



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**“NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES
AL GRUPO DE CONTROL “MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL
BARRIO GRAN COLOMBIA.**

Tesis previa a la obtención del
título de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Danna Carolina Pintado Cepeda

Directora: Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

LOJA- ECUADOR

2019

CERTIFICACIÓN

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada **“NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL “MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN COLOMBIA”** de la autoría de la egresada de la carrera de Psicología Clínica Danna Carolina Pintado Cepeda, con número de cédula 1105021909 ha sido, dirigida y revisada en su integridad, por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación de la estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma para la graduación.

Loja, 20 de diciembre del 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Susana', is written over a horizontal line.

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

Directora de Tesis

AUTORÍA

Yo, **Danna Carolina Pintado Cepeda**, declaro ser la autora del presente trabajo de titulación Niveles de Estrés y estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Hipertensión Arterial Pertenecientes al Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del Barrio Gran Colombia”, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Danna Carolina Pintado Cepeda

CI: 11050321909

Fecha: 20 de diciembre del 2019

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Danna Carolina Pintado Cepeda', written over a horizontal line.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, DANNA CAROLINA PINTADO CEPEDA, declaro ser la autora de la tesis titulada “NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL “MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN COLOMBIA”, como requisito para optar al grado de PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al sistema Bibliotecario de Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 20 días del mes de diciembre, firma la autora:

Firma:



Autora: Danna Carolina Pintado Cepeda

Cédula: 110502190-9

Dirección: Miguel Riofrío y Nicolás García

Correo electrónico: dannacarolina20@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Maria Susana González, Mg. Sc.

Tribunal de Grado

Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc

Vocal: Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc.

Vocal: Psi. Cl. María Paula Torres Pozo, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Los esfuerzos, lágrimas, pequeños triunfos y esta graduación en especial lo he logrado por mi padre Fredín Hernán porque aun teniendo el conocimiento que se perdería muchos eventos de mi vida decidió sacrificarlos por mi bienestar, convirtiéndose para mí en una figura de apoyo y motivación fundamental en mi vida a la distancia, porque sé que mereces algo más que un “gracias”, una dedicatoria, y la única certeza que tengo es que estarás orgulloso de mi.

A mi familia paterna; mis queridos primos Mireya y Gustavo; mis tíos Elvia y Galo que han sido el norte de mi camino desde niña.

Y no podría faltar mi querida y adorada Sarita A. por su apoyo constante, amistad, afecto, consejos y sus conocimientos los cuales aportaron a mi formación desde el primer día del inicio de mis prácticas pre-profesionales.

También dedico este trabajo a los usuarios pertenecientes al Grupo “Mi enfermedad a la Raya” por su colaboración, estima y por el tiempo compartido, sin ellos/as esto no habría sido posible y espero que esta tesis sirva de beneficio hacia ustedes.

Finalmente a ti Andrés, por ser mi calma, por tu sinceridad, impulso, cariño y paciencia en los pequeños momentos de mi vida y los que espero están por venir, *“porque nada antes de ti importa y no me imagino un después...”*

Danna Carolina Pintado C.

AGRADECIMIENTO

Siempre he tenido la impresión de que las cosas a mi alrededor ocurrían por suerte, o por el simple hecho de causalidades aisladas, y esta percepción no cambia hasta que pasas por el fuego, siendo esos momentos difíciles los que marcan tu forma de ser y quién diría que una carrera de pre-grado también aportaría a moldearte de mejor manera a entender al otro y de cierta forma modificar las ideas erróneas que creías absolutas y que justificaban todo lo circundante; es por ello que es esencial agradecer a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana especialmente a la Carrera de Psicología Clínica por la formación científica, técnica, humana y ética que proporciona a fin de formar profesionales con visión, con el objeto de visibilizar lo importante del ser humano y mantener una adecuada Salud Mental en los individuos.

A las autoridades pertenecientes al Ministerio de Salud Pública; al Centro de Salud N°3 y pacientes del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” en especial al Dr. Álvaro Quinche por haberme brindado la oportunidad de realizar la investigación de campo, y conocer a tan agradecido grupo de pacientes.

Seguidamente a la Psi.Cl. Sara Ayora Cevallos por su entrega, ayuda incondicional, asesoría, paciencia y dedicación a sus usuarios; y como no a mi directora de tesis, Dra. María Susana González quien orientó, guio y monitoreó este trabajo durante su desarrollo y finalización. Al conjunto de profesionales que cumplieron la amplia y ardua misión de docencia impartíendome sus conocimientos en el ámbito científico, técnico y ético en base a su profesionalismo y experiencia.

Algo fundamental en este proceso de aprendizaje fue la amistad, estar rodeada de personas que aportan en tu vida, que te dan alas para volar sin necesidad de dejar pisar tierra, las risas que no faltaron, las lágrimas secadas por sus manos, sus palabras de aliento, sus abrazos cálidos y aunque nuestras elecciones nos dirijan a caminos diferentes para mí son las mejores personas que hasta ahora he conocido, y sí, me refiero a ustedes Dayana, Rodrigo, Jeffrey, Gaby.

Y no podría faltar mi más infinito agradecimiento a Dios, a Fredín, mi padre, por su incondicional cariño y sacrificio; a mis tíos Elvia, Galo, mis primos Mireya y Gustavo, a mis tías maternas y tíos/as paternos quienes me brindaron apoyo y cariño absoluto en todo momento.

Me faltarían palabras para expresar mis sentimientos de estima, gratitud y afecto, lo ideal es decirles...

“Gracias Totales”

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	viii
Índice de Tablas.....	xi
Índice de Figuras.....	xii
Índice de Anexos.....	xiii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRAC.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. Revisión de Literatura.....	7
4.1. Estrés.....	7
4.1.1 Antecedentes.....	7
4.1.2 Definición.....	8
4.1.3 Psico-biología del estrés.....	10
4.1.4 Fases de respuesta del estrés.....	11
4.1.5 Definición y tipos de estresores.....	13
4.1.6 Agentes estresores psicosociales (estrés emocional).....	14
4.1.7 Estrés y salud.....	16
4.1.7.1 Estrés y sistema inmunológico.....	17
4.1.7.2 Estrés y enfermedades psicológicas.....	18
4.1.7.3 Estrés y diabetes.....	21
4.1.7.4 Enfermedad Cardiovascular y Estrés.....	21
4.1.8 Técnicas para el control del estrés.....	22
4.1.8.1 Relajación y entrenamiento autógeno.....	23
4.1.8.2 Mindfulness.....	23
4.1.8.3 Técnicas de control de la respiración.....	24
4.1.8.4 Técnicas de reestructuración cognitiva.....	24
4.1.8.5 Inoculación de estrés.....	25
4.2 Hipertensión Arterial.....	26

4.2.1	Definición.....	26
4.2.2	Tipos de la hipertensión arterial.....	26
4.2.2.1	Hipertensión arterial primaria, esencial o idiopática.....	26
4.2.2.2	Hipertensión arterial secundaria.....	26
4.2.2.3	Hipertensión refractaria o resistente al tratamiento.....	27
4.2.2.4	Hipertensión de bata blanca.....	27
4.2.2.5	Hipertensión oculta o enmascarada.....	27
4.2.2.6	Hipertensión sistólica aislada.....	28
4.3	Epidemiología.....	28
4.4	Etiología.....	29
4.4.1	Factores modificables.....	29
4.4.2	No modificables.....	30
4.5	Cuadro clínico.....	31
4.6	Alteraciones Psicológicas.....	31
4.3	Estrategias de Afrontamiento.....	33
4.3.1	Definición.....	33
4.3.2	Tipos de estrategias de afrontamiento para el estrés.....	36
4.3.3	Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Hipertensión Arterial.....	40
5.	Materiales y Métodos.....	43
	TIPO DE ESTUDIO.....	43
	UNIVERSO Y MUESTRA.....	43
	Criterios de Inclusión.....	43
	Criterio de Exclusión.....	43
	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	44
	PROCEDIMIENTO.....	46
	Fase 1.....	46
	Fase 2.....	47
	Fase 3.....	47
6.	Resultados.....	48
	PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ENFOCADO EN LA PSICO-EDUCACIÓN PARA POTENCIAR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES DEL GRUPO DE CONTROL “MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN COLOMBIA.....	55
	Justificación.....	55
	OBJETIVOS.....	56
	METODOLOGÍA.....	57

Población.....	57
Recursos Humanos.....	57
Recursos Materiales	58
MATRIZ OPERATIVA.....	59
7. Discusión.....	66
8.Conclusiones.....	68
9.Recomendaciones.....	69
10.Bibliografía.....	70
11.Anexos.....	77

Índice de Tablas

Tabla 1: Edad	48
Tabla 2: Sexo de los Pacientes	49
Tabla 3: Niveles de Estrés.....	50
Tabla 4: Estrategias de Afrontamiento	51
Tabla 5 Correlación entre el Estrés y Estrategias de Afrontamiento	53
Tabla 6 Correlación entre Niveles de Estrés y la Estrategia de Afrontamiento AFN.....	53
Tabla 7 Correlación entre Niveles de Estrés y la Estrategia de Afrontamiento (BAS)	54
Tabla 8 Matriz Operativa	59

Índice de Figuras

Figura 1: Edad.....	48
Figura 2: Sexo.....	49
Figura 3 <i>Nivel de Estrés</i>	50
Figura 4 Estrategias de Afrontamiento	52

Índice de Anexos

Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis	77
Anexo 2: Autorización de la institución para realizar las evaluaciones	78
Anexo 3: Certificado de Recolección de Datos	79
Anexo 4: Consentimiento informado para participantes	80
Anexo 5: Cuestionario De Afrontamiento Al Estrés Cae	81
Anexo 6: Escala De Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (Pss) – Versión Completa 14 Ítems.	85
Anexo 7: Certificado de Traducción del Resumen del Idioma Español al Inglés.	87
Anexo 8: Memoria Fotográfica.....	88
Anexo 9: Proyecto de Tesis	89

1. TÍTULO

**NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL
“MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN COLOMBIA.**

2. RESUMEN

Los individuos con un diagnóstico de Hipertensión Arterial, no solo les afecta la salud física, sino también la salud mental, además existen factores psicosociales que constantemente afectan la dimensión psicológica del individuo que sufre esta enfermedad, siendo así que, las estrategias de afrontamiento al estrés permite al individuo superar los diferentes obstáculos o problemas por consecuente disminuir la carga emocional o física producto de lo que conlleva el padecer la enfermedad. Por lo cual se consideró la realización de este trabajo de investigación con el objeto de establecer los niveles de estrés y su relación entre las estrategias de afrontamiento en el grupo de 60 pacientes pertenecientes al grupo de control “Mi enfermedad a la Raya” pertenecientes al barrio Gran Colombia de la ciudad de Loja, aplicándose la Escala de Estrés Percibido – 14 ítems y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE); la investigación es de enfoque mixto cuali-cuantitativo, de diseño prospectivo, transversal, descriptivo y correlacional. La información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos permitió determinar que existen niveles de estrés medio (90%) y las estrategias de afrontamiento mayormente utilizada es Focalización en la Solución de Problemas y Religión. En base a los resultados obtenidos se elaboró una propuesta de intervención psicológica enfocada en la psico-educación con el objetivo de potenciar las estrategias de afrontamiento de los pacientes del grupo de control mencionado.

Palabras claves: hipertensión arterial, estrés, estrategias de afrontamiento.

ABSTRAC

Individuals diagnosed with Arterial Hypertension, are not affected on their physical health, but also their mental health, furthermore exists psychosocial factors that constantly affect the psychological dimension of the individual that suffers this disease, thus the coping strategies to stress, allows the person to overcome many obstacles or issues so diminish the emotional or physical load product of what the disease entails. Therefore, it was considered this research with the objective of establish the levels of stress and their relation with their coping strategies in a group of 60 patients belonging to the control group “Mi enfermedad a la Raya”, from the Gran Colombia neighbourhood in the city of Loja, applying the Perceived Stress Scale– 14 ítems and the Stress and Coping Questionnaire, the research is of mixed qualitative-quantitative approach, prospective, cross, descriptive and correlational. The information obtained through the application of the instruments allowed to determine that there are levels of medium stress (90%) and the coping strategies mostly used is Problem Solving Focus and Religion. Based on the results obtained, a propound for psychological intervention was developed with the objective of strengthening the coping strategies of the patients in the mentioned control group.

Keywords: arterial hypertension, stress, coping strategies.

3. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial se caracteriza por el incremento de las cifras normales de presión arterial, constituyendo así uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares que afecta a millones de personas en el mundo convirtiéndose en la causa de muerte de nueve millones de personas anualmente (OMS, 2013). La situación específicamente en América Latina y el Caribe es la causa de muerte de 800.000 personas al año; se estima que entre el 20% y 35% de la población adulta tiene hipertensión, la cual ha aumentado en los últimos años y la mayoría de personas desconoce su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta con presión arterial alta no han sido diagnosticados con hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada (OPS 2017).

El Ecuador es uno de los países de Latinoamérica con índice elevado de personas con HTA donde el 15% sabe el diagnóstico y lleva un control adecuado de la enfermedad. En el distrito 11D01-Loja existen 537 personas aproximadamente que padece de esta enfermedad crónica, presumiendo como factor desencadenante la dieta mal sana, uso nocivo de alcohol y tabaco, inactividad física, sobrepeso, temperamento y una exposición prolongada a estrés.

El estrés es una enfermedad que va en progresión a nivel mundial, la cual afecta al individuo sin discriminación de edad, género, condición económica u origen étnico. Es necesario entender que el estrés se convierte en enfermedad cuando las situaciones que afectan al equilibrio del organismo se mantienen a lo largo del tiempo, esto debido a que en la actualidad las exigencias del estilo de vida como exceso o presión en el trabajo, en la familia, estudio, diagnóstico o padecer una enfermedad, deficiencia de las relaciones personales, presión social, entre otros, generando repercusiones en la salud, pero aun así la población no

le da la importancia necesaria, ya sea por cogniciones de tipo cultural “si no se manifiesta como algo tangible y somático entonces no existe o no es tan grave”, por falta de información, falta de tiempo, falta de atención a muchos signos y síntomas, deficiencia en las estrategias de afrontamiento, teniendo como consecuencia complicaciones como estrés crónico acompañado de cambios fisiológicos y por consiguiente un aumento de cortisol; convirtiéndose en un factor influyente en el desarrollo de trastornos mentales como ansiedad, depresión o consumo de sustancias psicoactivas.

De esta manera es fundamental como las diferentes estrategias de afrontamiento ayudan al individuo a disminuir el estrés generado por las situaciones cotidianas conflictivas, entendiéndose como “afrontamiento”aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas y exigencias externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”(Lazarus y Folkman, 1984), lo cual ayuda a disminuir el malestar que le produce o que afectan a su homeostasis y, al no ser resuelta de forma efectiva puede manifestarse con ansiedad, malestar físico o emocional.

Las estrategias de afrontamiento se vinculan en la forma de asumir la enfermedad, porque brinda al individuo capacidades cognitivas y comportamentales para enfrentar los cambios que produce el diagnóstico de una enfermedad crónica como la hipertensión ya que se convierte en una demanda externa que puede ser desbordante para el paciente y el no saber cómo asimilarla, actuar o sentirse lo transforma en una situación problemática influenciando en la poca adherencia al tratamiento, mayor estrés, ideas erróneas acerca de las causas de la enfermedad, además, conjuntamente con factores psicosociales como la falta de apoyo de los familiares, situaciones conflictivas en el subsistema conyugal, dificultades en la crianza de los hijos, asumir responsabilidades correspondientes a la crianza de los nietos, el fallecimiento de una familiar o ser querido, la no resolución adecuada del duelo y consumo

de alcohol afectan a su permanencia emocional, por tanto, dependiendo de sus estrategias de afrontamiento al estrés podrán enfrentar los diferentes obstáculos o problemas y de esta forma también disminuir la carga emocional o física producto de lo que conlleva el padecer la enfermedad; entendiendo que a mayores niveles de estrés más deficientes son las estrategias de afrontamiento que el individuo pone en práctica; siendo en este grupo de pacientes de ayuda para aumentar una mejor adherencia al tratamiento y al mismo tiempo disminuir el riesgo de una mayor complicación de la enfermedad como desencadenar en una diabetes o un accidente cerebrovascular.

