre. Hay una breve referencia a los roles de hija y pareja y no aparecen roles sociales.

El sistema de actividades es estrecho, con predominio del nivel funcional, aspecto obtenido a través del cuestionario descriptivo del estilo de vida y constatado en la hoja diaria, donde puede leerse entre las actividades funcionales: “levantar a la niña, preparar el desayuno (...) llevarla a la escuela (...) trabajar de 8 a 4 (...) supervisar “. Expresa comportamientos orientados al cuidado personal. Según el cuestionario del estilo de vida: cuidar la apariencia física y personal, vestir a la moda, chequear periódicamente su salud.

El sistema comunicativo se caracteriza por ser estrecho, dato obtenido consistentemente en las técnicas aplicadas, orientado hacia el contexto familiar y laboral. Llama la atención en este sujeto su sensibilidad en las relaciones interpersonales. Ella expresa su necesidad de un clima sociopsicológico positivo a su alrededor: “me disgusté con los cirujanos porque maltrataban a los demás (...) me gusta ese trabajo, pero no el ambiente del salón”.

La orientación temporal resultó ser consistentemente hacia el futuro, así se reveló en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y en el anecdotario, cuya temporalidad se ubica hacia el pasado reciente, expresando una valencia afectiva positiva.

La autorrealización es eminentemente apropiativa hacia las esferas del arte y la información. Logra satisfacciones en el contexto laboral: "ahora en el departamento epidemiológico he aprendido mucho porque es una cosa nueva para mí" se lee en su hoja de vida, donde también aparece el contexto familiar como fuente de gratificaciones: "en el 96 parí, eso fue muy importante para mí muy bonito, lo mejor que me ha sucedido".

Es en la esfera familiar donde ha empleado afrontamientos positivos como la búsqueda activa de la pareja en la juventud, hecho narrado en la primera de sus anécdotas. Sin embargo, en el contexto laboral, aparece la evasión como afrontamiento a una situación de conflicto. Dicen en su hoja de vida: "me gustaba el trabajo, pero decidí no seguir allí, había salido del Lenin por eso y no iba aguantar lo mismo aquí".

Otra de las situaciones que generó gran estrés fue el nacimiento de su hija, en la tercera de las anécdotas relata: "la tensión me hacía hacer cosas ilógicas".

En la actualidad, de forma cotidiana está expuesta al problema del transporte, lo que actúa como una fuente generadora de estrés. En la hoja diaria escribe: "salimos para el trabajo corriendo para ver qué cojo para llevar la niña a la escuela y llegar temprano al trabajo" y luego: "otra vez el transporte".

A manera de resumen podemos decir que el estilo de vida de este sujeto se caracteriza por ser estructuralmente estrecho, con orientación temporal hacia el futuro y autorrealización orientada a la apropiación de los contenidos artísticos y la información, obteniendo gratificaciones en los contextos laboral y familiar.

En este caso hay un mantenimiento de la salud en base al equilibrio que se logra en sus contextos significativo (laboral y familiar), cuestión que se consolida a través de su fuerte orientación hacia el futuro y se complementa con la presencia de comportamientos orientados a su cuidado personal.

Su vulnerabilidad ante la enfermedad radica en el contexto laboral, donde el surgimiento de una amenaza a la necesidad de un ambiente sociopsicológico adecuado, puede ser un evento que ponga en riesgo su salud.

En este sujeto aparecen aspectos comunes con el caso anterior: ambos presentan un estilo de vida estructuralmente estrecho, con dos contextos significativos y orientación temporal hacia el futuro. No presentan conflictos o situaciones que amenacen dichos contextos.

Con respecto al rol personal, al comparar, apreciamos que su participación indistintamente es como riesgo y como protección a la salud. El abandono del rol personal, que incluye la falta de satisfacción de necesidades personales pone al sujeto en situación vulnerable de enfermar. Normalmente el cuidado del rol personal no es percibido como un a forma de autorrealización personal, sin embargo actúa como protección al facilitar la percepción de plenitud y satisfacción con la vida.

De esto enunciamos la cuarta hipótesis de configuración de protección a la salud.

**Los sujetos sanos presentan un estilo de vida estructuralmente estrecho, orientación temporal hacia el futuro y la ausencia de conflictos que amenacen el equilibrio alcanzado en los contextos relevantes, de los cuales se logra una amplia autorrealización. En ellos aparecen comportamientos de autocuidado del rol personal, aunque no siempre exista el cuidado de la salud.**

En los sujetos sanos, sin factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial existió la tendencia presentar un estilo de vida estructuralmente amplio, con autorrealización pobre y no encontramos ningún sujeto con orientación temporal hacia el pasado, lo que se corresponde con los resultados de I. Mayo (35) (anexo # 6)

En estos sujetos igualmente se expresaron conflictos, pero más centrados en lo cotidiano, lo que es una diferencia con respecto a los grupos de sujetos enfermos, en los que los conflictos se mezclan entre los cotidianos y los ya pasados, pero significativos para ellos.

Con respecto al cuidado de la salud, sólo pudimos apreciarla en un sujeto de este grupo, por lo que pensamos que el tema de la salud, no es una pauta de comportamiento en sujetos sanos, teniendo mayor influencia los demás aspectos del estilo de vida en el mantenimiento saludable del individuo.

Elaboradas las hipótesis que explican el mantenimiento de la salud en el grupo de sujetos sanos sin factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, pasamos a analizar los sujetos sanos, pero expuestos a riesgos de hipertensión. Esperamos que en este caso se cumplieran las hipótesis formuladas para la protección a la salud.

Comenzamos por el caso: **S.A.B**

Sujeto femenino de 35 años de edad, casada, un hijo, actualmente Técnica de la Salud.

Fue considerada como sana en el momento de este estudio, constatándose los siguientes factores de riesgo asociados a la hipertensión:

- Antecedentes patológicos familiares: madre hipertensa
- Obesidad
- Ingestión abundante de grasas

En el cuestionario descriptivo del estilo de vida se obtiene que el sistema de roles es estrecho, predominando el contexto familiar en los roles de madre y esposa. Esto se verificó a través de las restantes técnicas. En la hoja de vida aparece también el contexto laboral como significativo para ellas: "...he tenido muy buenos resultados en el trabajo", analizando esta técnica, vemos que la connotación del rol laboral deviene por la desvinculación del estudio del trabajo por tiempo prolongado, tiempo en el que reorienta su vida hacia el marco familiar, comenzar a trabajar, entonces se vuelve importante: "Estuve mucho tiempo sin estudiar, me casé y tuve mi niño, me dediqué a mi esposo y a él, comenzar a trabajar ha sido muy importante para mí".

A través del cuestionario pudimos apreciar su desempeño en el contexto familiar, mediante argumentos simples. La primera de las anécdotas se refiere a la solución dada a una situación hogareña, en este caso la rotura de la lavadora. En la tercera, aunque acontece dentro de los marcos laborales, denota su preocupación por la salud de su tía.

Al analizar la hoja diaria encontramos que realiza una gran cantidad de actividades relacionadas con la familia. Al describir su día nos recuerda a una ama de casa, salvo por la acotación: "... salgo para el trabajo, a las 8AM es mi horario de entrada, hago mi función en el departamento. Salgo a las 4:30PM", sin embargo en el contexto laboral, ha llegado a ser seleccionada "Mejor Trabajadora", según cuenta en su hoja de vida.

De manera consistente, mediante las técnicas aplicadas constatamos que el sistema de actividades es estrecho, predominando las de nivel funcional. En la hoja diaria puede leerse: "...voy al baño (...) enciendo el fogón, preparo el agua para fregar (...) tiendo la cama (...) les preparo agua caliente para que se bañen...". En la primera de las anécdotas se lee: "...saqué todas las ropas, le saqué el agua, la revisé...". En la hoja de vida: "cumpló con todas las tareas (...) he participado en movilizaciones". Como se ve priman actividades del contexto familiar, en el cuestionario descriptivo del estilo de vida además encontramos que se preocupa por su salud: se chequea periódicamente, hace dieta.

El sistema comunicativo en este caso se caracterizó como estrecho, lo cual se obtuvo consistentemente en las técnicas aplicadas. Aparece de manera explícita en la relación de pareja: "...me pongo a ver TV y converso con mi esposo" y con los compañeros de trabajo: "...hablé con la doctora..." cuenta en su tercera anécdota. En la hoja de vida aparece: "...he sido muy buena compañera".

Inicialmente, en el cuestionario descriptivo del estilo de vida, la orientación temporal de SAB se expresó hacia el futuro, sin embargo no obtuvimos evidencias de esta orientación en las demás técnicas. Las anécdotas están referidas a hechos del presente o pasado inmediato, en la hoja de vida no aparecen aspiraciones de futuro, tampoco en la hoja diaria, lo que nos conduce a pensar en su presentismo. Durante la aplicación del cuestionario, nos comentó que del pasado ya no hay que preocuparse, de esta forma definimos su orientación temporal hacia el presente.

Con respecto a la autorrealización, existe una orientación hacia la apropiación en las esferas del arte, la información y sociopolíticas (cuestionario descriptivo del estilo de vida). Las principales fuentes de

satisfacción provienen del contexto familiar, donde refiere eventos como el matrimonio y el nacimiento del hijo y del contexto laboral la selección de mejor trabajadora y la propuesta como militante del PCC.

