



UNIVERSIDAD SALESIANA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OBESIDAD,
COMPARADO CON EL DE PACIENTES QUE NO
LAS PADECEN.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ANIE DEL CARMEN CASTELLANOS QUEVEDO

ASESOR:
LIC. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I Enfermedades crónico degenerativas

- 1.1 Qué son las enfermedades crónico degenerativas
- 1.2 Diabetes
- 1.3 Hipertensión arterial
- 1.4 Obesidad

Capítulo II El estrés

- 2.1 Definición del estrés
- 2.2 Antecedentes del estrés
- 2.3 Efectos psicológicos del estrés
- 2.4 Respuestas psicológicas del estrés
- 2.5 Repercusión del estrés en la salud mental y física
- 2.6 Técnicas para el manejo del estrés

Capítulo III Instrumento de medición

- 3.1 Características generales
- 3.2 Marco referencial teórico
- 3.3 Estructura de la batería
- 3.4 Contenido de la escala general de estrés
- 3.5 Material
- 3.6 Normas de aplicación
- 3.7 Obtención de puntuaciones
- 3.8 Validez

3.9 Valoración e interpretación de los resultados

Capitulo IV Metodología

4.1 Diseño de la investigación

4.2 Variables

4.3 Hipótesis alternativa

4.4 Hipótesis nula

4.5 Población

4.6 Procedimiento

Capitulo V Análisis de los Resultados

5.1 Descripción de los resultados

5.2 Análisis de la formula estadística "Z"

5.3 Análisis e interpretación de los resultados

Capitulo VI. Conclusiones y sugerencias

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se han producido cambios de estilo de vida en nuestro país; los cuales han modificado los patrones de enfermedad y de muerte.

Estos cambios, han tenido una gran repercusión en los hábitos de la población, al grado de modificar la composición de su dieta y reducir su actividad física, favoreciendo el sobrepeso y aumentando el riesgo de desarrollar padecimientos crónicos degenerativos, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad. Estos cambios en el perfil epidemiológico, han llegado a producir un incremento en las enfermedades crónico degenerativas.

En este sentido, durante muchos años la medicina al hacer sus diagnósticos, tomó como base, los factores físicos del ser humano, sin embargo con el paso del tiempo, se ha visto obligada a considerar que existen diversos factores que se ven involucrados en ello. A partir de esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año (2000) reconoció la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en la salud, haciendo hincapié en el efecto del estrés en la enfermedades crónico degenerativas.

Buscando la manera de contener este problema entre otras cosas, en el año 2000 la Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades crea, nuevas medidas preventivas a realizar en los sectores públicos, social y privado, que incluyen: combatir la obesidad, la desnutrición, el sedentarismo, el consumo de alcohol y el estrés; tema hacia el cual se abocará el presente trabajo.

El hecho de que el progreso en la medicina y en la estadística, nos permitan determinar con una mayor precisión los hechos etiológicos y epidemiológicos en los que se ve involucrado el estrés, ha generado que la lista de estresantes, cambie de manera imperceptible, desde las formas de producción y distribución de

trabajo, la competitividad, las necesidades económicas que nos ha ido creando la mercadotecnia, la falta de satisfacción, la estructura familiar, la miseria cultural etc.

La intensidad de los estresantes, también se ha incrementado de manera considerable, creando como consecuencia una oferta de elementos patógenos que repercuten en la enfermedad o en la salud de quienes se consideran sanos.

Ante esto, la promoción de salud en el IMSS, ha requerido de acciones que complementen la atención médica, formando a través del servicio de Trabajo Social, grupos de autoayuda con la finalidad de construir una alternativa que permita a los pacientes vivir sus enfermedades con información y con mayor responsabilidad.

La información que se brinda a los grupos de autoayuda, es benéfica pero finalmente se presenta un problema al impartirla, hasta que los pacientes tienen un diagnóstico de enfermedad, considerando entonces que el estrés tiene repercusiones en ella. Pero: ¿acaso el estrés que manejan los pacientes sin diagnóstico de enfermedad es menor? ¿acaso no repercute sobre su salud?, y el conocerlo, permitiría considerar qué la información respecto al manejo de estrés, ¿debiera ser impartido hacia toda la población? así como también considerar que la salud mental debe ser ubicada dentro de los programas del IMSS, como un factor de primera índole, y ¿no ser considerada hasta que se han agotado algunos tratamientos?.