Con los antecedentes propuestos y de acuerdo a los objetivos planteados en el proyecto de investigación, se desarrolló mediante una metodología de enfoque mixto cuali-cuantitativo, de diseño prospectivo, transversal, descriptivo y correlacional; aplicándose los reactivos psicológicos establecidos como la Escala de Estrés Percibido – 14 ítems y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) en 60 pacientes con HTA, posteriormente la tabulación de los resultados con el programa SPSS-25, aplicando a prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov en la población de estudio y conocer las circunstancias de la muestra resultando una significancia de $p=0,005$ equivalente a una muestra paramétrica de distribución normal por consecuente se utiliza el modelo correlacional de Pearson para las variables Estrés y Estrategias de Afrontamiento; concluyendo que existe una correlación baja entre las variables.

4. Revisión de Literatura

4.1. Estrés

4.1.1 Antecedentes

El estrés se puede entender comúnmente como un estado de alteración que las personas lo han percibido en algún momento de su vida, el cambio, condiciones ambientales, familiares, personales, educativas, laborales... producen estrés; este término no es nuevo; ya que según Elena (2002) en su artículo sobre anestesiología hace referencia al componente histórico del estrés, señalando que existen escritos del siglo XIV que lo describen como un estado de dureza y tensión; posteriormente es usado como termino físico por Robert Hooke, en el siglo XVII, describiéndolo al estrés como la relación entre la “carga“ externa ejercida sobre el objeto y la deformación experimentada por el mismo, dependiendo del resultado de las propiedades estructurales del objeto y de las características de la fuerza externa; este planteamiento realizado desde la física manifiesta el carácter interactivo del concepto. El término estrés se aplica a los seres humanos a partir del siglo XVIII de las conclusiones de Wolf para aludir al estado de resistencia ofrecido frente a las influencias extrañas, como proceso biológico de defensa ante un agente o estímulo nocivo siendo un estado dinámico en el cual utiliza los recursos necesarios, como el afrontamiento, agotamiento, enfermedad, costo con el fin de conseguir el estado inicial o la homeostasis.

Murcio-Ramírez (2007) señala que el endocrinólogo Hans Selye (1936), define al estrés como una respuesta fisiológica que todos los seres humanos poseen, del cual se reacciona de la misma manera de forma independiente del estímulo provocador, lo cual denominó Síndrome General de Adaptación, que de acuerdo a sus investigaciones en ratas, se centraba exclusivamente a respuestas fisiológicas, dejando de lado a los estímulos estresores los cuales podrían estar mediados por factores psicológicos; lo clasifica en tres fases: Alarma, Resistencia y Agotamiento; el cual se abordará con profundidad más adelante.

Posteriormente Lazarus y Folkman (1986) refiriéndose a que el estrés es una interrelación entre la persona y el contexto en el que se encuentra, es así como elaboran su teoría del modelo de afrontamiento al estrés, en la cual no sólo se concede importancia a las respuestas fisiológicas desencadenadas ante un estresor como el modelo de Selye, sino que también tiene en cuenta acontecimientos vitales, determinadas características del ambiente, así como valores personales (auto-concepto, afrontamiento, evaluación cognitiva de la situación...), los cuales funcionan de forma como estresores o como amortiguadores de los efectos negativos del estrés sobre nuestra salud (Martín, 2007).

A lo largo de las décadas posteriores, el concepto de estrés se ha extendido mucho más allá de las fronteras de la fisiología, siendo hasta la actualidad numerosas investigaciones en el campo de la medicina, psicología, sociología, llegando a convertirse un problema de salud en los países debido a que como consecuencia de exposiciones prolongadas d estrés se ha generado el desarrollo de enfermedades crónicas y mentales.

4.1.2 Definición

Stress, en inglés, término aceptado por la Real Academia de la Lengua en 1970 y traducido como ‘estrés’, que corresponde a un sustantivo masculino que, en el campo de la medicina, es concebido como ‘reacción’, que denota la ‘situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar (Galan & Camacho, 2012).

Por su parte Bruce McEwen (2000), define al estrés: “como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define al fenómeno del estrés como las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción, es decir, el estrés sería una alarma, un estímulo que conduce a la acción, una respuesta necesaria para la supervivencia, respuesta que puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficientes o exageradas.

Según la definición de Dos Santos (2012) “se puede definir al estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis. La respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica. Así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal”. Surge así un concepto que es importante definir: homeostasis. La idea es que el cuerpo posee un nivel ideal de oxígeno en sangre, lo mismo que una acidez y temperatura corporal, entre otras tantas variables. Todas estas se mantienen en esos valores a través de un balance homeostático, estado en el cual todos los valores se mantienen dentro de los rangos óptimos. El cerebro ha evolucionado mecanismos para mantener la homeostasis. Según Robert Sapolsky (2004) un estresor es cualquier cosa del mundo externo que nos aleja del balance homeostático, la respuesta al estrés es lo que hace nuestro cuerpo para restablecer la homeostasis.

Es así como el estrés llega a ser una un conjunto de enfoques fisiológicos y bioquímicos que generan una respuesta orgánica lo cual se genera cuando una persona está ante una situación percibida como amenazante; por lo cual a esto se introduce un enfoque psicosocial donde se hace énfasis a los factores externos es decir, en los estímulos y eventos productores de estrés, siendo así que los enfoques con una orientación cognitiva subrayan que el estrés surge a partir de la evaluación cognitiva que la persona realiza tomando en cuenta tanto aspectos internos como aquellos propios del ambiente (Oblitas, 2004).

Navas (citado por Naranjo, 2004a) considera que el estrés no es algo que pertenece solo a la persona o al ambiente, ni es tampoco un estímulo o una respuesta, sino que más bien es una relación dinámica entre la persona y el ambiente, lo cual refiere a que la persona no es una víctima pasiva del estrés, y que su forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlos, determina en gran medida la magnitud de la experiencia de este. Dependiendo de la forma en que la persona piense y de los sentimientos e imágenes que tenga respecto de una situación, puede crear, aumentar, mantener o disminuir la respuesta a él. Se puede decir entonces que, de acuerdo con la literatura científica, el estrés implica cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente.

4.1.3 Psico-biología del estrés

El estrés tiene una importancia desde el ámbito evolutivo, como parte de la supervivencia del individuo siendo una respuesta adaptativa. A nivel del SNC, son varias las áreas cerebrales implicadas en la respuesta de estrés, destacando el papel desempeñado por el hipotálamo, el hipocampo, la amígdala, el locus coeruleus, regiones del tallo cerebral y la corteza pre-frontal.

Ante un estresor moderado o moderado/agudo, el organismo reacciona mediante un aumento en la actividad del Sistema Nervioso Simpático (SNS; aumento de la tasa cardíaca, presión sanguínea, aumento en la respiración, etc.), al activarse, el hipotálamo genera la activación de las glándulas adrenales desencadenando la liberación de ciertos neurotransmisores (catecolaminas -adrenalina y noradrenalina, serotonina, neuropéptidos, etc.) estas hormonas aminorrefuerzan la acción del SNA simpático, a la vez que los glucocorticoides mantienen los niveles de glucosa en sangre para ser utilizada ante la

situación de emergencia; por lo cual se producen conductas de vigilancia, motivación y activación general, en cambio el sistema nervioso parasimpático se ve inhibida , este sistema media las funciones vegetativas que regulan el crecimiento y el almacenamiento de energía, como resultado ante un estímulo que puede generar amenaza al equilibrio del organismo (Flores, 2012).

Cardinali (2005) señala que existen ciertas neuronas relacionadas con la respuesta al estrés las cuales se encuentran en uno de los núcleos del Hipotálamo, el llamado para-ventricular (npv), siendo estas responsables de la regulación neuroendocrina, autonómica y conductual. Dichas neuronas por un lado proyectan a los sitios de control de la respuesta autonómica (SNA) y al sistema límbico, generando la respuesta de ansiedad. Por otro lado, liberan la neuro-hormona crf (factor de liberación de acth o Corticotrofina) al sistema porta que conecta el hipotálamo con la adenohipófisis, estimulando la liberación de la hormona acth al torrente sanguíneo la cual activa la formación de glucocorticoides (por ej. cortisol) en la corteza suprarrenal, configurando de esta forma el eje HHA.

No obstante, una sobre-activación del SNC, y una sobreproducción y liberación de neurotransmisores (NT), puede tener graves consecuencias en el organismo, y éste puede acabar desarrollando ciertas enfermedades y trastornos, lo que se conoce como carga alostática. Este término es sinónimo del término distrés, que denota una experiencia con un contenido emocional negativo que provoca confusión, baja concentración y ansiedad en el organismo, siendo pues perjudicial para la persona (Molina-Jiménez, Gutiérrez García, Hernández-Domínguez y Contreras, 2008).

4.1.4 Fases de respuesta del estrés

Con respecto a la reacción fisiológica, una investigación de Selye (1936) dio lugar a lo que se denomina Síndrome General de Adaptación que consta de tres fases:

a. **Fase de alarma:** Cuando está la presencia de un estímulo provocador en el ambiente, el organismo responde al sentirse amenazado entonces, el cerebro que es el órgano principal de respuesta al estrés, que desencadena una serie de respuestas fisiológicas con el objetivo de lograr la supervivencia.

b. **Fase de resistencia:** En esta fase se da una activación fisiológica máxima, debido a que se expone a una amenaza prolongada, (agentes físicos, químicos, biológicos o sociales), de esta forma es como el organismo sobrevive; la duración de esta fase puede ser de semanas, meses y años, pudiendo llegar a adaptarse a dichas amenazas paulatinamente o que el sistema pierda su capacidad de adaptación; aunque si la amenaza o el estrés culmina en esta fase el organismo puede retomar al estado normal (Camargo, 2004).

c. **Fase de agotamiento:** Murcio-Ramírez (2007) La disminución progresiva de la respuesta de un organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro, que conlleva a una pérdida importante de sus capacidades fisiológicas. Con ello sobreviene la fase de agotamiento en la que el sujeto suele sucumbir ante las demandas ya que se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio, esto se conoce como distrés generado por los siguientes motivos:

- Agente estresante agudo muy intenso o crónico.
- Respuesta de estrés desmedida o insuficiente debida fundamentalmente a trastornos de nuestra personalidad, carente de recursos o a enfermedades orgánicas genéticas o adquiridas como mutaciones (polimorfismos) que se asocian con una respuesta deficitaria del eje hipotalámico- hipofisario-suprarrenal.

El estrés entendido como patológico —es decir, como consecuencia de todo este proceso neuroendocrino, tiene ligada una serie de síntomas alarma y enfermedades, los cuales son:

- Dolores frecuentes: cabeza, musculares, viscerales
- Fatiga habitual
- Aumento de la temperatura corporal
- Sudoración continua
- Molestias gastrointestinales (diarrea, indigestión)
- Sequedad de la boca y la garganta
- Sarpullidos
- Alimentación excesiva
- Consumo de tóxicos
- Insomnio
- Tics nerviosos, irritabilidad, pánico, déficit de concentración y memoria, miedos, fobias, mal humor...
- Sensación de fracaso
- Disfunción sexual
- Disfunción laboral
- Conducta antisocial (Alonso, 2009)

4.1.5 Definición y tipos de estresores

Lucini y Pagani (2012) mencionan a los estresores como cualquier estímulo, externo o interno ya sea físico, químico, acústico o somático, como sociocultural que, ya sea de forma aguda o crónica, el individuo lo puede interpretar como importante, peligroso o

potencialmente capaz de modificar su vida, propiciando la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo.

Los estresores se pueden diferenciar por su intensidad y duración como estresores agudos (intensos y de escasa duración) el cual puede ser estimulante y agotador además de dejar secuelas y los estresores crónicos (cuya presencia y efecto se extiende en el tiempo, a largo plazo los cuales no tiene una función adaptativa y protectora en el organismo, y da lugar al desarrollo de patologías (McEwen, 2005).

4.1.6 Agentes estresores psicosociales (estrés emocional).

Molina-Jiménez et al (2008) señalan que un agente estresor psicosocial es generado por relaciones interpersonales conflictivas, teniendo como consecuencia un cambio afectivo denominado estrés emocional que puede desencadenar diversas patologías en función de la predisposición genética, la experiencia del individuo y su ambiente cultural.

Se ha comprobado que el estrés emocional produce los mismos cambios fisiológicos que el estrés físico, con la diferencia de que tiene menor repercusión en aumentar la frecuencia cardíaca, pero mayor efecto en la disfunción endotelial (mayor vasoconstricción coronaria y peor vasodilatación de microcirculación) (Camacho E y Gualán S, 2012).

Una clasificación de los estresores es la que plantea Sandín (1999) según la perspectiva psicosocial, en la que los estresores se denominan “sucesos vitales” en el cual el autor los clasifica en tres:

a. **Sucesos vitales altamente traumáticos:** se refieren a eventos tales como desastres naturales, situaciones de guerra entre otros.

b. **Sucesos vitales mayores:** son acontecimientos usuales en la vida de las personas, algunos no son necesariamente traumáticos como el matrimonio o el nacimiento de un hijo;

otros en cambio sí pueden ser traumáticos en cierta medida como sufrir un accidente o la pérdida de un ser querido.

c. **Micro eventos o sucesos vitales menores:** consisten en pequeños problemas que ocurren cotidianamente.

d. **Estresores ambiente:** no se les denomina sucesos vitales dado que no requieren un reajuste en las condiciones del organismo refiriéndose a circunstancias del contexto socio-físico como el ruido, tráfico, contaminación entre otros.

Por su parte Mucio, (2007) hacen referencia a la clasificación del estrés en relación a los factores que los generan, tales como:

1.-Estrés emocional: cuando el individuo tiene desacuerdos o conflictos que causen un cambio en su vida.

2.-Estrés por enfermedad: una gripa, una fractura, una infección, un dolor de espalda que generan cambios en la condición física. Es así como la diabetes, la resistencia a la insulina, la hiperlipidemia, el estrés mental incrementan la variabilidad de la frecuencia cardiaca.

3.- Estrés por factores medioambientales: los climas demasiado fríos o calientes, al igual que la altitud de una ciudad pueden ser estresantes. La contaminación por toxinas o venenos también son estresantes ya que amenazan la homeostasis.

4.- El ejercicio extremo: una gran fuente de estrés es exigir demasiado al cuerpo, es el caso de los deportes extremos (triatlones, maratones etc.) en donde se incrementa la liberación de catecolaminas, hormona del crecimiento, cortisol, péptidos opioides y esteroides sexuales.

4.1.7 Estrés y salud

Varios estudios recientes ponen de manifiesto que el estrés es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades gastrointestinales debido a que afecta a funciones gastrointestinales como la permeabilidad, la motilidad, la sensibilidad visceral, el flujo sanguíneo y las secreciones. El efecto del estrés sobre la sensibilidad, motilidad, secreción, permeabilidad y microbiota gastrointestinal es debido a la alteración del eje cerebro-intestino, es por esto que el desarrollo de patologías gastrointestinales como el síndrome de intestino irritable, se da por los cambios funcionales en el sistema nervioso entérico (SNE), sistema nervioso autónomo (SNA), sistema nervioso central (SNC) y/o en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) (Karantanos et al., 2010).

Mittal et al. (1994) y Konturek et al. (2011) afirman que el reflujo gastroesofágico y las úlceras pépticas son una de las manifestaciones más comunes del efecto del estrés en el tracto gastrointestinal, debido a que el estrés inhibe el esfínter esofágico inferior e incrementa la sensibilidad frente a los ácidos, además que según Ranzali (2008) las úlceras pépticas está relacionado con manifestaciones de ira y la hostilidad la cual incrementa la acidez estomacal.

En relación con la obesidad, Foss y Dyrstad (2011) en su estudio realizado manifiestan que el estrés puede ser una causa de obesidad, debido a la evidencia que existe sobre la relación entre la respuesta fisiológica al estrés con la producción de cortisol y el aumento en la ingesta de comida, así como por los cambios que se presentan en la ingesta debido al estrés, promoviendo el consumo excesivo de calorías, generando así el incremento de cortisol, glucosa e insulina (Aguilar-Cordero et al., 2013; Moscoso, 2009); así, en presencia de estrés crónico se producen cambios en los patrones de alimentación como saltarse comidas, restricción del alimento e incluso atracones, o como la preferencia al consumo de alimentos que contienen azúcar, grasas y sal (Lucini y Pagani, 2012; Sinha y Jastreboff, 2013); además,

señala que la obesidad no puede ser un factor que desencadene estrés y los autores proponen que, para romper la espiral de estrés-obesidad, sería importante identificar y remover los posibles estresores a los que los individuos se enfrentan.