No expresa conflictos actuales y a través de las anécdotas apreciamos el desarrollo de recurrentes afrontamientos activos ante situaciones cotidianas, que le permiten no sólo solucionar, a nivel funcional, los contratiempos sino obtener gratificaciones personales. En la segunda anécdota cuenta cómo satisfizo su deseo de tener un perro mediante la búsqueda activa de los medios para lograrlo.

En resumen el estilo de vida de SAB es estructuralmente estrecho, predominando el nivel funcional de actividades, con orientación temporal hacia el presente y autorrealización proveniente de los contextos familia y trabajo.

En este caso, su estilo de vida a pesar de ser estructuralmente estrecho, le permite proteger su salud pues el equilibrio que se alcanza entre el nivel funcional de su sistema de actividades y la naturaleza funcional de su puesto de trabajo, genera afrontamientos también funcionales proporcionándole satisfacción y amplia autorrealización en los contextos relevantes: trabajo y familia.

También se protege con el autocuidado personal, lo que incluye la satisfacción de necesidades personales y el cuidado de la salud.

La vulnerabilidad ante la enfermedad descansa también en la estructura estrecha de su estilo de vida con el predominio del nivel funcional del sistema de actividades. Una situación percibida como amenazante en uno de sus contextos relevantes, que requieran de afrontamientos que rebasen el nivel funcional, podrían condicionar la aparición de la enfermedad.

En este caso se cumple la cuarta hipótesis, aunque no hay coincidencia con respecto a la orientación temporal; sin embargo, en el caso de este sujeto, el presentismo, combinado con el nivel funcional predominante en su sistema de actividades, le facilita mantener la estabilidad en sus contextos relevantes, pues los afrontamientos descansan en ello, esto es similar al papel que juega la orientación hacia el futuro, dentro de la hipótesis planteada.

Pasamos a comparar el siguiente caso:

### **S.L.P**

Sujeto masculino de 36 años de edad, casado, un hijo y de profesión médico. Se desempeña como cuadro de dirección en el Hospital.

Entre los factores de riesgo para la hipertensión arterial, en su caso encontramos:

- Antecedentes patológicos familiares (padre hipertenso)
- Fumador
- Bebedor social
- Sobrepeso

En el análisis de este caso encontramos que el sistema de roles fue caracterizado como estrecho, dado por el carácter jerárquico de su rol profesional y la participación secundaria de los roles familiares (padre, hijo, hermano).

Durante el análisis de las diversas técnicas aplicadas, pudimos corroborar lo anterior. Al responder el cuestionario descriptivo del estilo de vida, este arroja el predominio del contexto familiar sobre el profesional, sin embargo en su hoja de vida aparecen múltiples datos biográficos, relacionados con sus éxitos estudiantiles y su profesión, incluyendo su desempeño como directivo en diversas ocasiones: "Ingreso a la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, donde siempre fui buen estudiante, disciplinado, formé parte del consejo de la FEU (...)En los 13 años de graduado he desempeñado múltiples cargos: Director de Policlínico, Vicedirector de Docencia, Jefe de Grupo Básico de Trabajo de MGI, Jefe de Sala..."Esto nos trasmite la idea de la relevancia de su rol profesional y cómo éste le ha permitido obtener reconocimiento por su calidad, lo que hace pensar en que este es una forma de cumplir sus expectativas. El contexto familiar aparece rezagadamente, sobre todo por su fuerte orientación a la búsqueda de reconocimiento social.

En la propia hoja de vida, a pesar de estar referido el tema de la familia, es abordado someramente: "En 1991 nace mi hijo, hoy tiene 12 años" y "Buenas relaciones familiares".

La formalidad con que está realizada la hoja de vida, recuerda fielmente una autobiografía solicitada por alguna institución. La superficialidad del tema familiar, aún cuando en el cuestionario había sido declarado como importante, nos sugirió dos ideas al respecto:

- SLP no había comprendido la tarea de escribir su hoja de vida, lo cual descartamos al preguntarle nuevamente qué debía responder en esta técnica y el responder correctamente.
- Existen conflictos en su rol familiar que hacen que este emerja débilmente durante el estudio.

Para verificar este último supuesto, constatamos que en el anecdotario, la anécdota referida al nacimiento de su hijo (segunda anécdota) es breve y redactada de manera general, aunque denota una relación afectiva, da la idea de insatisfacción en este aspecto: "...y quererlo como se merece"

En la hoja de vida hace referencia a la familia en términos generales, relacionado con los conflictos cotidianos "...salgo a resolver cualquier problema personal, familiar, de amistad o de algún paciente"

El rol de esposo, ha estado ausente en todas las técnicas realizadas. Durante una entrevista para esclarecer este tema SLP nos dice: "... no es que yo no valore a la familia, a mi esposa, mi hijo, todo lo contrario, yo pienso que en la medida en que soy mejor médico, también soy mejor padre y esposo; aunque es cierto que si tengo un compromiso de trabajo, lo de ellos se queda atrás" y en otro momento: "...mis padres viven en la casa de abajo y eso es de gran ayuda pues cuando yo no puedo, ellos son los que me resuelven mis líos, atienden a mi casa, buscan comida..."

Como se aprecia, sus responsabilidades del hogar es compartida y por lo tanto, le permite cierta flexibilidad en este aspecto.

Con respecto a su esposa, SLP refiere: "...a ella le gusta que yo quede bien en mi trabajo, con mis paciente, pero a veces no entiende que yo llegue tarde a la casa, o deje de resolver algún problema, se molesta cuando es mi papá o mi hermano quienes suben la comida de la semana, o arreglan algo de mi casa (...) si cuando salgo me brindan un trago, ya sé que hay peleadera por un buen rato"

Al preguntarle si esto a él no le preocupaba, él dice: "...a ella siempre termina pasándosele (...) pienso que debo dedicarle más tiempo a mi hijo, compartir más con él, porque es la madre la que se encarga de casi todo"

Dice que él siempre tiene muchos compromisos, en ocasiones mantiene la amistad con pacientes y éstos lo buscan lo mismo para que los atienda como para visitarlos.

Después de esta entrevista nos pareció claro que lo que representa un conflicto para la esposa no lo es para él, sobre todo porque esto no pone en crisis al matrimonio, sin embargo no funciona bien. Siendo un sujeto con una actividad laboral reconocida, tiende a enmascarar aquellos aspectos de su vida en los que tiene menos éxito, afloran además elementos que hacen pensar en posiciones machistas.

Marcado por la estrechez en el sistema de roles, el sistema de actividades tiene igual característica, predominando actividades de tipo funcional.

La comunicación en SLP nunca fue expresada en forma explícita, en su hoja diaria puede leerse: "...regresar a la casa, estar con mi familia". Fue caracterizada como amplia atendiendo a las relaciones interpersonales diversas expresadas anteriormente.

Con respecto a la orientación temporal, consistentemente SLP la expresa hacia el futuro en todas las técnicas aplicadas, durante una entrevista nos dice: "...hay que echar siempre pa'lante..." Otro elemento aportado al respecto está en el anecdotario, donde las tres anécdotas están ubicadas en el pasado reciente, de valencia afectiva positiva, lo que nos da la idea de metas logradas y futuras.

La principal fuente de autorrealización emerge de la esfera profesional, es en ella que ha obtenido sus mayores logros y en la que deposita, sus más elevadas expectativas. En la tercera anécdota expresa: "...prestar colaboración en otro país pues conoceré otra cultura, otras enfermedades (...) que me ayudarán a incrementar mis conocimientos y experiencia profesional."

Es de señalar que el sujeto no hace referencia en todo el estudio a situaciones de conflictos sentidas por él, por lo que los afrontamientos fueron escasamente tratados, en este sentido su visión de futuro es un recurso efectivo para afrontar las situaciones cotidianas.

Consideramos que SLP asume comportamientos que lo protegen de enfermar:

El papel jerárquico del contexto profesional como principal fuente de gratificaciones y expectativas positivas, así como la ausencia de conflictos en ella es un elemento definitorio de la estabilidad percibida por él, lo que se consolida a través de su orientación hacia el futuro.

Sin embargo, el estilo de vida de SLP también tiene características que potencialmente pueden convertirse en un riesgo a la salud:

Siendo el contexto profesional lo más importante, existe en él un descuido de la salud. El surgimiento de un conflicto que amenace la esfera laboral, carecería de compensaciones provenientes de otros contextos relevantes, lo que potencialmente puede incrementar el riesgo de enfermar.

Para este sujeto se corrobora la cuarta hipótesis formulada.

Realizamos comparaciones con el siguiente caso:

### **L.E.T**

Sujeto femenino de 37 años, divorciada, un hijo, Técnica.

Sana en el momento del estudio, entre los factores de riesgo encontrados en su caso se observaron:

- Antecedentes patológicos familiares: madre hipertensa
- Sobrepeso corporal
- Cifra elevada de colesterol en sangre

El sistema de roles fue caracterizado como amplio, predominando el contexto familiar. Por ejemplo, en el cuestionario descriptivo del estilo de vida, aparecen los roles de madre, pareja y trabajadora; en la hoja de vida afloran los de estudiante, hija, hermana, pareja, madre y trabajadora. En el anecdotario, aparecen los de estudiante, personal y pareja, de lo que entendimos que los roles jerárquicos para ELT son los de madre y trabajadora.