En esta línea, el presente trabajo, tiene como objetivo específico conocer el nivel de estrés en pacientes sanos y en pacientes con diabetes, obesidad e hipertensión; llevar a cabo una comparación entre ambos con la finalidad de identificar si existe una relación objetiva entre el estrés y las enfermedades ya mencionadas, para, de esta forma llegar a saber, si el programa de salud resulta funcional y preventivo o, si se debieran tomar otras alternativas

Para dar respuesta a estas preguntas, se llevó a cabo el presente estudio en el que se incluyen los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se mencionan las enfermedades crónico-degenerativas de nuestro interés, como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad.

En el segundo capítulo se habla sobre el estrés, incluyendo sus antecedentes, definiciones, efectos, respuestas, su repercusión sobre la salud física y mental así como algunas técnicas para su control.

En el tercer capítulo, se describe el instrumento de medición: Escala de Apreciación del Estrés (EAE) con la finalidad de dar a conocer, cómo a través de su aplicación, calificación e interpretación, se obtuvieron los resultados del nivel de estrés de las personas que participaron en este estudio.

El cuarto capítulo, trata sobre la metodología e incluye el diseño de investigación, variables, hipótesis así como el procedimiento por medio del cual se realizó este trabajo.

En el quinto capítulo se desarrolla la descripción y el análisis de los resultados los cuales se obtuvieron a través de la fórmula estadística Z.

El sexto y último capítulo, plantea las conclusiones y sugerencias a las que se llegó por medio de este trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Aquí daremos conocer qué son las enfermedades crónico degenerativas, en este caso, hablaremos de diabetes mellitus, obesidad e hipertensión a través de tres puntos que se consideran relevantes dentro de la salud pública: su manifestación su desarrollo y su epidemiología.

1.1 Qué son las enfermedades crónico-degenerativas.

A lo largo de su existencia, la medicina ha tenido como meta primordial, lograr que el ser humano viva durante mayor tiempo, esto se ha ido logrando pero sin poder evitar el deterioro natural del cuerpo, resultando algunas enfermedades propias del tiempo y de la vejez.

“En los países industrializados, la principal causa de mortalidad, son las enfermedades crónico degenerativas. Estas enfermedades antes no existían, debido a que la esperanza de vida era muy baja y las personas morían antes de llegar a enfermar de gravedad”¹.

El término crónico degenerativo, (Muhammad A. 2006) significa, que estas enfermedades van avanzando, provocando un desgaste acelerado en el organismo de la persona, que se manifiesta con la disminución de sus capacidades físicas, mentales y síntomas de fatiga, que afectan, no sólo la capacidad de vida, sino que también disminuyen su capacidad de respuesta al tratamiento y pueden favorecer la incidencia de complicaciones, hasta terminar con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerlas.

¹ Muhammad A. Artículos de opinión ¿Debe resignarse a vivir con una enfermedad crónico degenerativa? umamedicovirtual@gmail.com. Pág. 1

“Entre las enfermedades crónico degenerativas más comunes se encuentran: La diabetes, la hipertensión, el cáncer, la artritis y el Alzheimer. La obesidad no es una enfermedad crónico degenerativa, sin embargo, quienes padecen dichas enfermedades y además padecen de obesidad, manifiestan una sintomatología mayor que acelera el deterioro de la salud”.² A continuación hablaremos de las tres enfermedades que resultan de importancia para este trabajo.

1.2 Diabetes

La diabetes se define como: “una enfermedad, crónico degenerativa de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa sanguínea (hiperglucemia), causada por un defecto (completo o no) en la secreción o acción de insulina”³

Una persona que no padece diabetes, mantiene su nivel de glucosa dentro de límites que no sobrepasan los 130 mg/dl aunque hayan ingerido alimentos altos en azúcares o grasa. La estabilidad de la glucemia se debe a mecanismos reguladores muy finos y sensibles.

Al ingerir alimentos, una persona que no es diabética, los sustratos que éstos alimentos contienen, los absorbe el intestino, pasan a la sangre elevando los niveles de glucosa, la cual es inmediatamente detectada por las células que producen insulina en el páncreas, este responde con una secreción inmediata de la misma; esta a su vez se distribuye a las células de los músculos, del tejido graso y del hígado disminuyendo su nivel (de glucosa) en la sangre.