En las enfermedades dermatológicas como la alopecia areata su aparición tiene relación con un acontecimiento estresante como, defunción, separación, miedo a la muerte, etc. Incluso existen investigaciones en lo que se observan elevadas tasas de alopecia en poblaciones que han sufrido atentados terroristas o guerras (Bonias, 2009); de la misma forma el estrés influye en la psoriasis ya que la persona estresada puede alimentarse y dormir peor, o ser más propenso a ingerir sustancias como el alcohol, con la consiguiente disminuye en su resistencia (Grimalt; Cotterill, et.al, 2002), se ha demostrado también que el acné está relacionado con episodios de estrés emocional, pues es exacerbado por la liberación de GL como consecuencia de la respuesta emocional a los estresores (Piqueras et al., 2008).

En la migraña se afirma que está asociada frecuentemente a factores psicológicos y predisponentes, como depresión, ansiedad, insomnio, aquí el estrés figura como precipitante de las migrañas sin aura; aunque ciertos alimentos pueden precipitar los dolores de migraña, estos también se relacionan con estrés emocional y tensión, ansiedad, nerviosismo, ira/rabia (Ranzali, 2008).

4.1.7.1 Estrés y sistema inmunológico

Ortega (2011) señala que la presencia de estrés crónico afecta a la salud, debilitación en el sistema inmune: aceleración, procesos infecciosos, resfriados, enfermedades autoinmunes, problemas en la coagulación de la sangre, reactivación de enfermedades inflamatorias como dermatitis atópicas y psoriasis, retención incrementada de los virus en los tejidos.

Sánchez, González, Macías (2007) afirman que entre los factores sociales, físicos y biológicos que provocan estrés y por lo tanto, pueden ser causa de inmunosupresión, se

pueden citar: la incapacidad de adaptación al medio, los traumatismos, grandes intervenciones quirúrgicas, irradiación, infección, cáncer y en general otras enfermedades.

Estudios realizados en humanos, han puesto de manifiesto que contrario a la idea de que el estrés suprime la inmunidad, estresores de corta duración incrementan significativamente la reacción de hipersensibilidad retardada de la piel, y que el tráfico de leucocitos a la piel inducido por estrés; estudios en recién nacidos con hipoxia perinatal se evidencio que el suceso estresor deterioró la formación del estatus inmune, como las subpoblaciones linfocitarias, concentraciones de inmunoglobulinas, es decir, la hipoxia aguda genero la formación de inmunodeficiencia transitoria por estrés (Sánchez et al.,2007).

4.1.7.2 Estrés y enfermedades psicológicas

El estrés también juega un papel relevante en el desarrollo de determinados trastornos psicológicos; el estrés psicológico es un factor de riesgo común implicado en el desarrollo del trastorno de depresión mayor, y la mayoría de los episodios están precedidos por un estresor identificable (Kasala, Bodduluru, Maneti y Thipparaboina, 2014).

Se ha establecido la relación entre estrés y trastorno depresivo mayor tras observar que: tiene mayor incidencia de estrés nocivo, las hormonas y cambios en el comportamiento inducidos por estrés agudo son similares a la sintomatología de la depresión, el hipercortisolismo es una característica común entre el estrés persistente y el trastorno depresivo mayor; existiendo una desregulación del eje HHA, con funcionamiento hiperactivo en este eje, esto debido a la resistencia a los glucocorticoides lo que ocasiona la producción de citosinas pro-inflamatorias, asimismo existen cambios en algunas estructuras cerebrales en sujetos depresivos como la amígdala, la corteza pre-frontal o el hipocampo (Kasala et al., 2014).

Estudios realizados en estudiantes universitarios en relación al estrés y la depresión mencionan que, se identificaron como causas generadoras de estrés severo: la elevada carga académica, las presentaciones orales y las expectativas sobre el futuro (Cova, Alvial, Bonifetti, Hernández & Rodríguez, 2007) en el cual, los hallazgos relacionados con la prevalencia de la depresión en estudiantes universitarios son similares a lo reportado en la literatura, encontrándose una prevalencia de 47,3 %, donde la depresión leve fue la más frecuente (29,9 %); además los estudiantes con depresión severa existe relación con problemas académicos moderados o severos (Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rosas Restrepo, & Salazar, 2010).

En cuanto a las relaciones entre el estrés, la depresión y otras patologías, como mencionamos anteriormente, el estrés está asociado a alteraciones en el sistema y a la depresión, pues diversos estudios muestran que muchos pacientes deprimidos presentan supresión de la inmunidad específica y un aumento de citocinas inflamatorias (factor de necrosis tumoral) comparados con pacientes no deprimidos (Kasala et al., 2014).

Por otra parte, cabe hacer referencia a los pacientes que padecen trastorno de estrés postraumático (TEPT), quienes son descritos como personas que han estado expuestas a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, ya sea de forma directa, por conocimiento del suceso traumático (ST) a un familiar próximo o una exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático. Las personas que sufren este trastorno experimentan recuerdos y sueños angustiosos recurrentes ST, reacciones disociativas, reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a una parte del suceso, evitación persistente de estímulos asociados al ST, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociada al ST como incapacidad de recordar algún aspecto importante, creencias o expectativas negativas persistentes y exagerada sobre sí mismo, los demás o el mundo, estado emocional negativo persistente, sentimientos de

desapego y extrañamientos, así como una incapacidad constante de experimentar emociones positivas, irritabilidad y arrebatos de furia, comportamiento imprudente o autodestructivo, lo cual causa un deterioro social, laboral, familiar... (DSM-V, 2014).

Todos los síntomas mencionados con anterioridad, se debe a una respuesta del SNS, existiendo una hiperreacción automática, donde se presenta un número elevado de noradrenalina y adrenalina (Coelho, 2010). Conjuntamente a esta hiperreactividad, está presente una desregulación en el funcionamiento del eje HHA, al igual que en el trastorno de depresión mayor, además se afirma en diversos estudios que los niveles de CRF parecen estar aumentados así como también los niveles de cortisol (Coelho y Costa, 2010).

Contrario a los estudios de Coelho y Costa (2010); desde el punto de vista neurobiológico, este trastorno se ve acompañado de la disminución de los niveles de cortisol (Bleichmar, 2000) ACTH en plasma y aumento de los niveles de CRF debido a una desregulación de los receptores hormonales (Cardinali, 2005), aunque posterior al evento se pueden presentar los flashback o pesadillas, la alteración a niveles del volumen del hipocampo hace que los sujetos tengan menor capacidad de extinguir las respuestas condicionadas, entonces, cualquier estresor relacionado al suceso traumático generaría una respuesta condicionada.

Ante situaciones que provocan ansiedad en el sujeto, se produce una activación del sistema nervioso central, así como, una activación autonómica y neuroendocrina; se ha comprobado que durante una situación de estrés se origina un incremento de cortisol en plasma causado por la activación del SNS y HHA, a su vez, se ha observado un aumento de factor de necrosis tumoral durante situaciones de ansiedad elevada.

Se ha descrito que los niveles de cortisol en saliva aumentan ante situaciones de estrés agudo como en casos de hablar en público o en la resolución de un problema, aunque estos cambios son cortos y se dan en cuestión de minutos, la magnitud de estos se encuentra

influenciada por las características de la situación ya sea por la dificultad de la tarea, la ausencia de control o el apoyo social que recibe el sujeto (Ramos, Cardoso, Vaz, Torres, García, Blanco, & González, 2008).

4.1.7.3 Estrés y diabetes

La hiperglucemia por estrés es un predictor pronóstico que actúa como un marcador de morbilidad y mortalidad durante la enfermedad crítica. Investigaciones recientes apoyan la existencia de una relación entre eventos vitales estresantes y el comienzo diabético (Manzanares, 2009).

La presencia de estrés crónico en personas que están predispuestas a padecer diabetes puede constituir un elemento que precipita el desarrollo de la enfermedad, debido a estresores físicos o psicológicos que pueden alterar las necesidades de insulina en el hígado (Piqueras et al., 2008). El tipo de diabetes mellitus que se encuentra más afectado por episodios de estrés es la diabetes mellitus tipo 2, que tiende a ocurrir en adultos con sobrepeso y es la forma de diabetes menos severa (Razali, 2008).

4.1.7.4 Enfermedad Cardiovascular y Estrés

El estrés es considerado el gatillo o disparador de numerosas enfermedades cardiovasculares en individuos susceptibles: isquemia cerebral (ictus) y sobre todo miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático o asintomático). También se asocia a hipertensión arterial y a arritmias malignas. A su vez, potencia el resto de los factores de riesgo cardiovascular (Alonso, 2009).

Armario & Martín-Baranera (2002) en estudios experimentales llevados a cabo en animales se ha observado que el estrés psicosocial crónico podría conducir, a través de una estimulación del sistema nervioso autónomo, a una exacerbación de la enfermedad coronaria, con disfunción endotelial transitoria o incluso necrosis, igualmente el estrés agudo puede

desencadenar infarto agudo de miocardio, promover la arritmogénesis, estimular la agregación plaquetaria e incrementar la viscosidad sanguínea por hemoconcentración, y, en presencia de enfermedad coronaria puede ocasionar vasoconstricción coronaria, un incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria en situaciones emocionales agudas o como consecuencia de catástrofes naturales, especialmente en las primeras horas de la mañana (período del despertar e inicio de la actividad, que ya lleva consigo un incremento del riesgo cardiovascular) incrementando el riesgo de desencadenar un episodio de infarto agudo de miocardio.

Alonso (2009) menciona que los principales cambios fisiológicos debidos al estrés son: Aumento de frecuencia cardíaca, tensión arterial de oxígeno, tono y reactividad vascular, coagulabilidad: crecen el número y la agregación plaquetaria, ácidos grasos libres, triglicéridos, LDL y colesterol total, dispersión del intervalo QT, respuesta inflamatoria. Descienden HDL (colesterol *bueno*) capacidad de fibrinólisis, variabilidad de la frecuencia, potencialmente, el exceso de respuesta simpática se asocia con trastornos en la conducción eléctrica del corazón y con una mayor vulnerabilidad a arritmias ventriculares y, por ende, a la muerte súbita.

4.1.8 Técnicas para el control del estrés

Como hemos manifestado, el estrés tiene influencia en el inicio y desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, inmunes, obesidad, memoria, dermatológicas, psicológicas, entre otras, por ello para reducir los niveles de estrés, desde el ámbito de la Psicología se han desarrollado un conjunto de técnicas para prevenir las enfermedades asociadas y los niveles de estrés, la cuales describiremos a continuación:

4.1.8.1 Relajación y entrenamiento autógeno

“La relajación es una de las técnicas más usadas como terapia para el afrontamiento a estrés. Entre las técnicas más utilizadas se encuentra la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Shultz” (Sandi, Cordero y Venero, 2000).

Schultz (como se citó en Ministerio de educación y ciencia, s.f.) "El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos." Esta relajación se consigue a través de la autosugestión, tomando de la hipnosis la inducción de un estado de relajación mediante la evocación de determinadas sensaciones corporales, como la pesadez y el calor (Sandi, 2000).

La relajación progresiva según Edmundo Jacobson, la define como “*Una reducción progresiva y voluntaria de la contracción, tono, y actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente. Si la relajación se limita a un determinado miembro o grupo muscular es calificada de local, si afecta todo el cuerpo, en decúbito, de general*”, con esto el autor le asigna una condición de voluntaria y ligada al control de sujeto de forma activa tomando como punto de partida (Balarezo, 2007)

4.1.8.2 Mindfulness

La práctica de Mindfulness proporciona a los participantes mayor autocontrol, mayor aceptación de la experiencia tal y como es, mejor manejo de sentimientos difíciles, mantenimiento de la calma, aumento de resistencia, autoestima, compasión y empatía, menos síntomas depresivos, tensión más baja y un mayor bienestar en general (López-Hernández, 2016). Los elementos de esta técnica de Mindfulness tales como la conciencia y la aceptación

sin prejuicios de la propia experiencia del momento, se consideran antídotos contra las formas más comunes de los trastornos psicológicos tales como rumiaciones, ansiedad, preocupación, etc. (Keng, Smoski y Robins, 2011), además gran cantidad de investigaciones corroboran que el Mindfulness mejora el bienestar y las condiciones relacionadas con la salud tales como el dolor crónico, la ansiedad, el estrés, la depresión y la función inmunológica, entre otras (Ericson, Gunaketu y Barstad, 2014).

4.1.8.3 Técnicas de control de la respiración

Un buen entrenamiento en respiración permite intervenir en síntomas fisiológicos del estrés tales como sudoración, palpitaciones entre otros. Estas técnicas son especialmente empleadas para reducir y/o controlar la activación fisiológica del organismo. “Por la facilidad con la que se aprenden dichas técnicas se han convertido en las herramientas principales para el tratamiento de los problemas de estrés” (Sandi et al., 2000).

Esta respiración debe ser lenta y regular ya que facilita que disminuyan las constantes vitales: el ritmo cardíaco, la tensión sanguínea, la tensión muscular, etc.; Diafragmática, es decir, intentar llevar el aire hasta la parte inferior de los pulmones para oxigenar la sangre de forma adecuada; No demasiado profunda, inhalando una cantidad de oxígeno suficiente para que nuestro cuerpo tenga la energía necesaria, pero tampoco conviene hiperventilar (García Grau, Fusté Escolano, & Bados López, 2008).

4.1.8.4 Técnicas de reestructuración cognitiva

Estas técnicas tienen como principal objetivo modificar los pensamientos o creencias distorsionados que pueda presentar el individuo, que pueden causar y/o mantener determinados trastornos emocionales (Sandi et al., 2000). De entre las principales técnicas de reestructuración cognitiva empleadas en el tratamiento del estrés destacan la terapia racional-emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck.

4.1.8.5 Inoculación de estrés

Bajo el concepto inoculación de estrés se engloba un amplio programa terapéutico que incluye la relajación, respiración y reestructuración cognitiva.

Esta técnica no está dirigida única y exclusivamente a personas que padecen estrés en su vida diaria, ya que como la palabra bien indica (inoculación), abarca a toda aquella población que por características personales (vulnerabilidad, personalidad tipo A etc.) puede preverse que está, o en un futuro estará, sometido a un fuerte estrés. Por tanto, la finalidad de este procedimiento es dotar al individuo de los recursos y habilidades necesarias para hacer frente a cualquier estímulo estresante que pueda presentarse, minimizando las emociones negativas y consecuencias perjudiciales que puedan derivarse del mismo.

4.2 Hipertensión Arterial

4.2.1 Definición.

La hipertensión (HTA) es la presión arterial (PA) crónicamente elevada, por encima de valores considerados óptimos o normales 140-90 mmHg, lo cual implica un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos; se encuentra relacionada frecuentemente con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardíaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica (Sánchez et.al.,2010).

4.2.2 Tipos de la hipertensión arterial

4.2.2.1 Hipertensión arterial primaria, esencial o idiopática

Sánchez et al., (2010) menciona que la HTA primaria representa el 85 a 90 % de todos los casos de hipertensión, es cuando presión arterial es contantemente mayor a lo normal, sin causa subyacente conocida, este tipo de presión arterial por lo general tarda muchos años en desarrollarse y es probablemente el resultado de su estilo de vida, entorno y cómo su cuerpo cambia a medida que envejece. Es la que padece la gran mayoría de los pacientes.

4.2.2.2 Hipertensión arterial secundaria

Resulta de la presión arterial elevada con una causa subyacente identificable, frecuentemente corregible como medicamentos, obesidad, hipercalcemias, apnea del sueño, estrés, cirugías, transfusiones sanguíneas, preclamsia, consumo excesivo de alcohol, cigarrillo y drogas. Se evidencia entre el 10 al 15% restante de sujetos hipertensos (Sánchez et al., 2010).

4.2.2.3 Hipertensión refractaria o resistente al tratamiento

Presenta una elevada presión arterial, la cual se mantiene por encima de los valores fijados, a pesar de la institucionalización, tratamiento no farmacológico y farmacológico, incluyendo dosis de tres o más medicamentos; debido a su resistencia, este tipo de pacientes deben ser remitidos a un centro de hipertensión ya que esta frecuentemente asociado a daño subclínico de órganos blancos y mayor riesgo cardiovascular (Sánchez et al., 2010).

4.2.2.4 Hipertensión de bata blanca

Robles, Cancho (2002) es el prototipo de hipertensión aislada del consultorio, siendo una condición en la cual la PA medida en el consultorio encontrándose continuamente en el rango hipertenso en comparación a los valores medios domiciliarios los cuales están en normotensión; la prevalencia de este tipo de HTA es del 10%, aunque su riesgo general no está establecido se asocia a anomalías cardíacas, renales, y metabólicas funcionales/estructurales.