El sistema de actividades es amplio, predominando las actividades de nivel funcional, sobre todo asociadas al contexto del hogar, ejemplo: "preparar el desayuno, arreglar las camas, fregar..." y de nivel sociopsicológicas, presentes tanto en el hogar como en el trabajo: "llego al Departamento, saludo a todo el mundo (...) repaso con el niño lo realizado en el día".

En la hoja diaria constatamos la amplitud del sistema de actividades ya que relata actividades de distintos niveles. En el nivel espiritual encontramos: "rezar, escuchar música, leer, ver TV", en las de nivel psicosomáticos se relacionan el aseo diario, la alimentación el dormir. En este aspecto nos llama la atención cómo la realización de actividades de nivel espiritual, orientadas a su crecimiento y equilibrio personal, sin embargo no genera comportamientos orientados al cuidado de la salud. En el cuestionario descriptivo del estilo de vida revela que no hace descanso activo, no chequea su salud y no realiza ejercicios físicos.

Ella cataloga su vida como monótona, repetitiva. En la entrevista dice: "Me cuesta romper lo que hago todo los días, es como un día repetido siempre"

Encontramos en ELT un sistema comunicativo amplio, así lo constatamos en el cuestionario descriptivo del estilo de vida y en la hoja diaria, donde sus contactos aparecen centrados en los contextos familiar y laboral: "Converso sobre algunas cosas del día" (se refiere al hijo, en la hoja diaria) y en la entrevista: "Me gusta llevarme bien con todo el mundo (...) Me gusta contar todos mis problemas a mi gente, dependo de la comunicación."

Para ella es importante que las personas a su alrededor la valoren positivamente. En la tercera de sus anécdotas dice: "Trataré de evitarle lo que yo viví a cualquier persona".

La orientación temporal se revela hacia el futuro en el cuestionario descriptivo del estilo de vida, sin embargo, no logramos obtener evidencias de esto en las demás técnicas. Descartamos la orientación al pasado, pues a pesar de vivir eventos vitales negativos, ella logra hacer una lectura positiva de los mismos. En la entrevista afirma: "...ahora estoy más plena, antes era mas feliz, pero ahora vivo mejor conmigo misma". De lo cual asumimos su orientación hacia el presente.

La autorrealización en este caso es amplia, con predominio de la apropiación orientada hacia la esfera del arte, la información y las relaciones interpersonales (cuestionario descriptivo del estilo de vida). La principal fuente de gratificación personal radica en los contextos familiar y personal, refiriendo eventos vitales positivos asociados a los roles de pareja y madre; también en este contexto desencadena afrontamientos positivos

ante conflictos de gran trascendencia negativa para ella, como el divorcio y la pérdida del trabajo ocurridos en el pasado reciente.

Los afrontamientos desarrollados de búsqueda de soluciones y activación de sus recursos personales ante situaciones límites, le han permitido restablecer el contexto familiar como fuente de realización personal. En la tercera anécdota escribe: "La necesidad me obligó a encontrar soluciones (...) ahora me veían como fuerte, capaz de defenderme por mi misma. Me busqué muy a fondo todas mis posibilidades (...) en vez de enfermar, mejoré. Soy mejor persona".

El principal conflicto desestructurante de su estilo de vida es el divorcio reciente que desencadenó un conjunto de eventos vitales negativos como el rechazo de su familia, el litigio legal, la agresión a su integridad moral y la pérdida del vínculo laboral.

En la actualidad está sometida a conflictos cotidianos como el transporte para llegar al Hospital y la preocupación por el hijo. En la hoja diaria dice: "laboro mis ocho horas y en ocasiones hasta doce y no más por la preocupación de la casa por el desenvolvimiento solo del niño".

Resumiendo, el estilo de vida de ELT es estructuralmente amplio, se caracteriza por tener un sistema de roles, de comunicación y de actividades amplios, predominando las de nivel funcional y sociopsicológicas. Orientación temporal hacia el presente y autorrealización amplia orientada hacia el contexto familiar y personal.

En este caso, pensamos que el comportamiento que protege a ELT de enfermar radica en: desarrollar afrontamientos activos y enriquecedores de su personalidad ante conflictos de elevado potencial estresor, que le ha permitido no quedar anclada en el pasado y convertirlos en fuente de satisfacción personal.

Su sistema de actividades amplio y equilibrado incluye actividades orientadas a su crecimiento y equilibrio personal, sobre todo a nivel espiritual, lo que también es una oportunidad para su salud.

La vulnerabilidad a la enfermedad en ELT radica en el abandono de su salud por falta de autocuidados como: no descanso activo, no realización de ejercicios físicos, no cuidado de la dieta, no chequeo de su salud.

Como pudo apreciarse en este sujeto aparece una alta autorrealización consigo misma, lo que ha logrado que los conflictos en el contexto dominante no desequilibren su vida, desarrollando afrontamientos activos y positivos que consolidan su resistencia ante los conflictos y esto protege su salud.

Con estos elementos se cumple la tercera hipótesis formulada.

Pasamos a comparar el sujeto siguiente:

## **R.O.S**

Sujeto femenino de 39 años de edad, casada, dos hijos, Técnico Medio.

En el momento del estudio se tomó como sujeto sana, encontrándose los siguientes factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial:

- Antecedentes patológicos familiares: madre hipertensa
- Sobrepeso corporal
- Ingestión abundante de sal y grasas

El cuestionario descriptivo del estilo de vida arrojó que los roles predominantes, se concentran en el contexto familiar (hija, madre, esposa). La información aportada por las demás técnicas permitió precisar este resultado.

En la hoja de vida se puede apreciar que en su infancia los roles de hija y nieta, fueron fuentes de emociones y vivencias positivas: "...viví con mis padres y abuela, rodeada de familia con mucho afecto y sobreprotegida por todo el mundo (...) paseábamos mucho". Sin embargo en la juventud estos roles se asocian a eventos negativos: "la casa donde vivía se quemó, esto trajo problemas familiares, disgusto entre mis padres. Nos fuimos a vivir con mi abuela (...)". Su padre enferma y fallece y su abuela con quien se sentí muy identificada, fallece poco tiempo después.

En el anecdotario, las tres anécdotas están referidas al contexto familiar. En la tercera refiriéndose al hecho de vivir independiente por primera vez, dice: "Nos sentimos en el paraíso (..) nos dimos cuenta que no

teníamos ni un radio, pero era tanta la tranquilidad, que no habíamos echado de menos a otras comodidades”.

En la hoja diaria priman en número las actividades vinculadas al funcionamiento familiar.

Es común en todas las técnicas aplicadas, la ausencia de roles y actividades vinculados al aspecto social, incluso, la expresión del rol laboral es muy escasa, lo que probablemente responda a su falta de motivación por la actividad que realiza. En la hoja diaria dice: “...salgo para el trabajo tarde pero sin mucho apuro (...) cuando llego al trabajo hago lo mismo de todos los días con calma...”

Como se aprecia el sistema de roles es estrecho.

Al analizar el sistema de actividades, por una parte obtenemos en el cuestionario descriptivo del estilo de vida que predominan los niveles funcional y sociopsicológico. Al integrar el resto de las técnicas, prevalecen las funcionales, circunscritas al contexto familiar. En la hoja diaria se refiere a: fregar, prepara merienda almuerzo, lavar, arreglar camas, limpiar la casa, atender la hijo pequeño, entre otras. No afloran actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud, ni al cuidado de su apariencia física, en general no emergieron elementos para suponer comportamientos encaminados a la satisfacción de sus necesidades personales. Al profundizar en la entrevista ella dice: “...la salud en general no me preocupa, soy descuidada para hacer tratamientos, los olvido y para más me da miedo hacerme un chequeo y que me encuentren algo, prefiero no preocuparme por eso (...) cuando jovencita quería hacer dieta y ejercicios para mantenerme delgada porque siempre fui mas gorda que las demás, pero yo no tengo fuerza de voluntad para eso, además la casa no me deja tiempo”.

Existe un predominio marcado del descanso pasivo. En la hoja diaria se lee: “...cuando llego del trabajo (...) me siento en un balance sola o a conversar con mi esposo (...) me cuesta trabajo meterme a la cocina, hasta ese tiempo si puedo, me tiro a la cama...”.

En cuanto a la comunicación en el ámbito familiar se expresa en vínculo con las actividades cotidianas. Ella mantiene buenas relaciones interpersonales en el trabajo y en su barrio, dice sentir satisfacción al ayudar a las demás personas; cuestión que es parte del contenido de su rol laboral.

Mediante el cuestionario descriptivo del estilo de vida se obtiene una orientación temporal hacia el futuro, sin embargo, las evidencias encontradas en las restantes técnicas, no avalan estos datos. En la hoja de vida, la etapa mas recreada es la niñez (pasado remoto), prácticamente no hay elaboración de hechos recientes, ella concluye diciendo: “hasta que me fui a vivir sola, empezando una nueva etapa de mi vida, actualmente trabajo y tengo dos hijos.”

Tanto en el anecdotario como en la hoja diaria, están ausentes los comportamientos orientados hacia el futuro, prevaleciendo aquellos de ejecución inmediata, lo que caracteriza más a la orientación temporal hacia el presente.