² Muhammad A. Artículos de opinión ¿Debe resignarse a vivir con una enfermedad crónica degenerativa? 2006. umamedicovirtual@gmail.com. Pág. 2

³ Tapia Conyer Roberto. El Manual de Salud Pública. “Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica”. Ed. Intersistemas. Mexico D. F. 2005. Pág. 559.

Cuando la glucosa entra en los tejidos, se metaboliza produciendo energía de la cual una parte es utilizada para mantener las funciones de los órganos y de su estructura y el otro tanto es almacenado en el hígado y en los músculos.

En una persona que padece diabetes, la producción de insulina se encuentra disminuida o su acción puede ser menor, impidiendo que la glucosa penetre en las células y se concentre en formas elevadas, produciendo síntomas de poliuria, polidipsia y polifagia. Al no poder recibir energía proveniente de los azúcares el organismo hace un intento por obtener las grasas, que se encuentran en el tejido adiposo, ocasionando un adelgazamiento, característica del diabético no controlado.

Estos altos niveles de glucosa en sangre ocasionan que el riñón, el cual actúa como filtro de ésta, se enfrente a una sobrecarga, como su capacidad para concentrarla es limitada, recurre a dividirla utilizando agua del organismo, ocasionando una deshidratación que el diabético percibe como una sensación de sed (polidipsia). También el incremento de la eliminación de agua ocasiona que el paciente diabético presente diéresis aumentada (orina frecuentemente). Todos estos síntomas se manifestarán de acuerdo al tipo de diabetes que la persona padesca; a continuación mencionamos los diferentes tipos de diabetes.

1.2.1 Tipos de diabetes

Diabetes Tipo 1

Esta diabetes, anteriormente era conocida con el nombre de diabetes dependiente de insulina o diabetes juvenil, este tipo constituye menos del 5% de todos los casos de diagnóstico de diabetes y se caracteriza, por la ausencia de producción de insulina en el organismo, por lo cual el enfermo debe administrarla diariamente para mantenerse estable.

Este tipo de diabetes se mantiene con mayor frecuencia en personas menores de 20 años, pero puede manifestarse a cualquier edad.

Diabetes Tipo II

La diabetes tipo II, era conocida anteriormente como diabetes no dependiente de insulina o diabetes de adulto y constituye el 95% de los casos de diabetes diagnosticada.

Por lo regular, su detección es tardía, ocasionando que los niveles de glucosa se registren muy elevados. Por lo regular se diagnostica en personas de más de 40 años de edad, pero también se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes.

En México, esta enfermedad se inicia entre los 20 y los 40 años de edad, constantemente afecta a personas de la misma familia y por lo regular aparece en individuos con sobrepeso, además aumenta el riesgo de padecer hipertensión.

Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional se desarrolla entre el 4 y 11% de todos los embarazos y desaparece al finalizar la gestación. Sin embargo las mujeres que padecieron este tipo de diabetes presentan mucho mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II posteriormente.

“Algunos estudios comprueban que cerca de 50 a 54% de las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, desarrolló diabetes en los siguientes cinco años”⁴

⁴ Tapia Conyer Roberto. El Manual de Salud Pública. “Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica”. Ed. Intersistemas. Mexico D. F. 2005. Pág. 570.

1.2.2 Factores que intervienen en su manifestación

- Exceso de peso
- Dislipidemias
- Factores nutricionales (dieta rica en grasas principalmente saturadas azucares refinadas simple y pobre en fibra)
- Sedentarismo (poca o nula actividad física)
- Inadecuado manejo del estrés
- Edad
- Antecedentes familiares en línea directa (padre o madre)
- Mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (74 kg)
- Mujeres con antecedentes de diabetes gestacional

1.2.3 Epidemiología de la diabetes

En el I.M.S.S. la consulta de atención por diabetes mellitus en la consulta externa en el 2002; fue de 9.14% y en el 2003, de 11.52% lo cual significa un incremento de 124,992 consultas en relación al año anterior. La diabetes ocupa el tercer lugar como consulta de medicina familiar y el segundo en consulta de especialidades, como motivo de hospitalización alcanzo el noveno lugar y en mortalidad hospitalaria el segundo con el 7.8% del total de las defunciones en el 2002 y el 15% en el 2003. (IMSS Programas Integrados de Salud).