4.2.2.5 Hipertensión oculta o enmascarada

Sánchez et al., (2010) refiere que HTA ambulatoria aislada, es contraria a la HTA de bata blanca ya que los sujetos tienen cifras tensionales normales en el consultorio, mientras que los valores medios de monitoreo domiciliario se encuentran en rango hipertenso; su prevalencia es de uno en cada 7 u 8 sujetos con valores normales en el consultorio. El riesgo cardiovascular en estos pacientes es similar en los hipertensos establecidos, por lo cual corresponde tener previsión para evitar que los sujetos se vayan sin ser diagnosticados.

4.2.2.6 Hipertensión sistólica aislada

Es la presión arterial sistólica (PAS) contante ≥ 140 mm Hg con presión arterial diastólica (PAD) > 90 mm Hg; el PAS tiende a aumentar con la edad (60 años) lo que representa un problema común de HTA, siendo de mayor riesgo cardiovascular (Sánchez et al., 2010).

4.3 Epidemiología

En el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40% (OMS 2008)

La situación específicamente en América Latina y el Caribe la hipertensión es la causa de muerte de 800.000 personas al año; se estima que entre el 20% y 35% de la población adulta tiene hipertensión, el cual aumenta en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada (OPS 2017).

En las poblaciones diabéticas, la prevalencia de la HTA es de 1,5 a 3 veces mayor que en o diabéticos; en la diabetes tipo 2, la HTA puede ya estar presente en el momento del diagnóstico o inclusive puede preceder a la hiperglucemia evidente (Sánchez, et al., 2010).

En Ecuador es uno de los países con índices elevados de hipertensión arterial de América Latina un 46% de personas en el país tiene diagnóstico de HTA, pero solo el 15% de esa

población sabe que es hipertensa y mantiene los controles adecuados para la misma; además 17.529 personas de 10 a 59 años padece de hipertensión arterial (MSP, 2018).

En la ciudad de Loja existen 537 personas aproximadamente que padecen esta enfermedad, afectando mayoritariamente a hombres, de cada 100, 12 padecen hipertensión y en mujeres 7; esto puede desarrollarse por diversos factores ya sea por causas genéticas, dieta mal sana, uso nocivo de alcohol y tabaco, inactividad física, el sobrepeso, exposición prolongada al estrés y temperamento.

4.4 Etiología

Varios factores pueden ocasionar la hipertensión arterial los cuales se dividen en modificables y no modificables, entre los modificables son aquellos que son corregidos o eliminados cuando realizamos cambios en nuestro estilo de vida. No modificables son propios de la persona, siempre existirán y no es posible de eliminarlos. Las causas más comunes de la hipertensión encontramos:

4.4.1 Factores modificables

Tabaquismo: El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial, debido a que daña las arterias, además de producir niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina (Robles, 2001).

Sedentarismo: La inactividad física se considera uno de los mayores factores de en el desarrollo de las enfermedades cardíacas, El ejercicio regular disminuye la presión sanguínea ayuda a prevenir el aumenta el colesterol, de sobrepeso, y la diabetes (Bejarano, Cuixart, 2011).

Obesidad: Desarrolla el riesgo de enfermedades cardiovasculares debido a la elevación de colesterol en la sangre lo que ocasiona inflamación de la paredes y disminución de las arterias dificultando el flujo sanguíneo para el corazón y el cuerpo; el hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial (Robles 2001).

Estrés: aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, cuando se hace inmanejable, se genera un desequilibrio que puede llevar a aumentar la presión arterial.

Alcohol: Robles, (2001) señala que el alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central, cuando se consume en forma reiterada puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad).

Diabetes: En los pacientes diabéticos las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, especialmente en aquellos que padecen diabetes tipo 2.

Ingesta de sal excesiva: el consumo excesivo constituye un enemigo para la hipertensión, la sal contribuye a que el organismo retenga más líquidos lo que produce una presión sobre las arterias y es el responsable de la presión arterial; el consumo de sodio por día recomendado en una dieta normal debe ser de 100 mmol/día, lo que equivale a dos gramos de sodio o seis gramos de sal de mesa (Robles, 2001).

4.4.2 No modificables

Género: En general los hombres tienen un riesgo mayor para padecer cardiopatía isquémica e HTA; entre los 35 a 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de 4 a 5 veces más que en las mujeres; las mujeres hasta los 50 años están protegidas por los estrógenos (hormonas femeninas), ayudan en el metabolismo de las grasas y el colesterol de

la sangre, lo cual mejora la circulación sanguínea, disminuyendo el riesgo de enfermedades cardíacas, pero en la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad debido a la baja de estrógenos (Robles, 2001)

Herencia: De padres a hijos se transmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, demuestra que cuando una persona tiene un progenitor(o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

Edad: El riesgo cardiovascular aumenta con el paso de los años. Se ha establecido que los hombres desde los 45 años y las mujeres desde los 55 años aumentan notoriamente su riesgo de desarrollar esta enfermedad.

4.5 Cuadro clínico

Para Sánchez, et al., (2010) la HTA es una enfermedad crónica asintomática, los signos y síntomas la mayoría de veces no se pueden presentar, pero pueden sobrevenir como un dolor torácico, confusión, vértigos o mareo, adormecimiento de mitad del cuerpo, mareos al levantarse o al cambiar de posición, zumbido o ruido en el oído (Tinnitus), fatiga, cefalea, taquicardias o aceleración de la frecuencia cardíaca, hemorragia nasal, ansiedad, vómitos, náuseas, sudor excesivo, cansancio, alteraciones en la vista (visión borrosa).

4.6 Alteraciones Psicológicas

Molerio &García (2004) hacen referencia a la vinculación entre la ansiedad y la hipertensión, estableciendo la relación de que los sujetos con ansiedad rasgo tienden a experimentar mayores estados de ansiedad por consecuente una activación psicofisiológica del SNS, lo cual predispone el desarrollo de HTA.

Dauelsberg & Cornejo (2017) en su estudio determinaron la vinculación de estructuras de personalidad neuróticas, relacionándolo con Menotti de Salas , Villareal, Salcedo, Ferrer (1984) determinaron una vinculación entre el desarrollo de hipertensión arterial, con la represión, el control rígido de las emociones, el pensamiento pragmático, las fantasías pobres y los mecanismos de defensa característicos de los obsesivos compulsivos, así mismo, hallazgos de investigación derivados de elementos formales del test de Rorschach, quien evidencia en los hipertensos crónicos una forma global de relatar las situaciones (mayores G y bajas D), una forma racional y estereotipada de pensamiento (altas respuestas populares, alto porcentaje de forma pura y de contenido animal, y bajas respuestas de contenido humano), dificultad para el control de las emociones, fuertes defensas frente a situaciones provocadoras de ansiedad, represión de las tendencias hostiles.

El estrés ha sido una de las variables de mayor estudio, como factor predictor de HTA. Investigaciones citadas por Molerio, Arce, Otero & Nieves (2005),establecen que un alto nivel de estrés constituye un factor predictivo de hipertensión arterial; estos estudios manifiestan que cuando el estrés se hace crónico en el tiempo se generan una serie de cambios fisiológicos, dentro de los cuales se encuentra el aumento de la presión arterial, y, conjuntamente con los antecedentes genéticos genera un desarrollo de la enfermedad.

4.3 Estrategias de Afrontamiento

4.3.1 Definición

Labrador, Labrador Encinas, Cruzado & Muñoz (2001) conceptualiza el afrontamiento, como:

“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas y exigencias externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”(Lazarus y Folkman, 1984)

Fernández, E. & Palmero, F. (1999) afirman:

“Las estrategias de afrontamiento al estrés son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”.

La conducta está relacionada con el estrés, cabe recalcar que el afrontamiento no siempre atiende a demandas objetivas ni resuelve la amenaza, sino que simplemente la disipa hasta cierto punto (Ortega-Maldonado & Salanova, 2016).

Según expone Lazarus y Folkman (1984) en relación al análisis de la conducta de afrontamiento se lo realiza a través de cuatro principios: los sentimientos modelan los pensamientos y los actos, los pensamientos modelan los actos y los sentimientos, los actos modelan el pensamiento y los sentimientos, el entorno modela pensamientos, actos y sentimientos.

Las estrategias de afrontamiento a lo largo de la historia se la han intentado comprender en una dinámica que inicialmente fue estudiada desde el modelo médico, pasando por el psicoanálisis y posteriormente desde la psicología cognitiva (Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013). Carr (2007) distingue dos tipos de afrontamiento: los estilos de

afrontamiento centrado en las emociones y el estilo de afrontamiento centrado en la evitación o replanteamiento.

El afrontamiento dirigido a la emoción tiene lugar cuando el individuo se percata de que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes de su entorno, lo cual le lleva a emplear como estrategias de afrontamiento la evitación, distanciamiento, minimización, entre otras (Labrador, et al., 2001).

Por el contrario, el afrontamiento dirigido al problema se da cuando el individuo evalúa las condiciones de su entorno como susceptibles de cambio y así, emplea estrategias activas como planificación de la solución del problema (Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

Para Nadal y Armario (2010) los patrones de personalidad tipo (estilo competitivo, dedicación exagerada al trabajo y hostilidad) son propensos al desarrollo de enfermedades cardiovasculares; por otro lado, se han encontrado numerosos factores protectores del estrés y de las enfermedades asociadas al mismo, los cuales son:

- **Autoeficacia:** La autoeficacia se refiere al grado en que los individuos creen que pueden determinar o modificar las demandas de su entorno, se convierte en un factor protector (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro y González, 2010).

Una mayor autoeficacia hace posible una mayor confianza en la capacidad de responder a los estímulos del medio, visualizándolo como un reto y no una amenaza, utilizando estrategias más activas y dirigidas al problema; al contrario un nivel bajo contribuye a sentimientos de indefensión por lo cual se juzga a estas situaciones como estresantes, de las cuales se emplearía estrategias de afrontamiento pasivas, dirigidas a la emoción (Cabanach, 2010).

- **Estilo atribucional:** Rodríguez y Frías(2005) hacen referencia a las atribuciones que hace una persona acerca de las razones de una situación prescrita, las cuales se colocan en tres dimensiones: interno-externo, estable-inestable y global-específico; las personas que realizan inferencias externas, estables y globales experimentan mayores niveles de estrés que aquellos otros que emplean inferencias internas, inestables y específicas.

- **Apoyo social:** Si un individuo recibe soporte social en las contextos más difíciles, es más probable que experimente menor nivel de estrés (Rodríguez y Frías).
- **Locus de control:** El locus de control hace reseña a las percepciones de la persona acerca de que si su conducta está bajo su control o no; tener un sentido de control personal mengua los efectos de una contexto amenazante en la persona (Rodríguez y Frías, 2005).
- **Optimismo- pesimismo:** Se refiere al carácter favorable o desfavorable que el individuo atribuye a las circunstancias, en el caso del optimista considera que sus metas están a su alcance por lo cual se muestra orientado hacia el futuro por lo cual es más resistente al estrés ya que no lo evita, sino que se enfrenta a las situaciones; en cambio pesimista por el contrario ve el mundo fuera de su control, siendo más proclive a la depresión y a experimentar estrés con más frecuencia (Rodríguez y Frías, 2005).
- **Autoestima:** El poseer una buena autoestima parece tener unas consecuencias duraderas para la salud, en el caso de una baja autoestima genera el incremento recurrente en los niveles de cortisol durante la repetición de situaciones estresantes (McEwen, 2008).
- **Personalidad resistente:** Kobasa (1979) la define como “la actitud de una persona ante su lugar en el mundo que expresa simultáneamente su compromiso, control y

disposición a responder ante los retos”. Diversos estudios realizados ponen de manifiesto su relevancia, los resultados sugieren que valoraciones altas en personalidad resistente se enfrentan de forma activa y comprometida a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos estresantes (Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014).

Como se menciona anteriormente, cuando la situación y los recursos personales ha sido valorada se procede a generar estrategias de afrontamiento que pueda resolver el problema y controlar las emociones, llegando así la complementación del proceso de afrontamiento (Labrador, et al., 2001).

4.3.2 Tipos de estrategias de afrontamiento para el estrés

Partiendo de la teoría del estrés y del afrontamiento desarrollada por Lazarus y sus colaboradores (Lazarus, 1991, 1993; Lazarus, DeLongis, Folkman, y Gruen, 1985; Lazarus y Folkman, 1984, 1987; Lazarus y Launier, 1978)

En el concepto actual de estrés, el proceso de valoración psicológica se produce de dos formas (Lazarus & Folkman, 1986):

- **Valoración primaria:** es un patrón de respuesta inicial, en el cual la persona hace un juicio sobre la significación del contexto evaluando si es controlable, positiva, cambiante y evalúa si ésta puede dañarla o beneficiarla como se describe a continuación:
 - a) Valoración de la amenaza, que se presenta cuando la persona pronostica un posible peligro.
 - b) valoración de desafío, que se presenta ante una valoración de amenaza en la que además existe una posibilidad de ganancia.

c) evaluación de pérdida, cuando ha habido algún perjuicio o daño como una enfermedad incapacitante, un deterioro a la estima propia o haber perdido a algún ser querido

d) valoración de beneficio, que no genera reacciones de estrés.

- **Valoración secundaria:** en esta segunda evaluación el sujeto determina los recursos y las acciones a realizar para afrontar el estresor y la percepción de las habilidades de afrontamiento, así, con el objeto de prevenir un daño o mejorar sus perspectivas; entonces, la interacción entre valoración primaria y secundaria determina el grado de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta emocional.

Las reacciones de estrés se presentan agrupadas en tres bloques:

A) **Fisiológicas:** Sandín, (1995) señala que son las respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo como aumento de la presión sanguínea, incremento de la tasa estomacal e intestinal, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, incremento de la respiración, manos y pies fríos, sequedad de la boca, , entre otras.

B) **Emocionales:** Abarca las sensaciones subjetivas de malestar emocional como el temor, la ansiedad, la excitación, la cólera, la depresión, el miedo y la ira, entre otros (Taylor, 1999); además los problemas mentales se agravan ante la exposición al estrés (Shepperd & Kashani, 1991, en Cassaretto et al., 2003).

C) **Cognitivas:** Existen tres arquetipos de respuestas cognitivas de estrés principales: la preocupación, la negación y la pérdida de control, estas se presentan acompañadas de bloqueos mentales, pérdida de memoria, sensación de irrealidad, procesos disociativos de la mente, entre otros (Sandín, 1995) lo cual afectan el rendimiento de la persona y la relación que establezca con los demás (Cassaretto et al., 2003).

Lazarus y Folkman (1986) plantean dos estilos de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción.

Focalizado en la solución del problema

Hacen referencia a las estrategias conductuales y cognitivas; que tienen como objetivo eliminar de raíz el malestar producto de la situación, por lo cual es el individuo analiza cuál fue la origen del problema para poder afrontar, mediante el seguimiento de pasos previamente analizados, elaborar un plan y aplicarlo, hablar con los implicados y buscar una solución, hacer frente al estresor ejecutando varias posible soluciones que sean concretas (Otero, J. 2015a). Esta estrategia se divide en (Di-Colloredo, Aparicio & Moreno, 2007):

- **Afrontamiento Activo:** El Afrontamiento Activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales.
- **El Afrontamiento Demorado:** discurre como una respuesta necesaria y funcional, que buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura.

Focalizado en la emoción

Di-Colloredo, et, al., (2007) tiene como finalidad la regulación emocional, incluyendo los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estrados emocionales evocados por el suceso estresante mediante las siguientes estrategias:

- **El apoyo social emocional:** el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión de sus propios familiares o de amigos; la admisión de la respuesta funcional de afrontamiento ocurre cuando en el primera acercamiento, el individuo tiende a asentir la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o

tratarla. Se refuerzan aquellas actividades que ayuden a la persona a distraerse (Charro, B. & Carrasco, M. 2013).

- **El apoyo en la religión:** Para algunos individuos actúa como apoyo emocional para lograr una reinterpretación positiva y usas estrategias más activas de afrontamiento. Vasconcelles, (2005) encontró que sujetos que buscan apoyo espiritual, realizan obras de caridad y se integran a grupos de crecimiento espiritual, reducen la tensión producida por los diferentes estresores y desarrollan su autoestima, adaptándose de manera más apropiada a las situaciones.
- **La reinterpretación positiva y crecimiento:** El individuo se caracteriza por otorgar, cualidades y características positivas al estresor (Polaino, & Cabanyes, 2003a), el objetivo es tratar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor y establecer una solución menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.
- **La concentración y desahogo de las emociones:** Es la propensión a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos, resulta adecuada en un momento específico de mucha tensión, pero centralizarse en esas emociones por largos periodos de tiempo puede suspender la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.
- **La liberación cognitiva:** generalmente ocurre de forma previa a la liberación conductual, para lo cual se procede a realizar un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.