Al profundizar sobre este tema en una entrevista ella nos dice: “...a mi el futuro siempre me preocupa, pienso en el, cómo serán mis hijos, cómo será nuestra vida, si mi hijo mayor podrá ser universitario y estudiar lo que el quiere, si mejorará la situación y tendremos menos escasez, eso nos haría la vida más llevadera...”. Al preguntarle si hace planes dice: “...a veces hago planes, pero no siempre se me cumplen, no todo depende de uno, es difícil planificar lo que va a pasar más adelante...”. Al analizar esta entrevista, comprendimos que su orientación temporal es hacia el presente, pues el futuro se convierte en una ideación que no trasciende hasta el comportamiento.

En cuanto a la autorrealización, según el cuestionario descriptivo del estilo de vida, está orientada a la apropiación de carácter pasivo de los contenidos artísticos y del ámbito familiar. Este comportamiento que permite apreciarla pobreza de sus intereses, es una evidencia de las limitadas posibilidades de enriquecimiento personal que tiene ROS, lo que puede convertirse en un riesgo, si tenemos en cuenta que las satisfacciones de su vida de su vida emanan únicamente de su contexto familiar, por lo que los conflictos que en él se generan, no se compensan con gratificaciones provenientes de otros contextos.

Es en el contexto familiar donde se revelan afrontamientos positivos de logro de metas, asociados a la preparación del hijo para el ingreso a la Vocacional, narrado en su primera anécdota.

Resulta interesante la forma pasiva y evasiva de la que se valió para abandonar los estudios universitarios. Dice la respecto en su hoja de vida: “...me enfermé, lo que me alegró, pues no me gustaba. Me dieron una licencia para incorporarme al año pero no seguí”.

El estilo de vida de ROS es estructuralmente estrecho, con el predominio de actividades funcionales; orientación temporal hacia el presente y autorrealización centrada en el ámbito familiar.

ROS no es portadora de la enfermedad porque los afrontamientos pasivos y evasivos, propios de personas inmaduras, desarrollados para anular los conflictos y situaciones de estrés en otros contextos no relevantes para ella, le permite concentrarse en el contexto familiar, de donde obtiene sus principales gratificaciones.

Su nivel funcional en el sistema de actividades le permite mantener estable el contexto familiar.

La vulnerabilidad ante la enfermedad en este caso se relaciona con un estilo de vida estructuralmente estrecho centrado a un solo contexto: el familiar, por lo que no hay compensaciones provenientes de otros ámbitos. El abandono del rol personal, así como su orientación temporal hacia el presente, limitan el cuidado de su salud.

Al analizar este caso resultó interesante comprender sobre qué bases descansa la protección a la salud.

La configuración comportamental no era comparable a las hipótesis desarrolladas y corroboradas en los sujetos anteriores. Esta sujeto despliega una anulación de las fuentes generadoras de estrés en su vida, logrando, con su nivel funcional de actividad, mantener estable su único contexto relevante (familiar). No hay comportamientos orientados al cuidado del rol personal.

Llevamos a comparación con las hipótesis formuladas para los sujetos hipertensos, coincidiendo en todos los aspectos salvo en la ausencia de situaciones de amenaza al contexto relevante.

Esto nos condujo a pensar que el caso de ROS es un buen ejemplo para comprender que en un sujeto pueden aparecer las configuraciones de riesgo para enfermar y no desarrollar ninguna enfermedad, en primer término porque no hay amenazas a su contexto relevante y en segundo porque si las amenazas que surgen no plantean un nivel de ejecución de afrontamientos superior a los recursos del sujeto, se mantiene la estabilidad en el contexto relevante y se protege a la salud. En este caso este sujeto está en una situación más vulnerable de enfermar, por lo que sería interesante seguir el caso en el tiempo para conocer si llega a enfermar bajo las condiciones descritas, o no.

Comparamos el último sujeto:

### **S.A.R**

Sujeto femenino de 36 años, casada, sin hijos. Técnica de la salud.

Fue considerada sana encontrándose los siguientes factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial:

- Antecedentes patológicos personales: madre hipertensa
- Hábito de fumar
- Sobrepeso corporal
- Ingestión excesiva de grasas.

Según el cuestionario descriptivo del estilo de vida, el sistema de roles de la sujeto es estrecho, cuestión que no pudo corroborarse en las demás técnicas. En la hoja de vida aparecen roles como estudiante, dirigente, militante, trabajadora, docente, dirigente (administrativa y política), vecina, cederista y federada. En el anecdotario emergen los roles de tía, personal y dirigente. En la hoja diaria: personal, madre, trabajadora, dirigente y esposa. Puede verse que desempeña un gran número de roles, de diversos tipos, por lo que consideramos el sistema de roles amplio con predominio del contexto laboral y su rol de dirigente, al respecto, en su hoja de vida dice: "Soy dirigente de los técnicos y lo realizo con la mayor dedicación, exigencia y respeto a mis trabajadores".

El sistema de actividades de SAR es estrecho, lo que se evidenció consistentemente mediante todas las técnicas, predominando el nivel funcional en su realización. La mayor cantidad de actividades está concentrada en los contextos familiar y laboral.

En su hoja diaria puede leerse: "En el puesto de trabajo dirijo, atiendo pacientes, familiares, realizo trabajo en el puesto de siembra de muestras, tomo muestras, arreglo los departamentos..." y más adelante: "(...) barro, sacudo, hago la comida, ..." En el cuestionario descriptivo del estilo de vida se revela que SAR no se orienta hacia el cuidado de la salud, no se chequea periódicamente su salud, no hace descanso activo, prefiere el descanso pasivo, no realiza ejercicios físicos, a pesar de su sobrepeso, no cuida de la dieta; apreciamos que la salud, solo se torna importante cuando tiene algún problema relacionado con ella, como cuando le dio positiva una prueba citológica (posteriormente se conoció que fue un error), cuestión que narra en la segunda de sus anécdotas: "...fueron unos días terribles...".

El sistema comunicativo de SAR, según el cuestionario descriptivo del estilo de vida, resultó estrecho, sin embargo, al integrar los datos obtenidos en las técnicas restantes, lo constatamos como amplio, centrado en los contextos familiar y laboral, lo cual se expresó de modo implícito. Esto puede estar asociado a cierta superficialidad de los contactos, orientados siempre al nivel funcional de sus contenidos. En la hoja de vida se lee: "...mantuve buenas relaciones humanas" (se refiere a sus compañeros de estudio), más adelante: "tengo buenas relaciones con mis vecinos".

En la hoja diaria aparece: "...atiendo a paciente familiares (...) distribuyo el trabajo diario de los técnicos" y después: "...llego primero a casa de mis padres (...) veo TV con mi esposo". En el anecdotario señala "...cogí un teléfono y llamé a medio mundo".

La brevedad con que SAR expresa su relación con el esposo, nos sugirió la idea de conflictos subyacentes que afectan el matrimonio, durante la entrevista además de constatarlo, encontramos que existe fluidez en la comunicación de la pareja, al respecto dice: "...es bueno conmigo, nos comprendemos (...) me ha apoyado siempre".

La orientación temporal de SAR es hacia el presente, resultado obtenido consistentemente en las demás técnicas aplicadas. En la hoja de vida se observa una recreación en hechos actuales u ocurridos en el pasado inmediato, al igual que en el anecdotario.

En la autorrealización de este sujeto predomina la apropiación de los contenidos sociopolíticos. Para esta sujeto, la principal fuente de satisfacción proviene del contexto laboral, donde ha obtenido múltiples reconocimientos. En su hoja de vida se lee: "En mi puesto de trabajo he obtenido varios méritos como Sello Forjadores del Futuro por la UJC, cinco años Vanguardia Nacional, cuatro años Destacada Provincial (...) he sido seleccionada mejor trabajadora". También ha obtenido gratificaciones en el contexto familiar (nacimiento de los sobrinos) así como en la esfera sociopolítica.

SAR es muy activa, siendo esta la principal característica de sus afrontamientos, hace búsquedas activas para solucionar situaciones, como ilustra en la tercera anécdota: "no pude quedarme sin hacer nada". Es importante señalar que a partir de la información analizada, las soluciones y afrontamiento se realizan en un nivel funcional (como la solución dada en esta anécdota).

El conflicto actual más importante referido en la entrevista, es la relación de su esposo con la bebida, que requiere de otro nivel de solución más allá de lo funcional, por lo que no ha logrado resolverlo. Ello queda ilustrado cuando en la entrevista dice: "...yo soy fuerte, cuando me ve brava de verdad, enseguida se pone para las cosas. Los últimos problemas han sido por eso". Aunque hasta ahora logra cierto control del problema, por lo que no lo valora como algo amenazante para ella, si lo es para el matrimonio.

De manera cotidiana SAR, está expuesta a conflictos como el transporte y su escasa tolerancia al fracaso: "No me gusta que las cosas no me salgan como yo las planifico". Queda claro que la aparición de un problema de salud, se convierte también en una fuente generadora de estrés para esta sujeto.

En sentido general, el estilo de vida de SAR se caracteriza por ser estructuralmente amplio, con un amplio sistema de roles y de comunicación, estrecho sistema de actividades, con predominio del nivel funcional, tomándolo como estructuralmente amplio, orientación temporal al presente y autorrealización centrada en gratificaciones provenientes del contexto laboral.