La diabetes es una de las principales causas de muerte y de discapacidad. Su prevalencia, continúa ascendiendo en todo el mundo. “En 1985 se estimó que a nivel mundial había 30 millones de personas enfermas de diabetes; para 1995 la cifra ascendió a 135 millones, y para el año 2025 se calcula que será de 300 millones, aproximadamente”.⁵

⁵ Tapia Conyer Roberto. El Manual de Salud Pública. “Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica”. Ed. Intersistemas. Mexico D. F. 2005. Pág. 571.

Estudios epidemiológicos nacionales realizados en el año (E.N.S.2000) demuestran, que alrededor de 10.7% de la población mexicana con edad de 20 años y mas padece diabetes, pero 35% ignora que la tiene, significando que existen mas de 5.5 millones de personas enfermas de las cuales un millón y medio no lo sabe, por lo tanto no reciben un tratamiento.

La mortalidad por esta causa, mostró en los años 90 un incremento sostenido, llegando a ocupar el tercer lugar de mortalidad general.

La diabetes es la principal causa de amputación de miembros inferiores de origen no traumático, de complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal y uno de los mayores factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares.

La diabetes, es un padecimiento incurable y quien la padece debe recibir tratamiento durante toda su vida; lo mismo pasa con la hipertensión de la cual hablaremos a continuación.

1.3 Hipertensión arterial

La presión arterial se puede definir como “la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de diferentes técnicas de medición, como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.”⁶

La Hipertensión arterial alta, es la elevación arterial por arriba de las cifras normales (sistólica 120-129, diastólica 80-84).

La hipertensión arterial es una enfermedad en la que los síntomas pueden ser muy leves, o bien pasar desapercibidos, por lo que es conocida también como el “asesino silencioso.”

⁶ Tapia Conyer Roberto. El Manual de Salud Pública. “Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica”. Ed. Intersistemas. Mexico D. F. 2005. Pág. 601.

“En México, se estructuró un algoritmo de acuerdo a la clasificación de H.T.A en la que ésta por su etiología puede ser primaria y secundaria; y en base a los valores de presión sanguínea que se detecte, en normotensos, prehipertensos, e hipertensos en etapas 1 y 2”.⁷

1.3.1 Tipos de hipertensión

Hipertensión Arterial Primaria.

Este tipo de hipertensión es también conocida como idiopática o esencial, en ella no se conoce causa orgánica evidente, ni la “etiopatogenia”. Distintos estudios indican que en el desarrollo de esta enfermedad, los factores genéticos y ambientales desempeñan un papel importante. De los pacientes con hipertensión entre el 90 y 95% padece hipertensión arterial primaria.

Hipertensión Arterial Secundaria

En este tipo de hipertensión, sí se conocen sus causas. Puede ser ocasionada por sobre cargas de volumen, con aumento de líquido extra celular, por vaso constricción que ocasiona un aumento de la resistencia vascular periférica o por la combinación de sobrecarga en volumen y vaso constricción.

Del total de hipertensos entre el 5 y 10% aproximadamente la padecen y en algunos casos los pacientes pueden curarse por medio de cirugía o con tratamiento médico especificado.

Prehipertensión

En este tipo la presión “sistólica y diastólica” se encuentra en un rango de 120 - 139/80-89 mm Hg, con énfasis en la modificación del estilo de vida. No está indicado el tratamiento con medicamentos antihipertensivos.

⁷ Ibid. Pág. 602

Hipertensión Etapa I

La presión arterial sistólica y diastólica se encuentra en un rango de 140-159 / 90-99 mm Hg, con énfasis en la modificación del estilo de vida y tratamiento farmacológico a base de diuréticos tiazídicos.

Hipertensión Etapa II

La presión arterial sistólica y diastólica es mayor o igual a 160/100 mm Hg, con énfasis en la modificación del estilo de vida y tratamiento farmacológico con la combinación de al menos dos fármacos: diuréticos tiazídicos y un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

1.3.2 Factores que intervienen en su manifestación

- El exceso del peso
- Sedentarismo (poca o nula actividad física)
- Consumo excesivo de sal
- Consumo excesivo de alcohol
- Insuficiente ingesta de potasio
- Tabaquismo
- Inadecuado manejo del estrés
- Antecedentes familiares de hipertensión
- Tener más de 60 años.

1.3.3 Epidemiología de la hipertensión arterial

Como motivo de consulta en el I.M.S.S., la hipertensión ocupó el segundo lugar de consulta en medicina familiar, en la consulta de especialidades el decimo y en las defunciones por enfermedades hipertensivas el treceavo. El 2.6% del total de las defunciones en el 2002 y el 4% en el 2003 fueron causadas por hipertensión arterial, (IMSS Programas Integrados de Salud).