- **La negación:** la cual implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés, favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa.
- **Por último se encuentra la liberación hacia las drogas:** Lazarus & Folkman (1986) implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor.

Di-Collredo et al., (2007) en su aportación refiere a estudios que evidencian que las últimas cinco estrategias de la lista son las menos funcionales, mientras que las centradas en el problema son más prácticas en la mayoría de los contextos de la vida; aunque el apoyo social da a los sujetos medios para poder expresar emociones, poder identificarse con otras personas y recibir apoyo para la resolución de la situación estresante; es por ello que los individuos que cuentan con apoyo social logran tener mejor salud mental y afrontar apropiadamente los acontecimientos estresantes (Lazarus & Folkman 1986).

Cabe mencionar que la aplicación de estas dos funciones no son excluyentes debido a que una misma conducta puede ser útil para diferentes situaciones disparadoras de estrés; aunque en general todas las situaciones son potencialmente precipitantes de estrategias de afrontamiento, cada acontecimiento estresor de acuerdo a sus características influyen en la utilización de estrategias concretas.

4.3.3 Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Hipertensión Arterial

Bernal, Lemos, Medina, Ospin, & Torres (2009) en su estudio comparativo entre pacientes con HTA y normo-tensos se evidenció estrategias de afrontamiento dirigidas a la elaboración cognitiva y búsqueda de apoyo profesional, siendo un afrontamiento más pasivo comportamentalmente frente a los eventos estresantes o problemáticos, los cuales están de acuerdo con la hipótesis de que los pacientes hipotensos en respuesta al estrés, tienden a huir y los hipotensos a pelear y confrontar, aunque los hipertensos tienen mayor seguridad en sí

mismos que los hipotensos, debido a creencia de no necesitar ayuda para enfrentar los problemas y que poseen recursos para afrontar el estrés.

Diversos estudios acerca de los tipos de estrategias de afrontamiento asociado a la hipertensión; Hans P, Schobel B y Grossa G, realizaron una investigación con el objetivo de determinar la repercusión del estilo de coping focalizado en la emoción y sobre la presión arterial, en los cuales estudiaron a 2 grupos de control; el primero compuesto por normotensos y el segundo por hipertensos, mostraron resultados donde los sujetos con exagerada reactividad en la presión arterial usaron menos estrategias de coping focalizado en la emoción que los sujetos sin reactividad arterial; Suchday S encontró que el uso de la capacidad cognitiva para inhibir la expresión de rabia acrecentaba la presión diastólica, en discrepancia con las personas que no reprimían la rabia; en el estilo de afrontamiento defensivo, algunos estudios encontraron asociación entre la elevación de la tasa cardíaca y el descenso en la expresión del afecto negativo; Colman CW, Weidner G y Messina CR (1996), en su estudio del estilo de afrontamiento Evitativo, los individuos que poseían una elevada puntuación en evitación mostraron que esta era mayor en la presión sistólica.

Con respecto al apoyo social, Kornegay CJ (2007), sostiene que la dosificación en la expresión de la rabia puede ser más beneficiosa que el incremento del apoyo social; aunque la expresión del mismo tanto hacia el exterior como hacia uno mismo tiene un efecto adverso en la presión sanguínea; Cea JI (2010) explica que el individuo con HTA busca menos apoyo emocional en los demás centrándose más en el comportamiento de tipo cognitivo y conductual siendo mayor la actividad cognitiva, buscando la solución de su problema basado en el modo cognitivo e ineficazmente debido a que no hay cambio hacia conductas que solucionen el problema, es decir, la solución no pasa más que del nivel cognitivo evitando así cualquier tipo de solución (Molerio et al.,2005).

Para el afrontamiento familiar como expone McCubbin, Cauble & Patterson (1982) se expresa como la capacidad de la familia para movilizarse, estos métodos no se dan de manera única, sino que emplean diferentes estrategias dependiendo de las demandas. Dentro de la dinámica en la familia, en el afrontamiento se tienen en cuenta dos dimensiones: la 1° se refiere a la realidad subjetiva de la familia considerando como entidad en sí misma, y la 2° en relación con la naturaleza de interacción del afrontamiento (Macías et al., 2007)

En la familia uno de los modelo de ajuste y adaptación es el modelo de resistencia, se considera uno de los más recientes; la resistencia hace referencia a los esfuerzos de familia que buscan minimizar o reducir el impacto del estresor (H. McCubbin & M. McCubbin, 1988).

Otras estrategias para usarse en la resolución de problemas en situaciones de crisis son: reestructuración, la cual es la capacidad de la familia para hacerlos más controlables; evaluación pasiva, la cual es la capacidad familiar para aceptar ciertos problemas que puedan generar ansiedad; atención de apoyo social, en la cual la persona se involucra en actividades sociales como: salir con amigos, ser partícipe de actividades grupales; búsqueda de apoyo espiritual, se la realiza por medio de la meditación, la oración o el apoyo de comunidades espirituales; y finalmente la movilización familiar, que conlleva a la familia a la búsqueda de recursos en la comunidad y aceptar ayudas de otros (McCubbin et al., 1982).

5. Materiales y Métodos

TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de enfoque mixto cuali-cuantitativo lo cual permitió recolectar datos que fueron medidos a través de instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos e interpretados a través de análisis estadísticos y descriptivos.

Además la investigación fue de diseño prospectivo, transversal, descriptivo y correlacional dado que la información será recolectada en el momento, se representó las características de cada variable y finalmente se determinó la relación existente entre los niveles de estrés elevado o bajo y las estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes hipertensos.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por 60 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial pertenecientes al grupo de control “Mi enfermedad a la raya” del barrio Gran Colombia de la ciudad de Loja; la muestra se conformó por todo el universo hombres y mujeres de 35 a 60 años.

Criterios de Inclusión

Pacientes con HTA pertenecientes al grupo de control

Pacientes de edades comprendidas entre 35 a 60 años.

Criterio de Exclusión

Personas que se retiren de la investigación

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó un conjunto de técnicas e instrumentos con el objetivo de alcanzar la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos planteados en esta investigación; el cual se integró por:

- **Consentimiento Informado:** Se elaboró un consentimiento informado dirigido a los participantes de la investigación, en el cual la persona participante autorizó que la información recolectada durante el estudio sea utilizada por la investigadora del proyecto para la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. El consentimiento informado contiene los siguientes apartados:

- Aceptación y Nombre del proyecto de investigación.
- El proceso a realizar, en este caso se solicitó responder dos cuestionarios con un tiempo de duración de 30 minutos.
- Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se garantiza que los datos de los usuarios no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

El documento del Consentimiento informado tendrá: Título de la investigación, número de reactivos psicológicos a aplicar, ítems de confidencialidad, fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación, el nombre, firma, información de contacto de la investigadora.

- **Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa
14 ítems**

La escala fue creada por Cohen, Ka-marck y Mermelstein (1983) para evaluar esta respuesta automática ante los estresores desde la autopercepción sin necesidad de acudir a

mediciones fisiológicas o de laboratorio (Carlson & Heth, 2007). El instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas, valorando el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos:

(0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo).

La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Los estudios previos muestran una estructura bifactorial (Control vs. No control) y buena consistencia interna para las tres versiones EEP- 10 EPP-13 EPP-14 (entre 0,87 y 0,91) (Pedrero Pérez y Olivar Arroyo, 2010).

- **Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)**

Es una prueba para mayores de 18 años que puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos. Este cuestionario está conformado por 42 preguntas divididas en 7 sub-escalas, estas son: 1). Búsqueda de apoyo social (BAS), 2). Expresión emocional abierta (EEA), 3). Religión (RLG), 4). Focalizar en la solución del problema (FSP), 5). Evitación (EVT), 6). Auto-focalización negativa (AFN) y 7). Reevaluación positiva (REP), en las cuales por cada pregunta debe elegir una de las 5 opciones de respuesta:

0= Nunca	1= Pocas veces	2= A veces	3=Frecuentemente	4= Casi siempre
----------	----------------	------------	------------------	-----------------

La calificación del CAE, se suman los valores registrados por el evaluado en cada pregunta, según la distribución de los ítems en cada una de las siete subescalas, determinando así que los que tienen puntuación más alta, serán los tipos de afrontamiento utilizados con regularidad.

La fiabilidad (consistencia interna) del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa subescalas BAS, RLG y FSP presentan coeficientes $> 0,85$ (niveles excelentes), las subescalas EEA, EVT y EEP presentan coeficientes entre 0,71 y 0,76, correspondiendo el coeficiente más bajo (0,64) a la subescala ANF. Considerados conjuntamente, podríamos decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que cada subescala posee sólo 6 elementos (Sandín, B., y Chorot, P. 2003).

PROCEDIMIENTO

Fase 1

Se procedió a solicitar la autorización mediante oficio al director distrital del distrito 11D01-Loja-Salud la aplicación de los reactivos psicológicos, así mismo se realizó una reunión con la coordinadora de investigación del Ministerio de Salud Pública de la zona 7 conjuntamente con el médico comunitario responsable del grupo de control en el cual se expuso de forma verbal los objetivos del estudio y el beneficio para los pacientes del grupo de control “Mi enfermedad a la raya” del barrio Gran Colombia, acordándose la entrega de resultados una vez terminado el proyecto de titulación.

Fase 2

Recolección de datos

Posterior y de acuerdo a lo establecido por las autoridades se procedió a la aplicación de forma individual de los reactivos psicológicos descritos al grupo de control de pacientes con HTA; para ello los pacientes acudieron en horarios de 7am a 5pm al Centro de Salud N° 3 en el consultorio de Psicología los días martes y jueves; los usuarios inicialmente recibieron instrucciones y la definición de estrés y estrategias de afrontamiento. Ningún participante se rehusó a colaborar en el estudio.

Análisis Estadístico

Para la tabulación y análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25, se utilizaron algunos métodos estadísticos como la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de las muestras, y la prueba de Pearson para correlacionar dos variables cuantitativas continuas. La representación de datos obtenidos se realizó mediante el uso de gráficos y tablas según sea el caso.

Fase 3

En base a los resultados obtenidos se construyó la propuesta de Intervención Psicológica basada en la psico-educación dirigido a potenciar las estrategias de afrontamiento al estrés.

6. Resultados

Aspectos Generales

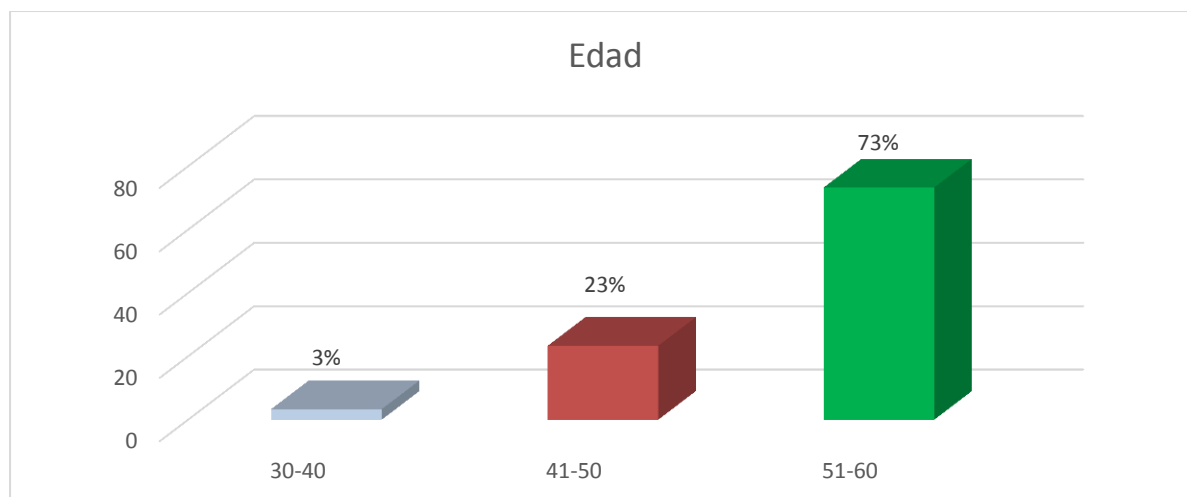
Tabla 1: Edad

<i>Descripción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
30-40	2	3.33 %
41-50	14	23.33 %
51-60	44	73.33 %
Total	60	100 %

Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Figura 1: Edad



Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Análisis:

De 60 pacientes con HTA, se puede evidenciar un mayor grupo en las edades de 51 – 60 con el 73%, seguido de 41-50 años con el 22% y el 30-40 con el 3%.

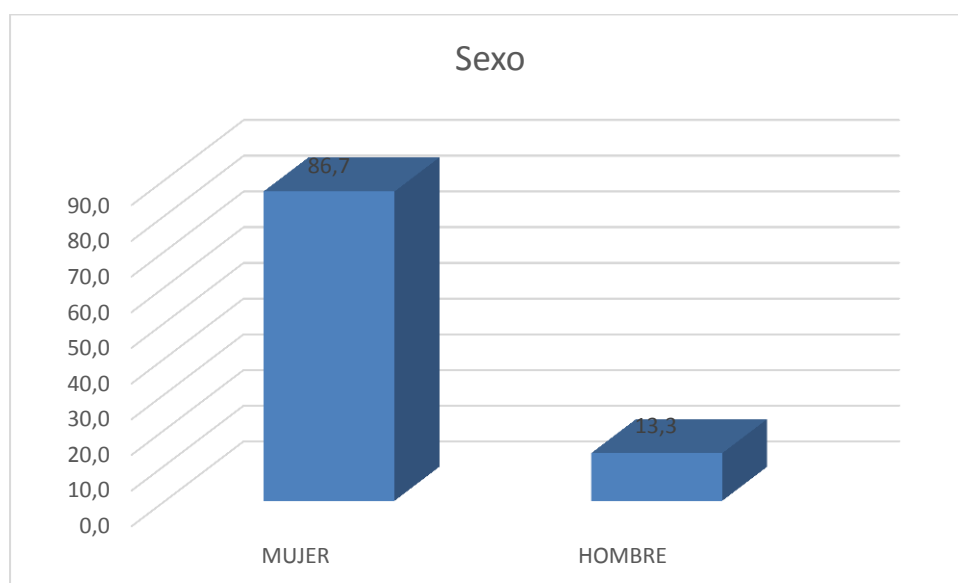
Tabla 2: Sexo de los Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexo	MUJER	52	86.7	86.7	86.7
	HOMBRE	8	13.3	13.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Figura 2: Sexo



Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Análisis

Del 100% de pacientes 52 individuos con el 86.7% son de sexo femenino mientras que 8 personas con el 13.3% corresponde al sexo masculino.

Objetivo Específico 1

Determinar los niveles de estrés predominantes en los pacientes con HTA del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.

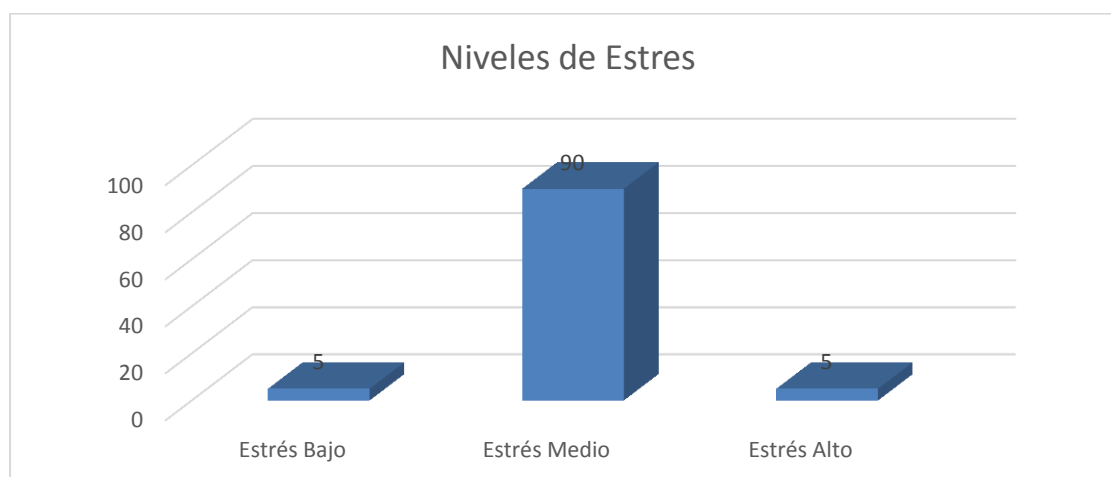
Tabla 3: Niveles de Estrés

ESCALA ESTRES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
Válido	Estrés Bajo	3	5.0	5.0	5.0
	Estrés Medio	54	90.0	90.0	95.0
	Estrés Alto	3	5.0	5.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Figura 3 Nivel de Estrés



Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Análisis

En cuanto al análisis estadístico de los niveles de estrés encontrados en los pacientes con HTA del Grupo de Control Mi Enfermedad a la Raya se puede observar que el mayor porcentaje es de 90% lo que corresponde a 54 individuos que tienen un nivel de estrés medio, lo que significa la posibilidad de enfrentar manifestaciones psicosomáticas, mientras que existe un 5% preocupante de estrés alto, esto corrobora bajo los estudios de Molerio, Arce, Otero & Nieves (2005).