SAR no desarrolla la enfermedad porque no percibe conflictos significativos en ninguno de los contextos de relevancia para ella (laboral y familiar), desarrollando afrontamientos positivos y activos que le han permitido mantener el control de la situación. Como resultado obtiene gratificaciones, principalmente en el contexto laboral, que contribuyen a su autorrealización personal, en tanto satisface necesidades de reconocimiento social.

Sin embargo, SAR presenta características del estilo de vida que pueden definir su vulnerabilidad a enfermar. El nivel funcional de su sistema de actividades y de sus afrontamientos característicos, pueden ser ineficaces ante amenazas que requieran de comportamientos de mayor complejidad, además, su escasa tolerancia a las frustraciones puede llegar a convertirse en una fuente generadora de estrés y propiciar la enfermedad.

El escaso autocuidado de la salud, así como la ausencia de satisfacciones personales pueden condicionar también la aparición de la enfermedad.

En este caso se corrobora la tercera hipótesis, aunque no se expresan comportamientos orientados al autocuidado del rol personal, sin embargo, los aspectos que nos impresionan esenciales para mantener la salud (ausencia de conflictos que amenacen el equilibrio de los contextos relevantes y específicamente en el contexto dominante, percepción de significativa autorrealización y manejo adecuado de los conflictos) se manifiestan claramente en este caso.

Este grupo de sujetos sanos, expuestos a factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, se caracterizó por la tendencia a presentar un estilo de vida estructuralmente estrecho, orientación temporal hacia el presente y pobre autorrealización. Los conflictos fueron abordados con menor importancia con respecto a los grupos restantes. (anexo # 5)

El autocuidado del rol personal, en ambas hipótesis puede aparecer o no y el sujeto continúa sano, de manera que resulta un elemento que apoya la protección a la salud, pero no la determina. Es evidente que aparece más frecuentemente en sujetos sanos que en enfermos y en los sanos que no se expresa, puede identificarse con mayor facilidad el incremento de la vulnerabilidad a enfermar.

Con la corroboración de las hipótesis planteadas, así como en sus elementos coincidentes, enunciaremos el siguiente concepto:

**Oportunidad de salud:** configuración comportamental que facilita el mantenimiento de la salud, basado en tres elementos esenciales: ausencia de conflictos en los contextos relevantes para el sujeto, particularmente en el dominante, elevada autorrealización y autocuidado del rol personal.

Las oportunidades de salud requieren ser profundizadas en estudios posteriores.

Haciendo una comparación entre todos los grupos (anexo # 7), apreciamos que los sujetos estudiados presentan mayormente un estilo de vida estructuralmente estrecho, siendo amplio solamente en el grupo de sujetos sanos y sin factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. La orientación temporal en los grupos extremos (1 Y 4), coincidentemente con lo conocido, no estuvo orientada al futuro en los enfermos, ni al pasado en los sanos. La autorrealización tendió significativamente a ser pobre, la mayoría de los sujetos estudiados obtienen las principales fuentes de autorrealización en a penas un contexto de la vida.

El tratamiento de los conflictos resultó más amplio entre los sujetos enfermos, a los que les afecta con mayor frecuencia los conflictos cotidianos y tienden a actualizar los ya pasados, esto fue descrito por F. González (24) y corroborado en nuestro estudio.

La vida cotidiana actual impacta en el estilo de vida, los resultados alcanzados evidencian que sujetos sanos, a diferencia de lo esperado según la bibliografía, revelan una tendencia de orientación temporal hacia el presente, al predominio de los roles familiares y a un "repliegue" del activismo social. Esto, al interactuar con otros elementos del estilo de vida, puede llegar a tener connotación de riesgo.

## **2. ALGUNAS REFLEXIONES TEÓRICAS SOBRE EL ESTUDIO DEL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS.**

El modelo de los constituyentes personológicos del estilo de vida de I. Mayo, permitió abordar a profundidad la relación del comportamiento individual con la hipertensión arterial, sin embargo, en el curso del análisis e integración de los casos se fueron perfilando algunas precisiones con respecto a ellos.

Los sujetos estudiados que en la etapa actual privilegian los roles sociales y laborales, ya desde la infancia y la adolescencia se va gestando con la referencia positiva a la vida estudiantil, por el contrario, los sujetos que privilegian los roles familiares y de pareja, en la niñez y adolescencia, recurrentemente, se nota la ausencia de los roles estudiantiles o dificultades en su desempeño, focalizando los roles de la familia.

Encontramos que en algunos sujetos, el elemento fundamental de las configuraciones que funcionan como protectoras de la salud, es precisamente el afrontamiento que se emplea, de modo análogo, en las configuraciones de riesgo de otros sujetos, el elemento rector lo constituyen los afrontamientos inadecuados.

Esto hace suponer, que en el estilo de vida actúa como constituyente funcional el estilo de afrontamiento, o sea, aquellos afrontamientos que de modo recurrente y estable son empleados por el sujeto en diferentes contextos y por tanto se convierten en un elemento distintivo de su conducta.

Los afrontamientos son comportamientos complejos que expresan la síntesis de la actividad y la comunicación características del sujeto, se realizan a través de ellas, por lo que permiten identificar al sujeto en su desempeño cotidiano. Están subjetivamente determinados por la personalidad y son una forma de manifestación de ella.

El afrontamiento inadecuado devenido estable en el comportamiento complejo de un sujeto es una forma de objetivizar su subjetividad, más propenso a la observación y descripción, el afrontamiento, aunque no se asocia de manera lineal con lo psicológico, sí puede considerarse una expresión de desorganización o falta de objetivos; lo que se señala con no poca frecuencia como característica psicológica de los hipertensos.

Son los afrontamientos que se pongan en práctica, de forma frecuente y reiterada, ante los conflictos que aparecen en la vida, los que acercan o alejan a los sujetos del control de la situación y las fuentes generadoras de estrés. De ahí que la relación que se establece entre el estilo de vida y el estrés no sea fortuita, la estructura del estilo de vida condiciona el despliegue de afrontamientos coherentes a ella y proporciona posibilidades al sujeto de atenuar las consecuencias de sus afrontamientos o por el contrario, de potenciarlas.

De esta forma, un sujeto que presente un estilo de vida estructuralmente amplio y maneje de manera adecuada para él sus conflictos y situaciones de estrés, tenderá a conservar su salud con mayor calidad que aquellos con un estilo de vida estructuralmente estrecho, e ineficaces afrontamientos ante conflictos que exijan mayor complejidad para solucionarlos. Es a lo que Arlene Oramas se refiere como estilo de vida potenciador de estrés. (20)

La orientación temporal, constituyente igualmente funcional del estilo de vida, se ha vinculado a sujetos sanos, sin embargo en nuestra investigación encontramos que tiene repercusión negativa para la salud en tanto plantea una contradicción al sujeto con respecto a su desempeño cotidiano, con esto nos referimos fundamentalmente a la orientación hacia el futuro. La visión de futuro en sujetos con estilo de vida estructuralmente estrecho, en los que el sistema de actividad se concrete a niveles funcionales de realización, a menudo no es suficiente para alcanzar las expectativas propuestas y con ello aparece más frecuentemente los estados de frustración e insatisfacción con la vida presente, sobre todo si además aparece una pobre autorrealización.

La autorrealización personal, constituyente funcional del estilo de vida, tiene un gran valor para el mantenimiento de la salud. Los sujetos capaces de sentirse plenos en algún contexto de su vida y obtener gratificaciones desde distintos roles, son más saludables que aquellos que condicionan la obtención de autorrealización a un solo contexto de la vida.

En la medida en que este estudio avanzó resultó más notable que para caracterizar el estilo de vida de un sujeto en cuanto a la autorrealización no bastaba concretarse a los niveles de apropiación u objetivación de la personalidad, sino que fue necesario llegar a un nivel más heurístico de su definición, identificando los contextos de los cuales el sujeto obtiene las mayores y mejores satisfacciones de su vida. Este constituyente merece un abordaje más profundo desde el punto de vista teórico.

Los conceptos de configuraciones comportamentales de riesgo a los que arribamos con la realización de este estudio, sugieren algunas consideraciones:

En la **confluencia crítica** no es suficiente que converjan las situaciones de conflictos y generadoras de estrés en el contexto significativo, sino que debe confluir en aquel contexto, del que se reciben mayores gratificaciones, en tanto se ha tenido un desempeño exitoso, por lo que existen menos experiencias anteriores de referencia para desarrollar afrontamiento efectivos, por lo que el sujeto es menos eficiente en el autocontrol del estrés y por la connotación interna que tiene el evento, se desencadena la enfermedad.

Los elementos de protección a la salud en los sujetos enfermos están pobremente definidos y actúan aisladamente. No se integran en comportamientos complejos, ni se identifican con claridad como configuraciones comportamentales, en los sujetos sanos, sin embargo, pueden definirse con mayor claridad los elementos que hacen a los sujetos vulnerables a enfermar.

Desde un estilo de vida estructuralmente amplio o estrecho, pueden generarse configuraciones de riesgo y de protección a la salud a esto le llamamos **la paradoja de la oportunidad de salud**. Inicialmente se pensó que existían comportamientos de protección a la salud diferente de los de riesgo, sin embargo, se apreció que los comportamientos que protegen la salud en contextos poco relevantes para el sujeto, son potencialmente perjudiciales cuando se afecta el contexto de la vida que contiene los roles jerárquicos y las fuentes de autorrealización, convirtiéndose en riesgo. En parte teníamos alguna referencia al respecto, Arroyo Benito plantea que el estilo de vida del hipertenso no genera una actividad cotidiana diferente de la de los normotensos. (27)

Un elemento importante dentro de las configuraciones de riesgo y de protección a la salud, resultó el cuidado del rol personal

El estudio de los casos reveló que los factores de riesgo clásicos (falta de ejercicio físico, no cuidado de la dieta, fumar, ingerir alcohol, etc) no actúan de manera aislada, integrándose a otros comportamientos como el abandono de la apariencia física, la privación en la satisfacción de necesidades personales (de recreación, autocomplacencia) que se integran de manera particular en cada caso, lo que fue denominado como abandono personal, para hacer referencia a una configuración comportamental que rebasa el mantenimiento del equilibrio orgánico con el medio e involucra también el nivel personalógico del sujeto.

Lo que F. González llama desplazamiento del interés hacia los hijos, es una expresión más del abandono del rol personal, característico de los sujetos hipertensos. (25)

Es necesario decir que si bien el estilo de vida, expresado en configuraciones comportamentales de riesgo a la hipertensión arterial en un sujeto concreto, es un indicador de vulnerabilidad a enfermar, por sí mismo, ello no determina el estado de salud, sino que la interacción de estas configuraciones con las particularidades hemodinámicas, genéticas y fisiológicas, tendrán una influencia vital en la aparición de la enfermedad.

El estudio de las configuraciones de riesgo puede trascender el marco del comportamiento e incluir estos otros aspectos, los perfiles de riesgo obtenidos de esta manera trascenderán el manejo tradicional de los factores de riesgo y pueden reflejar más objetivamente al sujeto en riesgo de enfermar.

## CONCLUSIONES

El tratamiento tradicional de los factores de riesgo, encaminado a la búsqueda de relaciones causales en múltiples aspectos inconexos unos de otros, como objeto complicado, constituye la principal premisa por la cual el estilo de vida no ha logrado el impacto esperado al ser tenida en cuenta en las estrategias preventivas de la hipertensión arterial, al no permitir abordarlo en la causalidad de manera sistémica.

La categoría estilo de vida ha sido ampliamente abordada en los estudios de tipo epidemiológicos relacionados con la hipertensión arterial, tanto desde la Epidemiología como desde la Psicología ha faltado una concepción teórica que oriente su estudio, cuyo resultado ha sido la nociva superficialidad con que ha sido tratado, insertándose así dentro de la concepción de causalidad y riesgo, con el factorialismo y positivismo característico de esta. El estilo de vida se ha asumido como un factor de riesgo, simplificando la riqueza y complejidad de su connotación a nivel individual y alejándolo de reflejar al individuo en peligro de enfermar.

Valiéndonos del modelo de I. Mayo, salieron a la luz comportamientos del estilo de vida de los sujetos estudiados que hasta ahora han escapado de la atención de los factores de riesgo y están presentes allí donde esta concepción ha sido fallida, nos referimos concretamente a los sujetos estudiados que presentan la enfermedad sin tener factores de riesgo asociados a ella y comparten iguales configuraciones comportamentales de riesgo que los que sí están expuestos, así como a los sujetos sanos, portadores de factores de riesgo para la hipertensión, con respecto a los cuales se establecen diferencias en sus configuraciones comportamentales del estilo de vida.

El modelo de los constituyentes personalógicos del estilo de vida de I. Mayo, resulta una alterativa de relevancia para abordar el estilo de vida de pacientes hipertensos desde una concepción holística e integradora, al facilitar la comprensión de las condicionantes de la enfermedad desde el comportamiento complejo del individuo, precisamente basado en dicho modelo, en este trabajo fueron descritas las configuraciones comportamentales de riesgo:

**Confluencia crítica:** configuración comportamental de riesgo, expresada en un estilo de vida estructuralmente estrecho, centrado en un contexto de la vida, que propicia el abandono del rol personal y en el que confluyen la principal fuente de autorrealización, una percepción de amenaza a su equilibrio y el desarrollo de afrontamientos que no resuelven la fuente generadora de estrés.

**Punto crítico:** Configuración comportamental de riesgo expresada en un estilo de vida estructuralmente amplio, donde adquieren relevancia varios contextos que pueden ser fuentes generadoras de estrés y actuar como condicionamiento acumulativo, la aparición de una amenaza que ponga en peligro el contexto dominante, del que se obtienen las principales fuentes de autorrealización, marca el punto que desequilibra al individuo, sobreviniendo la enfermedad.

Se llegó a confirmar la presencia de ellas en todos los sujetos hipertensos estudiados. Así mismo el modelo permitió comprender las interacciones de los constituyentes que apoyan el mantenimiento de la salud en los sujetos sanos estudiados a través de las **Oportunidades de salud**, definidas como configuración comportamental que facilita el mantenimiento de la salud, basado en tres elementos esenciales: ausencia de conflictos en los contextos relevantes para el sujeto, particularmente en el dominante, elevada autorrealización y autocuidado del rol personal.

Las configuraciones comportamentales de riesgo del estilo de vida en su dimensión holística constituyen un nivel superior en el estudio de la causalidad en la hipertensión arterial, logrando trascender la estructura atomista del factor de riesgo por la dinámica establecida entre los constituyentes, pasando de esta forma a ser un objeto complejo, capaz de superar las limitaciones a nivel individual de la concepción actual sobre los factores de riesgo.

## **RECOMENDACIONES**

El estudio realizado abre paso a la necesidad de profundizar en los resultados alcanzados, primeramente se impone verificar la presencia de las configuraciones comportamentales de riesgo descritas en un número mayor de enfermos, triangulando este estudio con investigaciones de tipo cuantitativo que constaten su presencia en muestras representativas.

Se hace necesario además extender este estudio a otras patologías, que permita conocer si las configuraciones que constituyen un riesgo para la hipertensión son compartidas por otras enfermedades, o se pueden establecer diferencias entre ellas.

Desde el punto de vista teórico, constituyentes como la autorrealización personal y la orientación temporal requieren de mayor elaboración para llegar a comprender a profundidad su papel en el proceso de enfermar de hipertensión, así se impone precisar la importancia del estilo de afrontamiento como constituyente funcional del estilo de vida.

A los sujetos sanos estudiados, que presentaron mayor vulnerabilidad a enfermar, es importante darles seguimiento para conocer si aparece la enfermedad bajo las condiciones descritas o no, esto permitirá demostrar el valor predictivo de las configuraciones comportamentales, así como que la predicción no necesariamente se determina a partir de datos cuantitativos y factoriales, sino que el análisis interpretativo que integra de manera holística datos provenientes del comportamiento complejo del sujeto, también lleva implícita una información de valor predictivo y personalizado, por tanto, superior a la predicción basada únicamente en aspectos medibles.

Los resultados alcanzados en esta investigación, permiten crear bases para la implementación de estrategias interventivas en sujetos con configuraciones comportamentales de riesgo: si con la modificación de estas configuraciones, se logra disminuir la aparición de la enfermedad, validaría el carácter de riesgo que se le atribuyen a los sujetos estudiados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toledo Curbelo, Gabriel José. Salud Pública. Tomo 1. La Habana: ed. Ciencias Médicas, 1999. p. 58, 68, 75
2. Batista Moliner, R. y Feal Cañizares, Pablo. Epidemiología en la atención primaria de salud. En: Roberto Alvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol. 1. La Habana. Ed. Ciencias Médicas. 2001. p. 287, 323, 296.
3. Pérez Becerra, J.C. Aplicación de métodos para el estudio de factores de riesgos en el bajo peso al nacer. (Trabajo para optar por el título de Master en Salud Pública). 1986. ENSAP. p. 19
4. Colimon, Kalh- Martin. Fundamentos de epidemiología. España: ed. Díaz de Santos, SA, 1990. p. 25,27
5. Piédrola Gil, G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8<sup>va</sup> edición. Barcelona: ed. Salvat Editors SA. 1990. p. 89, 97.
6. Díaz Garrido, Dayamí. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos de la provincia Granma. (Trabajo para optar por el título de Especialista de 1er grado en Bioestadística) 2002. ENSAP. La Habana
7. Dotres Martínez, Carlos. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evolución y Control de la hipertensión arterial. Rev Cubana de M.G.I. 1999; 15. p. 46 – 87.
8. López, Carmen. Hipertensión arterial sistémica. Revisado el 24 de Junio del 2003. Disponible en: URL: <http://www.cardiologia.org.mx/Pag-inv1/boletin-HAS.htm>
9. Pérez Olea, Jaime. Historia de la hipertensión. Revisado el 24 de Junio del 2003. Disponible en: URL: <http://www.udec.cl/olem/revista/revista02/revista1.html>
10. Roca Goderich, Reinaldo. Temas de Medicina Interna. 3<sup>era</sup> edición. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1985. p. 215
11. Friedewald, William. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. Vol.1. 20<sup>a</sup> edición. La Habana: Ed. Ciencias Médicas. 1998. p. 202
12. Hernández Cisneros, Freddy. Hipertensión arterial: Comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral. Revisado el 23 de junio del 2003. disponible en: URL: [http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol12\\_12\\_96/mgi07296.htm](http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol12_12_96/mgi07296.htm)
13. Céspedes Sánchez, Beatriz. Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión arterial en trabajadores del Policlínico Alcides Pino. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral). 2002. Holguín
14. González Toranzo, Alicia. Hipertensión arterial, prevalencia de algunos factores de riesgo en el Consultorio 12 del Policlínico Docente Alex Urquiola. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral) 1999. Holguín
15. Rosado Aguilera, Fernando. Prevalencia de algunos factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorio # 3 IPVCE José Martí. Policlínico Pedro Díaz Cuello. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral). 1996. Holguín
16. Corrales Chamizo, Idiana. Evaluación del Programa Nacional de Hipertensión Arterial. Policlínico "Luis Pasteur" Municipio 10 de Octubre. (Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado de Higiene y Epidemiología) 2002. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana
17. Furones Puñales, Liz. Evaluación del Programa Nacional de Hipertensión Arterial. (Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Higiene y Epidemiología). 2002 Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana
18. Morales, F. Promoción de salud como problema de la atención primaria. Rev. Cubana de M.G.I. 1991. 7 (4)
19. De la Pedraja García, Esther L. Calidad de vida del paciente hipertenso en dos consultorios médicos. (Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud). 1998. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana.