Objetivo Específico 2

Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con HTA del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.

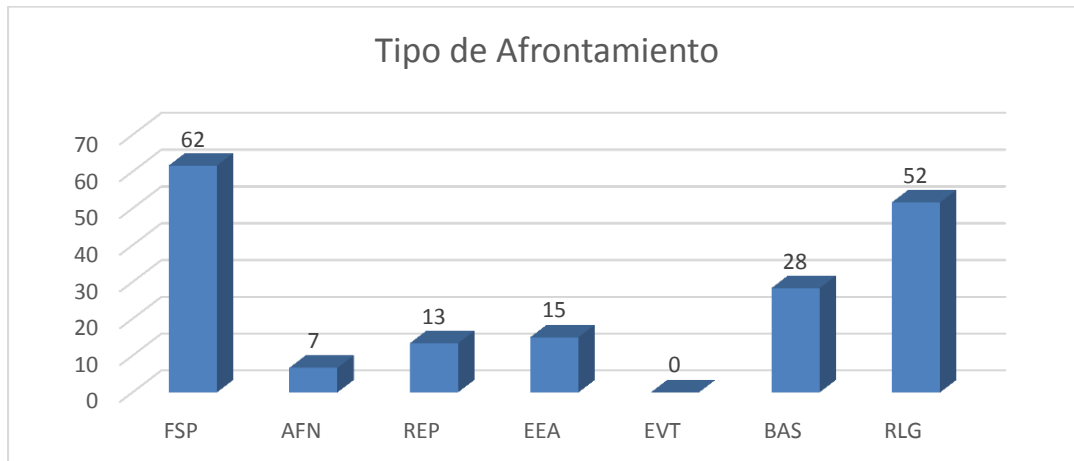
Tabla 4: Estrategias de Afrontamiento

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Focalizada en la solución de Problemas (FSP)	37	62%
Auto-focalización Negativa (AFN)	4	7%
Re-evaluación positiva (REP)	8	13%
Expresión Emocional Abierta (EEA)	9	15%
Evitación (EVT)	0	0%
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	17	28%
Religión (RLG)	31	52%

Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Figura 4 Estrategias de Afrontamiento



Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes HTA del Club Mi Enfermedad a la Raya

Elaborado por Danna Pintado (2019)

Análisis

Como se puede observar en el gráfico las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes el 62% se focalizan en los problemas mediante el seguimiento de pasos previamente analizados, hacer frente al estresor ejecutando posibles soluciones que sean concretas. El 52% se refugia en la Religión como estrategia de afrontamiento y apoyo emocional logrando una reinterpretación positiva de la situación. El 28% tomado como parte de los mayores porcentajes se da con la Búsqueda de apoyo social en su entorno familiar o social como parte de la aceptación a la realidad; en menor proporción Expresión emocional abierta (15%), Re-evaluación positiva (13%), Auto focalización negativa (7%) y Evitación (0%).

Objetivo Específico 3

Establecer la relación entre los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con HTA del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.

Tabla 5 Correlación entre el Estrés y Estrategias de Afrontamiento

VARIABLES		ESCALA ESTRES	TOTAL ESTRATEGIAS
ESCALA ESTRES	Correlación de Pearson	1	,297*
	Sig. (bilateral)		,022
	N	60	59
TOTAL ESTRATEGIAS	Correlación de Pearson	,297*	1
	Sig. (bilateral)	,022	
	N	59	59

***. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).**

Interpretación: En la tabla superior se comprueba en lo que concierne al análisis correlacional según el índice de Pearson, se encontró una significancia baja entre las variables principales Estrés y Estrategias de Afrontamiento, demostrando así la relación entre ellas.

Correlación entre Niveles de Estrés y la Estrategia de Afrontamiento Auto-focalización Negativa (AFN)

Tabla 6 Correlación entre Niveles de Estrés y la Estrategia de Afrontamiento AFN

VARIABLE		ESCALA ESTRES	AFN
ESCALA ESTRES	Correlación de Pearson	1	,265*
	Sig. (bilateral)		,041
	N	60	60
AFN	Correlación de Pearson	,265*	1
	Sig. (bilateral)	,041	
	N	60	60

***. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).**

Interpretación: En la tabla superior se comprueba en lo que concierne al análisis correlacional se encontró una significancia baja entre las variables principales Estrés y Estrategias de Afrontamiento Auto focalización Negativa, demostrando así la relación entre ellas.

Correlación entre Niveles de Estrés y la Estrategia de Afrontamiento de Búsqueda de Apoyo Social (BAS)

Tabla 7 Correlación entre Niveles de Estrés y la Estrategia de Afrontamiento (BAS)

VARIABLES		ESCALA ESTRES	BAS
ESCALA ESTRES	Correlación de Pearson	1	,293*
	Sig. (bilateral)		,023
	N	60	60
BAS	Correlación de Pearson	,293*	1
	Sig. (bilateral)	,023	
	N	60	60

***. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).**

Interpretación: En la tabla superior se comprueba en lo que concierne al análisis correlacional se encontró una significancia baja entre las variables principales Estrés y Estrategias de Afrontamiento Búsqueda de Apoyo Social, demostrando así la relación entre ellas.

Objetivo Específico 4

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ENFOCADO EN LA PSICO-EDUCACIÓN PARA POTENCIAR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS PACIENTES DEL GRUPO DE CONTROL “MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN COLOMBIA

Justificación

La presente constituye la elaboración de un plan de intervención psicológica con el objeto de desarrollar y fomentar las estrategias de afrontamiento en los pacientes del grupo de control “mi enfermedad a la raya”, esto como parte del cuarto objetivo del estudio “Elaborar una propuesta de intervención psicológica, potenciando las estrategias de afrontamiento en los pacientes del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.

Asumir la enfermedad se puede vincular a las diferentes formas de afrontamiento al estrés que desarrolla el individuo, entendiendo como afrontamiento al conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, los cuales no son estáticos ya que estos se desarrollan para enfrentar las demandas específicas, ya sean internas o externas, siendo evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Fernández et, al; 1999), el tener un diagnóstico o conocer inicialmente que se padece HTA se convierte en una demanda externa y no saber cómo asimilar, actuar o sentirse es lo que se transforma en problemático para algunos individuos, y, aunque se utilice alguna estrategia de afrontamiento, su uso no siempre es positivo a pesar de que exista un éxito en eliminar el estresor, dado que pueden generar fatiga, sobre-generalización y efectos secundarios que se evidencia tanto en hombres como en mujeres, siendo más vulnerables los individuos con un déficit en las estrategias de afrontamiento adecuadas para el mismo.

OBJETIVOS

- Proporcionar información mediante talleres psico-educativos con temas de utilidad con el fin de ayudar a los pacientes a desarrollar competencias para el afrontamiento al estrés.
- Proponer técnicas psicoterapéuticas y mejorar sus estrategias de afrontamiento al estrés.

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del plan de intervención será activa, participativa y reflexiva e informativa, instructiva y social, permitiendo el reconocimiento, análisis de los sentimientos, emociones, conductas, actitudes y creencias que influyen en la forma de resolver las situaciones conflictivas que provocan estrés, además favorecer el apoyo social dentro del grupo.

Se trabajará con 60 pacientes con HTA en 7 sesiones (dos veces al mes), distribuidos en dos grupos de 30 usuarios, en los cuales se proporcionará información sobre los efectos nocivo del estrés elevado, la influencia del estrés en el desarrollo de la enfermedad crónica; Autoestima, habilidades asertivas, valoración de los aspectos positivos de los conflictos, Inteligencia Emocional y el apoyo social en la enfermedad crónica.

Población

La intervención será efectuada con los 60 pacientes entre 35 a 60 años con Hipertensión Arterial pertenecientes al Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del Barrio Gran Colombia que fueron evaluados.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con HTA del grupo mencionado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con HTA no evaluados
- Pacientes que no deseen participar en la intervención psico-educativa

Recursos Humanos

- Pacientes del grupo de control

- Facilitador (psicólogo/a que guía las intervenciones y personas que van a realizar las exposiciones).

Recursos Materiales

- Lápices, borradores, sacapuntas, bolígrafos, marcadores de pizarra, hojas en blanco, cartulina, papel. (Rotafolios, rotuladores gruesos, colchonetas, sillas y mesas)
- Medios técnicos: computadora portátil, pantalla, data show de proyección.

MATRIZ OPERATIVA

Tabla 8 Matriz Operativa

	<i>Tema</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Recursos Humanos y Materiales</i>	<i>Tiempo de Sesión</i>	<i>N° de sesiones</i>
Introducción	Estrés y Salud	<p>-Definir con los participantes los objetivos del grupo de apoyo, con el fin de compartir experiencias y obtener un aprendizaje a través de la interacción grupal</p> <p>-Abordar con los pacientes los conceptos de estrés, distrés, riesgos del estrés en las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e Introducción • Establecer empatía con los usuarios mediante la Dinámica: La Papa se quema. • Exposición de la Temática “Estrés y Salud” • Solución de dudas y Retroalimentación 	<p>Facilitador/a</p> <p>Pacientes con HTA</p> <p>Lista de Asistencia</p> <p>Tarjetas de Identificación</p> <p>Computador y proyector</p> <p>Diapositivas</p> <p>Marcadores</p> <p>Papelotes</p>	90 minutos	1

		<p>enfermedades crónicas.</p> <p>-Enfermedades crónicas como factor estresante</p> <p>-Identificar los factores que generan estrés elevado</p>				
Auto-focalización Negativa	Autoestima	<p>Generar el conocimiento acerca de la autoestima y el beneficio del autoconocimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Introducción: Exposición breve de la temática. • Dinámica: La Lana (Virtudes y gestos) • Exposición de la Temática “Aprendiendo a Cuidar mi Autoestima” • Dinámica: “Dar y Recibir” • Solución de dudas y 	<p>Facilitador/a</p> <p>Pacientes con HTA</p> <p>Lista de Asistencia</p> <p>Computador y proyector</p> <p>Diapositivas</p> <p>Marcadores</p> <p>Pizarrón</p> <p>Lana</p>	60 minutos	1

			<p>Retroalimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarea para la casa: Frente al espejo, a una hora específica, mirar su reflejo, sonreírse a sí mismo, expresar frases agradables que le hagan sentir bien. 			
	<p>Pensamiento Adecuado: ¿Cómo manejar los pensamientos negativos?</p>	<p>Brindar herramientas al grupo de participantes en la identificación de pensamientos negativos asociados al estrés y generar re-evaluaciones positivas ante situaciones problemáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Dinámica: En una hoja escribir los pensamientos negativos que han tenido. • Exposición de la Temática “Cómo pienso, Siento y Actúo” • Técnica de stop del pensamiento 	<p>Facilitador/a Pacientes con HTA Lista de Asistencia Computador y proyector Diapositivas Marcadores Pizarrón Tarjetas de Verbalizaciones positivas y negativas</p>	90 minutos	1

<p align="center">RE-EVALUACIÓN POSITIVA</p>	<p align="center">Los Conflictos</p>	<p align="center">Analizar los aspectos positivos de una situación conflictiva o problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Lluvia de Ideas: ¿Qué desata un conflicto o problema? • Exposición de la Temática “Aspectos positivos y negativos del conflicto” • Solución de Dudas y Retroalimentación 	<p align="center">Facilitador/a Pacientes con HTA Lista de Asistencia Computador y proyector Diapositivas Marcadores Pizarrón</p>	<p align="center">60 minutos</p>	<p align="center">1</p>
<p align="center">EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA</p>	<p align="center">Inteligencia Emocional</p>	<p align="center">Identificar y expresar los estados emocionales de forma asertiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e Introducción • Evaluación de conocimientos previos al tema: ¿qué son las emociones? ¿Qué son los sentimientos? ¿Qué emociones experimento de forma más frecuente? • Exposición de la Temática “Inteligencia Emocional” • LLUVIA DE IDEAS: - Se 	<p align="center">Facilitador/a Pacientes con HTA Lista de Asistencia Computador y proyector Diapositivas Marcadores Pizarrón Papalotes</p>	<p align="center">90 minutos</p>	<p align="center">1</p>

			<p>pide a los participantes mencionen una emoción, las cuales se escribirán en un papelote</p> <p>- Con apoyo de los participantes clasifica en dos grupos a las emociones escritas en: agradables o desagradables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de conocimientos posterior al taller: <p>¿Cuál es la diferencia entre emociones y sentimientos?</p> <p>¿Cómo puedo comunicar mis emociones de forma adecuada?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución de dudas y Retroalimentación 			
Entrenamiento en Habilidades Sociales	Entrenar a los participantes en habilidades como la capacidad de	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Dinámica: El teléfono Dañado 	Lista de asistencia Computador y proyector Diapositivas	90 minutos	1	

		escucha, aclaración, comunicación asertiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo Comunicativo • Actividades de grupo: Role-playing de comunicación y asertividad • Evaluación de conocimientos: <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es ser asertivo? ¿Cuáles son los pasos para una comunicación asertiva? ¿En qué escenarios puedo aplicar la comunicación asertiva? • Tarea para casa: Aplicar la comunicación asertiva 	Marcadores Lapiceros Hojas de diálogos/escenarios para el role-playing		
BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	Apoyo Social en la Enfermedad Crónica	Orientar y generar el conocimiento en los pacientes acerca del apoyo social y su influencia en el control o descompensación de la enfermedad crónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida e introducción. • Diálogo Comunicativo y exposición de la temática. • Actividad: Realizar una tarjeta donde se identifique a la 	Lista de asistencia Computador y proyector Diapositivas Marcadores Lapiceros Cartulinas	90 minutos	1

		Indicar la importancia de compartir y expresar las preocupaciones, inquietudes, problemas por las que se está atravesando a personas de confianza.	<p>persona o grupo de personas a las cuales acudir en una situación de conflicto o estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarea para casa: A un miembro de la familia de la tarjeta realizada, expresar sus preocupaciones inquietudes utilizando la comunicación asertiva. 	Goma Fotografía		
--	--	--	--	--------------------	--	--

Fuente: Caballo (2010) Ayora (2018)

Elaborado: Danna Pintado

7. Discusión

En el presente tema de investigación estuvo compuesto por una muestra de 60 pacientes, conformada por 52 mujeres y 8 varones, con edades entre los 35 a 60 años, con una mayor frecuencia de edad entre los 51 y 60 años.

Uno de los objetivos planteados fue determinar los niveles de estrés predominantes en este grupo de control en el cual de acuerdo a la aplicación de la Escala de Percepción de Estrés – 14 ítems completa (PSS-14), el mayor porcentaje es de 90% lo que corresponde a 54 individuos que tienen un nivel de estrés medio, lo que significa la posibilidad de enfrentar manifestaciones psicósomáticas, mientras que existe un 5% preocupante de estrés alto. En un estudio de Molerio, Arce, Otero & Nieves (2005), establecen que un alto nivel de estrés constituye un factor predictivo de hipertensión arterial; estos estudios manifiestan que cuando el estrés se hace crónico en el tiempo se generan una serie de cambios fisiológicos, dentro de los cuales se encuentra el aumento de la presión arterial, y, conjuntamente con los antecedentes genéticos genera un desarrollo de la enfermedad, lo que conlleva a deducir que el nivel de estrés del paciente puede acarrear múltiples riesgos como los trastornos digestivos, cardiovasculares, endocrinos e inmunológicos entre otros. Mencionan que los niveles de estrés medio y elevado se ven influenciados por factores psicosociales (sucesos vitales mayores, micro eventos) como el padecer HTA, situaciones conflictivas en el subsistema conyugal, dificultades en la crianza de los hijos, asumir responsabilidades correspondientes a la crianza de los nietos, el fallecimiento de una familiar o ser querido, la no resolución adecuada del duelo, falta de apoyo familiar y consumo de alcohol; Deborah, Pereyra Cófreces, Stefani (2016) refiere que el 65% de las personas atribuyen el origen de la enfermedad a causas psicosociales; con ello no queremos decir que el individuo es una víctima pasiva del estrés, sino que la forma como evalúa los diferentes sucesos vitales, de acuerdo a sus cogniciones, recursos y la posibilidades de enfrentarlos puede crear, aumentar, mantener o disminuir la respuesta al estrés.

Las estrategias de afrontamiento predominantes en los pacientes del grupo de control “Mi Enfermedad a la Raya” que de acuerdo a los resultados obtenidos se focalizan en la Solución de Problemas; lo cual es similar al estudio de Bernal Trujillo, Lemos Hoyos, Medina Durango, Ospina Duque, & Torres (2009) y Deborah,*et;al* (2016); Hagger y Orbell (2003) observaron que aquellos individuos que interpretaron la enfermedad de manera más favorable, positiva y

refiriendo un mayor control sobre la misma, fueron quienes presentaron un mayor grado de bienestar psicológico y utilizaron las estrategias de afrontamiento más activas como la FSP y de re-evaluación positiva.

No obstante, los pacientes de este estudio utilizan en menor proporción la estrategia de afrontamiento Expresión Emocional Abierta (13%) lo que confirma la teoría de Cea JI (2010), Hans P, Schobel B y Grossa G refiriendo que los individuos con HTA inquiera menos apoyo emocional, evidenciando así que los individuos con mayor reactividad en la PA usaron en menor proporción esta estrategia, haciendo mayor énfasis en la actividad cognitiva, es decir, la solución al problema se detiene a nivel cognitivo y no hacia conductas que solucionen el problema (Molerio et al., 2005). El 28% de los pacientes se refugia en la Búsqueda de Apoyo Social , lo que corrobora el estudio de Ugarte, J. I. C., Arrillaga, A. G. P., & Raposo, J. J. B. (2016) en el cual al analizar las EAF en pacientes con HTA esencial evidenciaron que se utilizaba en menor proporción la estrategia de búsqueda de apoyo social; por consiguiente, si los individuos poseen menor apoyo social no tienen los medios suficientes para poder expresar emociones, identificarse con otros y por consiguiente menos apoyo para la resolución de las situaciones estresantes(Di-Colloredo et al., 2007).

8. Conclusiones

Posterior al análisis de los resultados y en concordancia a los objetivos planteados en la investigación se concluye que:

- Los pacientes con HTA pertenecientes al Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” están dentro de los niveles medios de estrés.
- La estrategia de afrontamiento mayormente utilizada por los pacientes con HTA pertenecientes al Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” es La Focalización en Solución de Problemas seguida del Apoyo Espiritual - Religión, en menor proporción Búsqueda de Apoyo Social.
- En el análisis correlacional se encontró una significancia baja entre las variables principales Estrés y Estrategias de Afrontamiento Auto focalización Negativa y Búsqueda de Apoyo social
- Se plantea una propuesta de intervención psicológica enfocada en la psico-educación para potenciar las estrategias de afrontamiento en los pacientes del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.

9. Recomendaciones

- En base a los resultados de la investigación, se recomienda realizar la ejecución del plan de intervención propuesto y una re-evaluación posterior con el fin de evidenciar los resultados esperados propuestos en el plan de intervención.
- Realizar controles psicológicos a los pacientes con HTA que presentan un nivel de estrés alto, con el fin de realizar una intervención psicológica personalizada, logrando así una mejor adherencia al tratamiento y una buena salud mental.

11. Bibliografía

Alonso, C. F. (2009). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. In *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. Fundación BBVA.

Álvarez, J., Carrión, J., Casanova, P., Rubio, R., Miras, F., Salvador, M., & Sicilia, M. (2010). Programa auto aplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes. Universidad de Almería. Ministerio de Educación y Ciencia. España.

Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., Zambrano, J. (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1) 123-145.

Andréu, M, de Larrinaga, A. Pérez, J. A. M., Martínez, M. Á. M., Cuesta, F. J. P., Guerra, & Rodríguez, P. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de Neurología*, 63(Suplemento 2), S1-S27.

Armario, P. (2003) Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vasculosa* 9 (4) 226-234.

Armario, P., del Rey, R. H., & Martín-Baranera, M. (2002). Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. *Medicina clínica*, 119(1), 23-29.

Ayora Cevallos, S. P. (2018). Impacto psicosocial y familiar de los cuidadores informales de menores de 18 años beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara de la ciudad de Loja (Master's thesis).

Bejarano, J. M. L., & Cuixart, C. B. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención primaria*, 43(12), 668-677.

Bernal, C. (2009) Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista Ces Psicología*, 2. (2). 55-57

Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento Cognitivo- Conductual de los Trastornos Psicologicos. Siglo XXI, 1

Cardinali, D. (2005), Manual de neurofisiología, (9ª. Edición). Buenos Aires, Mitre Salvay.

- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Barcelona. Paidós
- Chrousos, G.P. (2009) Stress and disorders of the stress system. *Nature Review Endocrinology*, 5 374-381.
- Coelho, L.A., Costa, J.M. (2010) Bases neurobiológicas del estrés postraumático. *Anales de Psicología*, 26 (1) 1-10.
- Cova Solar, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia psicológica*, 25(2), 105-112.
- Dauelsberg-Tannenbaum, E., & Cornejo-Leighton, P. (2017). Perfil psicológico en sujetos con hipertensión arterial esencial. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(3), 151-159.
- De Camargo, B. (2010). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista medico científica*, 17(2), 78-86.
- Di-Collaredo, C., & Aparicio Cruz, D., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1 (2), 125-156.
- Di-Collaredo, C., Aparicio Cruz, D. P., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2).
- Dos Santos, C. V. (2012). Investigación básica sobre estrés y sistema inmunitario. *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada*, 17.
- Elena, G. (2002): Estrés: desarrollo histórico y definición. *Revista Argentina de Anestesiología* 60, 6, 350-353
- Ericson, T., Gunaketu, B., Barstad, A. (2014) Mindfulness and sustainability. *Ecological Economics*, 104, 73-79.
- Fernández-Ríos, M. (1999). Aspectos positivos y negativos del conflicto. JF Morales y S. Yubero (Coords.), *El grupo y sus conflictos*, 25-46.

Figuroa, M. & Cols. (2005). Los estilos de afrontamiento y su relación con el bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socio económico bajo. *Anales de Psicología*, 21, 1.

García Grau, E., Fusté Escolano, A., & Bados López, A. (2008). Manual de entrenamiento en respiración. Barcelona: Universidad de Barcelona.

García-Bueno, B., Leza, J.C. (2008) Mecanismos inflamatorios/antiinflamatorios en el cerebro tras la exposición a estrés. *Revista de Neurología*, 46 (11).

Gomez, B. (2007). Estrés y Sistema Inmune. *Revista Mexicana De Neurociencias*, 1(7), 30-38.

Guevara-Gasca, M. D. P., & Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latín American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1).

Gutiérrez Rodas, J. A., Montoya Vélez, L. P., Toro Isaza, B. E., Briñón Zapata, M. A., Rosas Restrepo, E., & Salazar Quintero, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico.

Gutierrez, A., & Moscoso, J. (s.f.). Guía de sesiones HABILIDADES PARA LA VIDA Para organizaciones juveniles. Recuperado 18 diciembre, 2019, de <http://www.cedro.org.pe/emprendimientojuvenil/images/pdf/habilidadesplavidaguiadesesiones.pdf>

Hora, D. (2018). *El estilo de vida saludable reduce la hipertensión - La Hora*. [online] La Hora Noticias de Ecuador, sus provincias y el mundo. Available at: <https://m.lahora.com.ec/loja/noticia/1102156313/el-estilo-de-vida-saludable-reduce-la-hipertension->

Íñiguez Auquilla, L. (2013). Factores psicosociales y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, en el periodo 2012-2013 educación para la salud mental (Master's thesis).

Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M.P., Miró, E., Sánchez, A.I. (2012) Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28 (1), 28-36.

Labrador, F. J., Labrador Encinas, F. J., Cruzado Rodríguez, J. A., & Muñoz López, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Leira, M. (2012). Manual de bases biológicas del comportamiento humano. Montevideo: UdelaR. CSE.

López, I. B. (2009). Somatizaciones cutáneas. *Enfermería Dermatológica*, 3(6), 8-15.

López-Hernández, L. (2016). Técnicas Mindfulness en centros educativos. Desarrollo académico y personal de sus participantes-Mindfulness techniques in the schools. Academic and personal development of its participants. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(1), 134-146.

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1).

Magán I. Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial. Memoria para optar al grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 2010. Recuperado en: <http://eprints.ucm.es/11842/1/T32428.pdf>

Martín Arnau, A., y M. Rodríguez Mañero. «Estrés y enfermedad cardiovascular». En J. Plá Vidal y J. Salvador Rodríguez, coords. Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. 1.^a ed. Madrid: Acción Médica, 2006.

McCubbin H., Cauble, E. & Patterson, J. (1982). *Family stress, coping, and social support*. Springfield. Thomas Publisher.

McCubbin, H. & McCubbin, M. (1988). Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations* 37 (3), 247-54

Meneses, J. J. (2013). Programa de intervención en estrategias de afrontamiento para la adaptación universitaria en estudiantes de nivel introductorio UIS-Socorro.

Molerio O, García G. Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología Universidad de Chile* 2004; 17, 101-9

Molerio Pérez, O., Arce González, M. A., Otero Ramos, I., & Nieves Achón, Z. (2005). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 43(1).

Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García. A.G., Hernández-Domínguez, L., Contreras, C.M. (2008) Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24 (2)353-360.

Mucio-Ramírez, J. S. (2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *Revista de educación bioquímica*, 26(4), 121-128.

Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C., & Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1).

Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2).

OMS. (2013). información general sobre la hipertensión en el mundo. 2018, de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=4D6B04558965C7BAC07D9EAB82AB554F?sequence=1

OPS. (2015). La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe.2018, de ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Recuperado de: <https://news.un.org/es/audio/2015/05/1409181>

Ortega, A., & Salanova, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Agora Saúde*. doi: [10.6035/Ago2016.3.30](https://doi.org/10.6035/Ago2016.3.30)

Paho.org. Diabetes e Hipertension dos Males Silenciosos que Afectan a la Salud. 2013. Recuperado en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1115:enero-21-2014&Itemid=972

Palacios, L., & Heinze, G. (2002). Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (segunda parte). *Salud mental*, 25(5), 61-71.

Permuy, M. S. L. (2011). Manual de bases biológicas del comportamiento humano (No. 612.8 MANb). Montevideo: Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR).

Planes Pedra, M. (1992). Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de Psicología*, 1992, núm. 54, p. 97-108.

Pompa Guajardo, E. G., & Meza Peña, C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3).

Ramos, M. I., Cardoso, M. J., Vaz, F., Torres, M. D., García, F., Blanco, G., & González, E. M. (2008). Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(3).

Reiter, R. J., & Benítez-King, G. (2001). Mente-cerebro: sus señales y su repercusión en el sistema inmunológico. *Salud Mental*, 24(1), 3-9.

Robles, N. R., & Cancho, B. (2002). Hipertensión de bata blanca. *Nefrología*, 22, 72-76.
Robles, B. H. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, 71(S1), 208-210.

Rozanski, A., J. A. Bluementhal, y J. Kaplan. «Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy». *Circulation* 99: 2192-2217.

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

Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 8-19.

Ugarte, J. I. C., Arrillaga, A. G. P., & Raposo, J. J. B. (2016). Estrategias de afrontamiento e hipertensión arterial esencial. *Revista Española de Motivación y Emoción*, (3), 37-50.

12. Anexos

4. Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

Loja, 25 de Febrero del 2019

Mg.Sc.

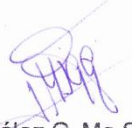
Zhenia Muñoz Vines.

GESTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA.

En su despacho.-

Reciba un atento y cordial saludo.

En atención al OFICIO.- 078- C.PS.CL.-FSH-UNL, con fecha 13 de Febrero del 2019, me dirijo a Usted muy comedidamente, para hacerle conocer que una vez que se han realizado la revisión y correcciones necesarias del Proyecto de Tesis. **"NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL "MI ENFERMEDAD A LA RAYA" DEL BARRIO GRAN COLOMBIA"**, de autoría de la Srta. **DANNA CAROLINA PINTADO CEPEDA**, Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, una vez revisados los respectivos parámetros, inherentes a la estructura y coherencia, del mismo, el informe es favorable y pertinente para su ejecución.


Dra. María Susana González G. Mg.Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
RECIBIDO POR: *María P. Heron*
Loja: *25-02-2019*
Hoja: *17.57400*

Anexo 2: Autorización de la institución para realizar las evaluaciones

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Coordinación Zonal 7 - Salud
Dirección Distrital 11D01 Loja-Salud

Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-11D01-2019-0219-O

Loja, 26 de abril de 2019

Asunto: RESPUESTA: UNL. Ps. Zhenia Muñoz Vince, solicita se conceda la aplicación de instrumentos Psicológicos a la estudiante Danna Carolina Pintado

Mgs.docente.universidad Nacional de Loja
Zhenia Maritza Muñoz Vines
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Of. N.- 254-CPC- FSH-UNL, suscrito por Ps. Zhenia Muñoz Vince, se autoriza a la estudiante Danna Carolina Pintado Cepeda con N.- cédula 11050211909 realice en el consultorio de Psicología del centro de Salud N° 3 la aplicación de instrumentos Psicológicos a pacientes con Hipertensión Arterial pertenecientes al grupo de pacientes crónicos del Centro de Salud N°3 como parte del proyecto de tesis "NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL MI ENFERMEDAD A LA RAYA DEL BARRIO GRAN COLOMBIA, al respecto me permito indicar que en el proyecto presentado por la alumna será bajo la coordinación de la Pis. Cl. Sara Ayora Cevallos psicóloga de la unidad operativa, profesional que deberá garantizar que la aplicación de los instrumentos y la propuesta de intervención psicológica deberá ser realizada bajo los parámetros establecidos en las Guías Prácticas clínicas.

Al finalizar proyecto la Gestora Académica de la Carrera deberá entregar al distrito los resultados de la investigación así como la propuesta de intervención mediante acta de entrega recepción.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente.

Documento firmado electrónicamente

Ing. Mauro Colon Castro Guerrero
DIRECTOR DISTRITAL 11D01 LOJA-SALUD

Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala
Loja – Ecuador • Código Postal: 110107 • Teléfono: 593 (07) 2579-428 • www.salud.gob.ec

Anexo 3: Certificado de Recolección de Datos

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



Loja, 14 de noviembre de 2019

Dr. Álvaro Manuel Quinche

Médico Familiar del Centro de Salud N°3 y Coordinador del Grupo “Mi Enfermedad a la Raya”

Psi. Cl. Sara Paulina Ayora Cevallos Mg.Sc

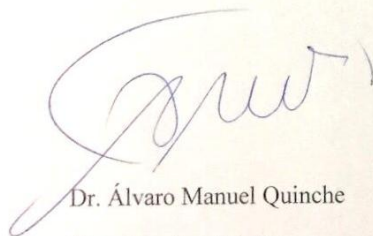
Psicóloga Clínica del Centro de Salud N° 3

Certifica:

Que la Señorita **Danna Carolina Pintado Cepeda** con número de cedula: **1105021909**, egresada de la carrera de Psicología Clínica, se le autorizó mediante oficio n° MSP-CPZ7-DS-11D01-2019-0919-O la recolección de datos para su proyecto de Tesis titulado, “Niveles de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Hipertensión Arterial pertenecientes al Grupo de Control “Mi enfermedad a la Raya del Barrio Gran Colombia”, realizándose la recolección de datos y la aplicación de los instrumentos psicológicos, en el consultorio de Psicología del Centro de Salud N°3.

La solicitante puede hacer uso de este documento en lo que estime pertinente.

Atentamente:

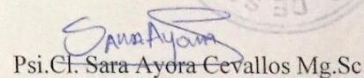


Dr. Álvaro Manuel Quinche

Coordinador del Grupo

“Mi Enfermedad a la Raya”

Dr. Álvaro Manuel Quinche
Centro de Salud No. 3
Médico Familiar
1105021909

Psi.Cl. Sara Ayora Cevallos Mg.Sc

Psicóloga Clínica del CSN°3

Sara Paulina Ayora C
PSICÓLOGA CLÍNICA
C.I. 1194487721
REG. SENESCYT N° 1008-12-1110943

Anexo 4: Consentimiento informado para participantes

Consentimiento Informado

a) Acepto participar voluntariamente en la investigación denominada: “NIVELES DE ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL “MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN COLOMBIA realizada por la señorita: **Danna Carolina Pintado Cepeda** estudiante de la carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja, para su tesis de grado.

b) Entiendo que para fines de la investigación se me solicitará responder dos cuestionarios que permitirán obtener información sobre mi manera de actuar y sentir. El proceso durará 30 minutos, aproximadamente.

c) La información que brinde será estrictamente confidencial pues será anónima y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

d) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán confidenciales.

e) Cualquier pregunta que yo quisiera hacer en relación a mi participación en esta investigación deberá ser contestada por la investigadora.

f) Mi consentimiento ha sido dado voluntariamente, sin haber sido forzado/a y obligado/a. He leído y entendido este consentimiento informado.