20. Oramas Viera, Arlene. Relación entre estilo de vida, bienestar psicológico e hipertensión arterial esencial. (Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud) 1995. Escuela Nacional de Salud Pública. p. 10, 17
21. González Pérez, Ubaldo. Un enfoque psicológico integral sobre el asma bronquial. (Trabajo para optar por el título de Especialista en Psicología de la Salud) 1997. La Habana
22. González, Fernando. La categoría Personalidad y su incidencia en la aparición de indicadores de riesgo en los trastornos cardiovasculares. Rev. cubana de Psicología. 1984; 1 (3) p. 15-27
23. ----- Personalidad y salud humana. Rev. Cubana de Psicología. 1990; 6(2) p.75-84
24. ----- Problemas epistemológicos de la Psicología. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México, 1993
25. ----- Personalidad, modo de vida y salud. La Habana: ed. Félix Varela, 1994
26. ----- Epistemología cualitativa y subjetividad. La Habana: ed. Pueblo y Educación, 1997
27. Arroyo Benito, A. Aspectos psicológicos relevantes en la hipertensión arterial esencial. (Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud) 1990. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana
28. Roman, F. Caracterización de la hipertensión arterial según factores psicosociales y facilitadores en tres consultorios. (Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud) 1995. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.
29. Cortés L, Esteban. Perfil epidemiológico de factores de riesgo coronario y cerebrovascular en un grupo de hipertensos de la Comuna de Chonchi. Chiloé. Revisado el 23 de abril del 2003. Disponible en: [URL:http://www.rms.cl/Numeros\\_anteriores/RMS\\_7/trabajo\\_investi.htm](http://www.rms.cl/Numeros_anteriores/RMS_7/trabajo_investi.htm)
30. Chong Molleda, Norka. Cuestionario de vulnerabilidad – bienestar psicosocial. Estudio descriptivo en sujetos con hipertensión arterial. Cotorro. (Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud) 1994. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana
31. Collejo Rosabal, Yusel. Clasificación del climaterio femenino y factores de riesgo de la severidad del síndrome. (Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Bioestadística). 2002. Escuela Nacional de Salud Pública. Granma
32. [Ferreira Montero, I.J. Estilo de vida e hipertensión arterial. Revisado el 21 de junio del 2003. Disponible en: URL: http://www.inmedscu.com.mx/especialidades/cardio12.htm](http://www.inmedscu.com.mx/especialidades/cardio12.htm)
33. [Fajardo Cuartos, J.F. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. Revisado el 24 de Junio del 2003. Disponible en: URL: http://www.psycologia.com/articulos/ar\\_cuartas\\_torres01.htm](http://www.psycologia.com/articulos/ar_cuartas_torres01.htm)
34. Soldevilla Pérez, Carlos. Estilo de vida. Hacia una teoría psicosocial de la acción. Universidad Complutense de Madrid: ed. Entinema, 1998
35. Rodríguez, Mariela y Zaldívar, Dionisio. Retos a la Psicología en el tratamiento de la categoría estilo de vida en el proceso salud – enfermedad. Rev. Cubana de Psicología. 2001; 18 (1) p. 21
36. Mayo Parra, Israel. Estudio de los constituyentes personalológicos del estilo de vida. [Tesis Doctoral]. La Habana. Universidad de la Habana. 1999. p. 3, 94
37. Océano Práctico. México. Ed. Océano de México; 2000. Configuración: p. 203
38. La Psicología de la Gestalt. Revisado el 20 de junio del 2003. Disponible en: URL: [members.fortunecity.com/bucker4/gestalt.htm](http://members.fortunecity.com/bucker4/gestalt.htm)
39. Fuentes González, Homero. Teoría holístico-configuracional y su aplicación a la didáctica de la educación superior. Documento de trabajo del Centro de Estudios de la Educación Superior “Manuel F. Gran”. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. 2002. p. 2
40. Allport, G. La personalidad, su configuración y desarrollo. La Habana: Ed. Revolucionaria. 1967. p. 461
41. Aseiev, B.G. El problema de la motivación y la personalidad. En: Problemas teóricos de la Psicología de la Personalidad. La Habana. Ed. Pueblo y Educación. 1983. p. 134
42. Malow, A. El hombre autorrealizado. Barcelona: Ed. Kairós. 1979. p. 52

43. Brito Fernández, H. Caracterización de la efectividad de la motivación profesional pedagógica. [Tesis Doctoral]. La Habana. Universidad de La Habana. 1988. p. 30
44. Rodríguez Fernández, L. Elaboración de un cuestionario de autorreporte para el pronóstico del futuro desempeño en los estudios en los ISP. [Tesis Doctoral]. La Habana. ICCP. 1988. p. 10
45. Taylor, Steve y Bogdan, Robert. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: ed. Paidós, 1996. p.155
46. Díaz Ilanes, Guillermo. Acerca de la definición de investigación cualitativa, los criterios para establecer su validez y la comunicación de los resultados". Trabajo confeccionado para el módulo Investigación II. Investigación Psicológica y Social. Maestría en Psicología de la Salud. 2002.
47. Pla, M. El rigor de la investigación cualitativa. España: Universidad Autónoma de Barcelona, 2002

## ANEXO # 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Compañero:

El servicio de Psicología del Hospital le pide su colaboración para que forme parte de un estudio que se realiza sobre el estilo de vida.

En el mismo usted deberá responder un cuestionario y relatará algunos aspectos de su vida, para lo cual debe ser lo más sincera (o) posible.

Se le garantiza máxima confidencialidad sobre los aspectos de su vida que sean expuestos, así mismo, en caso necesario o por su petición, usted será orientado psicológicamente.

Si está dispuesto a participar del estudio, le pedimos firme el presente documento.

## ANEXO # 2

### CUESTIONARIO DESCRIPTIVO DEL ESTILO DE VIDA

A continuación se relacionan un listado de comportamientos . Selecciona la opción que corresponda según caractericen tu vida actual.

1. Conversar con mi pareja  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
2. Aprender en mis relaciones con los demás  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
3. Conversar con los compañeros los problemas de mi centro de trabajo (estudio)  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
4. Participar en las tareas de las organizaciones sociales  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
5. Ayudar a mis hijos en sus actividades  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
6. Vivir al ritmo que te impone el presente, sin pensar en el futuro  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
7. Practicar deportes  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
8. Espero por un futuro mejor para mi vida  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
9. Realizar actividades artísticas de modo creativo  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
10. Participar activamente en las organizaciones sociales  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
11. Estar informado de las cuestiones artísticas y culturales  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
12. Ir de fiesta  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
13. Luchar por mejorar mi vida en el futuro  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
14. Prefiero la vida que llevo ahora  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
15. Confiar los problemas personales a los amigos  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
16. Relacionarme y divertirme con los amigos  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
17. Ocuparme de la solución de mis problemas y los de mi pareja.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_

18. Ocupar mi atención en el presente  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
19. Hacer descanso activo, juegos, caminatas, deportes, etc.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
20. Superarme políticamente  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
21. Hacer tareas de la casa  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
22. Concentrar mi atención en proyectar mi vida futura  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
23. Tener contacto amoroso íntimo  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
24. Trabajar o estudiar  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
25. Participar con mi pareja en reuniones íntimas y familiares.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
26. Estar en contacto con la cultura, asistir a museos, conciertos, leer, etc.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
27. Dedicar tiempo a disfrutar del arte, el deporte y la recreación  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
28. Recordar momentos felices de mi vida que ya pasaron  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
29. Cumplir funciones de dirección, orientar, controlar, planificar, etc.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
30. Cuidar la apariencia física y personal  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
31. Tener presente el pasado a la hora de actuar  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
32. Mi vida hoy es mejor que ayer  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
33. Desarrollar inventivas o iniciativas para perfeccionar el trabajo  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
34. Participar en las organizaciones, dar criterios, proponer iniciativas  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
35. Trabajar horas extras, hacer trabajo voluntario  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
36. Vivir teniendo en cuenta las experiencias del pasado  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
37. Cumplir con las funciones de mi trabajo  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_