Por lo anterior, acepto participar voluntariamente en la investigación.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Investigadora responsable: Danna Carolina Pintado Cepeda.

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/2019

Por favor, continúe a la siguiente hoja y prosiga con la contestación de las interrogantes, si tiene alguna duda, por favor hacérmela conocer.

Anexo 5: Cuestionario De Afrontamiento Al Estrés Cae**CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (CAE)**

En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida usted la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.

Primero por favor rellene los datos personales solicitados; posteriormente Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que usted piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente. (Aproximadamente durante el pasado año).

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante una situación de estrés?

0= Nunca	1= Pocas veces	2= A veces	3=Frecuentemente	4= Casi siempre
----------	----------------	------------	------------------	-----------------

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían Mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del Problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del Problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4

23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas	0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema	0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente	0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0 1 2 3 4
35. Recé	0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0 1 2 3 4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo	0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0 1 2 3 4

Corrección de la prueba:

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subes

calas: **Focalizado en la solución del problema (FSP):** 1, 8, 15, 22, 29,

36. **Auto focalización negativa (AFN):** 2, 9, 16, 23, 30, 37.

Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38.

Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25,

32, 39. **Evitación (EVT):** 5, 12, 19, 26, 33, 40.

Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41.

Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.

Anexo 6: Escala De Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (Pss) – Versión Completa
14 Ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha	0	1	2	3	4

sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

¡Gracias por su Colaboración!

Anexo 7: Certificado de Traducción del Resumen del Idioma Español al Inglés.



Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL "MI ENFERMEDAD A LA RAYA" DEL BARRIO GRAN COLOMBIA** de la autoría de la Srta. Danna Carolina Pintado Cepeda con número de cédula 1105021909, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 07 de noviembre de 2019.

Lic. Rafael Silva
DOCENTE DE FLUENCY LANGUAGE CENTER

Anexo 8: Memoria Fotográfica



Anexo 9: Proyecto de Tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**“NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL
“MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN
COLOMBIA.**

Proyecto de Tesis previo a la
obtención del título de
Psicóloga Clínica

AUTORA:

Danna Carolina Pintado Cepeda

LOJA- ECUADOR

2019

TEMA

**NIVELES DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PERTENECIENTES AL GRUPO DE CONTROL
“MI ENFERMEDAD A LA RAYA” DEL BARRIO GRAN COLOMBIA.**

PROBLEMÁTICA

La hipertensión arterial constituye uno de los factores riesgos clave de las enfermedades cardiovasculares, esta afecta a mil millones de personas en el mundo provocando infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares; se calcula que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas (OMS, 2013).

En el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos (40%) (OMS, 2013).

La situación específicamente en América Latina y el Caribe la hipertensión es la causa de muerte de 800.000 personas al año; se estima que entre el 20% y 35% de la población adulta tiene hipertensión, la cual ha aumentado en los últimos años y la mayoría desconoce su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta con presión arterial alta no han sido diagnosticados con hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada (OPS 2017).

Ecuador es uno de los países con índices elevados de hipertensión arterial, un 46% de personas en el país tiene diagnóstico de HTA, pero solo el 15% de esa población sabe que es hipertensa y mantiene los controles adecuados para la misma; además 17.529 personas de 10 a 59 años padece de hipertensión arterial.

En la ciudad de Loja en el distrito 11 D01 Loja existen 537 personas aproximadamente que padecen esta enfermedad, afectando mayoritariamente a hombres, de cada 100, 12 padecen hipertensión y en mujeres de cada 100, 7 padecen de esta enfermedad; la cual se desarrolla por diversos factores ya sea por causas genéticas, dieta mal sana, uso nocivo de alcohol y tabaco, inactividad física, el sobrepeso, exposición prolongada al estrés y temperamento.

El estrés es una enfermedad que va en progresión a nivel mundial y es de mucha preocupación porque cualquier persona puede padecerla sin importar la edad, el género, condición económica o raza.

“El estrés se origina frente a una situación que afecta el equilibrio en el organismo, para lo cual se activa un mecanismo de emergencia que produce una activación psicofisiológica en la que se recoge, procesa e interpreta la información más rápida y eficazmente, y así permite al organismo dar una respuesta adecuada a la demanda” (Fernández- Abascal y Palmero, 1999).

Este tema ha sido estudiado desde que Selye en 1936 lo relacionó con el de homeostasis; siendo evidente que causa un impacto sobre la salud de la población, tanto física como mental, provocando preocupación y angustia lo cual puede generar trastornos personales, alteraciones familiares o incluso afectar al medio social (Naranjo, 2009).

Hablar sobre el estrés es muy amplio y complejo dado por las exigencias del estilo de vida que llevamos en la actualidad, por ejemplo, exceso o presión en el trabajo, con la familia, en el estudio, conocer el diagnóstico de una enfermedad, deficiencia en las relaciones personales, presión social y otros que con el tiempo repercuten en nuestra salud. Sin embargo, la mayoría de las personas no le da la importancia necesaria debido a muchos factores, ya sea por falta de información, falta de tiempo, falta de atención a muchos signos y síntomas, deficiencia en las estrategias de afrontamiento, que, a la larga desencadenan

complicaciones, generando un estrés crónico acompañado de cambios fisiológicos y por consiguiente un aumento de cortisol; convirtiéndose en un factor influyente en el desarrollo de trastornos mentales como ansiedad, depresión o consumo de sustancias psicoactivas.

Asumir la enfermedad se puede vincular a las diferentes formas de afrontamiento al estrés que desarrolla el individuo, entendiendo como afrontamiento al conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, los cuales no son estáticos ya que estos se desarrollan para enfrentar las demandas específicas, ya sean internas o externas, las cuales son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Fernández et, al; 1999), el tener un diagnóstico o conocer inicialmente que se padece HTA se convierte en una demanda externa y no saber cómo asimilar, actuar o sentirse es lo que se transforma en problemático para algunos individuos, y, aunque se utilice alguna estrategia de afrontamiento, su uso no siempre es positivo a pesar de que exista un éxito en eliminar el estresor, dado que pueden generar fatiga, sobre-generalización y efectos secundarios que se evidencia tanto en hombres como en mujeres, siendo más vulnerables los individuos con un déficit en las estrategias de afrontamiento adecuadas para el mismo.

Una vez expuesta la problemática se generan algunas interrogantes:

¿Qué niveles de estrés predominan en los pacientes con hipertensión arterial pertenecientes al grupo de control “Mi enfermedad a la raya” pertenecientes al barrio Gran Colombia?

¿Qué tipos de estrategias de afrontamiento al estrés utilizan los pacientes con hipertensión arterial pertenecientes al grupo de control “Mi enfermedad a la raya” pertenecientes al barrio Gran Colombia?

Justificación

La hipertensión arterial representa un importante problema de salud pública que sustenta la necesidad de establecer programas de prevención, detección, evaluación y tratamiento de los mismos.

El estrés en la actualidad se ha convertido en un problema mundial, siendo influyente en el desarrollo de esta enfermedad variables psicológicas como pensamientos distorsionados (sobre-generalización, dicotomías...) falta de habilidades sociales, deficiencia en la resolución de problemas, rasgos de personalidad de tipo A, caracterizados por patrones competitivos, con sentido de urgencia del tiempo y hostilidad, influencias ambientales ya que el ser humano cumple diferentes roles en la sociedad; siendo así que las personas diagnosticadas con HTA, se ven inmersos en una situación que no solo afecta a la salud física, sino también a la salud mental, además la existencia de factores psicosociales que constantemente afectan su permanencia emocional y la dimensión psicológica del individuo que sufre esta enfermedad, es así que dependiendo de sus estrategias de afrontamiento al estrés podrán enfrentar los diferentes obstáculos o problemas y de esta forma también disminuir la carga emocional o física producto de lo que conlleva el padecer la enfermedad; entendiendo que a mayores niveles de estrés más deficientes son las estrategias de afrontamiento que el individuo pone en práctica.

Las personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial en el cantón Loja han sido partícipes de un número reducido de investigaciones en el campo de la Psicología Clínica siendo vital importancia esta población, debido a que necesitan de una atención integral y redes de apoyo que brinden soporte tanto físico como emocional para sentir seguridad en sí mismos, apreciar el soporte de sus seres queridos y ser capaces de asumir la enfermedad y los

cuidados respectivos de estos para no desencadenar en una diabetes o un accidente cerebrovascular.

Desde esta perspectiva, el identificar los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento utilizadas por este grupo de control de pacientes con HTA direccionará de mejor manera a los profesionales de la salud de Centro N°3, los cuales podrán organizar y planificar de una mejor manera el tratamiento de este problema de salud; así mismo los resultados obtenidos podrán servir de beneficio a futuras indagaciones y brindar datos a nivel local que contribuirán en la formación académica y aportes a la sociedad.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento en los pacientes con Hipertensión Arterial pertenecientes al grupo de control “Mi Enfermedad A La Raya” del Barrio Gran Colombia.

Objetivos Específicos

- Determinar los niveles de estrés predominantes en los pacientes con HTA del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con HTA del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.
- Establecer la relación entre los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con HTA del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.
- Elaborar una propuesta de intervención psicológica potenciando las estrategias de afrontamiento en los pacientes del Grupo de Control “Mi Enfermedad a la Raya” del barrio Gran Colombia.

Metodología

TIPO DE ESTUDIO

El estudio será de enfoque mixto cuali-cuantitativo lo cual permitirá recolectar datos que serán medidos a través de instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos e interpretados a través de análisis estadísticos y descriptivos.

Además la investigación será de diseño prospectivo, transversal, descriptivo y correlacional dado que la información será recolectada en la actualidad, se representará las características de cada variable y finalmente se determinará la relación existente entre los niveles de estrés elevados o bajos y las estrategias de afrontamiento utilizadas en pacientes hipertensos.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estará conformado por 60 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial pertenecientes al grupo de control “Mi enfermedad a la raya” del barrio Gran Colombia de la ciudad de Loja; la muestra estará conformada por todo el universo hombres y mujeres de 35 a 60 años.

Criterios de Inclusión

Pacientes con HTA pertenecientes al grupo de control

Pacientes de edades comprendidas entre 35 a 60 años.

Criterio de Exclusión

Personas con HTA no pertenecientes al grupo de control.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Niveles de estrés</p>	<p>El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual.</p>	<p>Psicológica</p>	<p>La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes en las cuales se establecen en 2 categorías:</p> <p>Percepción de estrés bajo 41></p> <p>Percepción de estrés medio alto: 42 – 56 puntos</p> <p>Percepción de estrés medio: 28 – 41 puntos</p>	<p>Escala de Estrés Percibido - <i>Perceived Stress Scale (PSS)</i> – versión completa 14 ítems.</p>
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Estrategias de</p>	<p>Son esquemas mentales intencionales de respuestas dirigidas a</p>	<p>Psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Focalizado en la solución del problema (FSP) Ítem: 1, 8, 15, 22, 29, 36. • Auto-focalización negativa (AFN) Ítem: 2, 	

<p>afrontamiento</p>	<p>manejar, dominar, tolerar, reducir, minimizar las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.</p>		<p>9, 16, 23, 30, 37.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación positiva (REP) Ítem: 3, 10, 17, 24, 31, 38. • Expresión emocional abierta (EEA) Ítem: 4, 11, 18, 25, 32, 39. • Evitación (EVT) Ítem: 5, 12, 19, 26, 33, 40. • Búsqueda de apoyo social (BAS) Ítem: 6, 13, 20, 27, 34, 41. • Religión (RLG) Ítem: 7, 14, 21, 28, 35, 42. 	<p>Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)</p>
----------------------	--	--	--	---

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizará un conjunto de técnicas e instrumentos con el objetivo de alcanzar la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos planteados en esta investigación; el cual estará integrado por:

- **Oficio:** El oficio es un tipo de instrumento que permite para comunicar disposiciones o también para llevar a cabo gestiones de acuerdos, de disposiciones, para lo cual en la presente investigación será utilizado para solicitar al director del Centro de Salud N° 3 la autorización para la realización de aplicación de reactivos psicológicos a los pacientes con hipertensión arterial del grupo de control ya mencionado anteriormente.
- **Consentimiento Informado:** Se realizará un consentimiento informado dirigido a los participantes de la investigación, en el cual la persona participante autoriza que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por la investigadora del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. El consentimiento informado debe contener al menos los siguientes apartados:
 - Nombre del proyecto de investigación.
 - Objetivos del estudio.
 - Procedimientos que se le realizarán a las personas en ese estudio.
 - Riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio así como las molestias que pudieran generar.
 - Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.

- Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

El documento del Consentimiento informado tendrá: Título de la investigación, número de reactivos psicológicos a aplicar, ítems de confidencialidad, fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación, el nombre, firma, información de contacto de la investigadora.

- **Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa**
14 ítems

La escala fue creada por Cohen, Ka-marck y Mermelstein (1983) para evaluar esta respuesta automática ante los estresores desde la autopercepción sin necesidad de acudir a mediciones fisiológicas o de laboratorio (Carlson & Heth, 2007). El instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas, valorando el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos:

(0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo).

La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Los estudios previos muestran una estructura bifactorial (Control vs. No control) y buena consistencia interna para las tres versiones EEP- 10 EPP-13 EPP-14 (entre 0,87 y 0,91) (Pedrero Pérez y Olivar Arroyo, 2010).

- **Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)**

Es una prueba para mayores de 18 años que puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos. Este cuestionario está conformado por 42 preguntas divididas en 7 sub-escalas, estas son: 1). Búsqueda de apoyo social (BAS), 2). Expresión emocional abierta (EEA), 3). Religión (RLG), 4). Focalizar en la solución del problema (FSP), 5). Evitación (EVT), 6). Auto-focalización negativa (AFN) y 7). Reevaluación positiva (REP), en las cuales por cada pregunta debe elegir una de las 5 opciones de respuesta:

0= Nunca	1= Pocas veces	2= A veces	3=Frecuentemente	4= Casi siempre
----------	----------------	------------	------------------	-----------------

La calificación del CAE, se suman los valores registrados por el evaluado en cada pregunta, según la distribución de los ítems en cada una de las siete subescalas, determinando así que los que tienen puntuación más alta, serán los tipos de afrontamiento utilizados con regularidad.

La fiabilidad (consistencia interna) del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa subescalas BAS, RLG y FSP presentan coeficientes $> 0,85$ (niveles excelentes), las subescalas EEA, EVT y EEP presentan coeficientes entre 0,71 y 0,76, correspondiendo el coeficiente más bajo (0,64) a la subescala ANF. Considerados conjuntamente, podríamos decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que cada subescala posee sólo 6 elementos(Sandín, B., y Chorot, P. 2003).

PROCEDIMIENTO

Fase 1

Se procederá a solicitar la autorización mediante oficio al director del Centro de Salud N°3 y al médico comunitario responsable del grupo de control y además se establecerá un acercamiento con los pacientes del grupo de control “Mi enfermedad a la raya” del barrio Gran Colombia.

Fase 2

Recolección de datos

Posterior y de acuerdo a lo establecido por las autoridades se procederá a la aplicación de los reactivos psicológicos descritos al grupo de control de pacientes con HTA; para ello serán citados en horarios de 3pm a 4pm al Centro de Salud N° 3 en el consultorio de Psicología.

Una vez obtenidos los resultados se procederá a analizar la información, realizar las tabulaciones y las representaciones gráficas; utilizando el programa IBM SPSS Statistics 25; consecuentemente se establecerá la correlación entre niveles de estrés y estrategias de afrontamiento y finalmente elaborar la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Fase 3

En base a los resultados obtenidos se elaborará una propuesta de Intervención Psicoterapéutica dirigido a disminuir los niveles elevados de estrés y potenciar las estrategias de afrontamiento al estrés.

Presupuesto y Financiamiento**Presupuesto**

ÍTEM	COSTO
Internet	\$40
Transportes	\$50
Impresiones	\$150
Fotocopias	\$60
Empastados de tesis	\$20
Varios	\$300
TOTAL	\$620

Financiamiento

El tema de investigación planteado será financiado por la autora.