38. Organizar mi vida según lo que sucede cada día  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
39. Participar activamente en las organizaciones de masas  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
40. Reunirme con mi familia.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
41. La etapa más feliz de mi vida ya pasó  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
42. Participar en tareas políticas y de la defensa  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
43. Dedicar tiempo e recordar momentos vividos en el pasado  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
44. Adquirir experiencias  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
45. Participar en la solución de los problemas sociales y de la comunidad.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
46. Ayudar a los demás, hacer algo por ellos  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
47. Cuidar el estado de salud  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
48. Conversar con mis hijos o demás familiares  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
49. Cuidar la salud de mis hijos  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
50. Vestir elegantemente, estar a la moda  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
51. Expresarme de algún modo en el arte, el deporte la recreación  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
52. Relacionarme con otras personas de la comunidad en que vivo  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
53. Estar plenamente informado de las noticias, leer la prensa, oír la radio, ver la TV, etc.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
54. Brindarle afecto y apoyo emocional a mi pareja  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
55. Participar en las organizaciones políticas y sociales  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
56. Procurar momentos íntimos con mi pareja  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
57. Aportar mis experiencias a los demás  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_

58. Organizar el régimen de vida de mis hijos, controlarles el estudio, etc.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
59. Procurarle alimentación y vestuario a los hijos y la familia  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
60. Pensar, reflexionar sobre la vida, hacer planes, etc.  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
61. Vivir pensando en el futuro  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
62. Hacer descanso, dormir, reposar  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
63. Planificar mi vida actual de acuerdo al ideal de mi vida futura  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
64. Relacionarme con los compañeros de trabajo (estudio).  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
65. Emplear el tiempo libre en algún pasatiempo (coleccionar sellos, criar peces, etc.).  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
66. Me ocupo de mantener una dieta adecuada  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
67. Emplear tiempo en discusiones en el trabajo  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
68. Resolver conflictos en mi hogar  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
69. Ocuparme en cumplir tratamientos médicos  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
70. Chequear mi salud periódicamente  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_
71. Busco que las personas a mi alrededor se sientan complacidas conmigo  
Me caracteriza mucho\_\_\_ Me caracteriza\_\_\_ No me caracteriza\_\_\_

**ANEXO # 3**

**TABLA RESUMEN GRUPO 1**

<b>INDICADORES</b>	<b>LDS</b>	<b>MIN</b>	<b>TGN</b>	<b>AVE</b>	<b>ASPECTOS COMUNES</b>
<b>SISTEMA DE ROLES</b>	Estrecho, orientado hacia la familia	Estrecho, predominio del rol de madre	Amplio y equilibrado	Estrecho, predominio de los contextos laboral y familiar	Estrecho
<b>SISTEMA DE ACTIVIDAD</b>	Estrecho, predominio de las funcionales	Estrecho, predominio de las funcionales	amplio y equilibrado	Estrecho, predominio de los niveles sociopsicológicos y funcional	Estrecho
<b>SISTEMA COMUNICATIVO</b>	Estrecho, predominio del contexto familiar	Amplio	Amplio, predominio de los contextos familia y trabajo	Estrecho	
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b>	Pasado	Presente	Presente	Pasado	No futuro
<b>AUTOREALIZACIÓN</b>	Pobre, gratificación en el contexto familiar	Pobre, gratificación en el rol de madre	Amplia, orientada hacia la profesión y la familia, destacándose la profesión.	Pobre, gratificación en el contexto laboral	Pobre
<b>CONFLICTOS</b>	En los contextos familiar y laboral	El transporte, matrimoniales, con el padre de la hija.	Cotidianos de la profesión	En el contexto laboral	En todos los sujetos

**ANEXO # 4**

**TABLA RESUMEN GRUPO 2**

<b>INDICADORES</b>	<b>GNP</b>	<b>LEO</b>	<b>VTC</b>	<b>JAA</b>	<b>CRA</b>	<b>ASPECTOS COMUNES</b>
<b>SISTEMA DE ROLES</b>	Estrecho, predominio del contexto familia	Estrecho, orientado hacia la profesión	Estrecho, orientado hacia el contexto familia	Amplio y equilibrado	Estrecho, orientado hacia la familia	Estrecho
<b>SISTEMA DE ACTIVIDADES</b>	Estrecho, predominio de las actividades funcionales	Estrecho, predominio de las actividades psicósomáticas	Estrecho, predominio de las funcionales	Amplio y equilibrado	Estrecho, predominio de las actividades funcionales	Estrecho
<b>SISTEMA COMUNICATIVO</b>	Estrecho, predominio del contexto familia	Estrecho, pobreza afectiva.	Estrecho	Amplio	Estrecho, pobreza afectiva	Estrecho
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b>	Presente	Futuro	Futuro	Futuro	Futuro	Futuro
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>	Pobre, orientada hacia la familia, donde revela afrontamientos positivos	Pobre, eventos vitales positivos en la familia	Pobre	Amplia, orientada hacia la profesión y la familia	Pobre, gratificación en el contexto familiar	Pobre
<b>CONFLICTOS</b>	Contexto profesional Transporte Situación Social y. Económica	Eventos vitales negativos en el contexto familiar	No refiere	Familiares y con el sistema social	Insatisfacción laboral y conflicto cotidiano en el hogar.	

**ANEXO # 5**

**TABLA RESUMEN GRUPO 3**

<b>INDICADORES</b>	<b>SAR</b>	<b>ELT</b>	<b>CPA</b>	<b>SAB</b>	<b>ROS</b>	<b>ASPECTOS COMUNES</b>
<b>SISTEMA DE ROLES</b>	Amplio, predominio del contexto laboral	Amplio, predominio de los roles trabajadora y madre	Estrecho, predomina el profesional y padre	Estrecho orientado hacia el contexto familia	Estrecho, orientado el contexto familiar	Estrecho
<b>SISTEMA DE ACTIVIDADES</b>	Estrecho, predominio de las actividades funcionales	Amplio, predominio de las actividades funcionales y sociopsicológicas	Estrecho, predominio de las funcionales	Estrecho	Estrecho, predominio de las actividades funcionales	Estrecho
<b>SISTEMA COMUNICATIVO</b>	Amplio	Amplio	Estrecho	Estrecho	Estrecho	Estrecho
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b>	Presente	Presente	Futuro	Presente	Presente	Presente
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>	Pobre, principales gratificaciones del contexto laboral	Amplia, de los contextos personal y familiar	Pobre, gratificaciones solo del contexto laboral.	Pobre	Pobre, solo gratificaciones del contexto familiar	Pobre
<b>CONFLICTOS</b>	Matrimoniales y de transporte.	Transporte	No refiere	No refiere		

**ANEXO # 6**

**TABLA RESUMEN GRUPO 4**

<b>INDICADORES</b>	<b>LPGI</b>	<b>LED</b>	<b>JRS</b>	<b>LUM</b>	<b>NAY</b>	<b>ASPECTOS COMUNES</b>
<b>SISTEMA DE ROLES</b>	Estrecho, predominio de los roles de madre trabajadora	Estrecho, orientado hacia la familia y la profesión	Amplio, predominio del rol de padre	Amplio y equilibrado	Amplio y equilibrado	Amplio
<b>SISTEMA DE ACTIVIDADES</b>	Estrecho, predominio de las actividades funcionales	Estrecho, predominio de las actividades funcionales y psicósomáticas	Amplio, predominio de las actividades hedonísticas	Amplio predominio de las actividades funcionales	Amplio	Amplio
<b>SISTEMA COMUNICATIVO</b>	Estrecho, predominio del contexto familia y trabajo	Estrecho, afectividad en el contexto familia	Amplio, en distintos contextos, trasmite afecto	Amplio, trasmite afecto, asertividad en distintos contextos	Amplio	Amplio
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b>	Futuro	Futuro	Presente	Presente	Presente	No pasado
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>	Pobre, en el contexto laboral	Pobre, predominio del contexto laboral	Pobre, del contexto familiar	Amplia, gratificaciones de diferentes contextos	Amplia, de diferentes contextos	Pobre
<b>CONFLICTOS</b>	Transporte	Albergamiento, transporte, separación del hijo.	No refiere	No refiere	Divorcio reciente	

**ANEXO # 7**

**TABLA COMPARATIVA DE ASPECTOS COMUNES ENTRE LOS GRUPOS**

<b><u>INDICADORES</u></b>	<b>GRUPO 1</b>	<b><u>GRUPO 2</u></b>	<b>GRUPO 3</b>	<b>GRUPO 4</b>
<b><u>SISTEMA DE ROLES</u></b>	ESTRECHO	ESTRECHO	ESTRECHO	AMPLIO
<b>SISTEMA DE ACTIVIDADES</b>	ESTRECHO	ESTRECHO	ESTRECHO	AMPLIO
<b>SISTEMA COMUNICATIVO</b>	<u>ESTRECHO</u>	ESTRECHO	ESTRECHO	AMPLIO
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b>	NO FUTURO	FUTURO	PRESENTE	NO PASADO
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>	POBRE	POBRE	POBRE	POBRE
<b>CONFLICTOS</b>	TODOS LOS SUJETOS	4 SUJETOS	2 SUJETOS	3 SUJETOS