“Existen en el mundo 600 millones de hipertensos; de éstos, 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Se calcula que 1.5% de los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a la hipertensión”⁸.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbilidad y mortalidad del paciente adulto. Se estima que alrededor de 17 millones de personas mueren cada año a causa de las mismas.

Actualmente alrededor de 17 millones de mexicanos tiene algún grado de H.T.A. y más de diez millones de ellos lo desconocen.

La hipertensión arterial es una enfermedad incurable y quien la padece debe recibir tratamiento toda su vida.

1.4 Obesidad

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido se puede definir como: “una enfermedad crónica, caracterizada por el almacenamiento de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos”⁹

La obesidad por sí misma, puede producir diversas alteraciones metabólicas, forma parte de todas las enfermedades no transmisibles, como son: hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, intolerancia a los hidratos de carbono, diabetes mellitus, elevación de colesterol y triglicéridos y problemas cardiovasculares como: aterosclerosis, cardiopatía isquémica, hipertensión

⁸ Tapia Conyer Roberto. El Manual de Salud Pública. “Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica”. Ed. Intersistemas. Mexico D. F. 2005. Pág. 604.

⁹ I.M.S.S. Seguridad y Solidaridad Social. Grupos de Autoayuda. México 2002. Pág. 65

arterial, enfermedad vascular cerebral, mayor incidencia en complicaciones quirúrgicas y en algunos tipos de cáncer.

En las personas obesas, se puede presentar también un riesgo mayor de sufrir apnea del sueño, insuficiencia respiratoria, osteoartritis y cálculos biliares.

1.4.1 Tipos de obesidad

Para poder determinar las posibles complicaciones, es importante identificar cómo se encuentra la distribución de la grasa.

Esta se determina a través de la circunferencia de la cintura (no mayor a 80 centímetros en mujeres y a 90 centímetros en hombres), permitiendo distinguir dos tipos:

a) Obesidad androide central o abdominal: el exceso de grasa se localiza regularmente en el abdomen. Este tipo de obesidad se relaciona con un mayor riesgo de resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa, propensión a la diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemia, aterosclerosis, isquemia o infarto del miocardio, hipertensión arterial, gota, hiperuricemia, trastornos menstruales, hiperandrogenismo (expresado como hirsutismo, acné o alopecia) y síndrome de ovario poliquístico.

b) Obesidad ginecoide o periférica: la grasa se acumula básicamente en la cadera y muslos. Este tipo de distribución se encuentra relacionado principalmente con insuficiencia venosa en extremidades inferiores (varices) y artrosis de rodilla, constituyendo una obesidad de menor riesgo que la de tipo androide.

1.4.2 Factores que intervienen en su manifestación

Su etiología es multifactorial ya que en ella se encuentran involucrados diversos factores como son: el hereditario (los estudios sugieren de un 20 a un 40%), los factores relacionados a un estilo de vida no saludable (alimentación rica en grasa y azúcares), además de la poca o nula actividad física y de un mal manejo de la ansiedad y del estrés.

1.4.3 Epidemiología de la obesidad

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN-1999) realizada por La Secretaría de Salud, un 30.8% de las mujeres de 12 a 49 años padece sobrepeso y un 21.75 padece obesidad. De igual forma la Encuesta Nacional de Salud 200 (ENS-2000) muestra que el 24% de los mexicanos padece obesidad (IMSS Programas Integrados de Salud).

Existen datos que sustentan que en los últimos años se ha presentado un incremento en la prevalencia e incidencia de la obesidad en todos los grupos étnicos, anteriormente influía la edad, sin embargo actualmente se ha visto un incremento de obesidad en menores, tanto en hombres como en mujeres.

Los sistemas de salud mundial se muestran preocupados por las consecuencias que esto tiene en el incremento de enfermedades, en donde la obesidad es el principal factor de riesgo.

“La obesidad es considerada por la (OMS) organización mundial de la salud, como la enfermedad nutricional más común en el mundo, basándose en la presencia de 300 millones de adultos obesos.

La obesidad se encuentra ubicada dentro de los diez primeros lugares como factor de riesgo mundial”¹⁰.

En el ámbito mundial, la mayor tasa de obesidad la presentan las mujeres. La asociación respecto al nivel socioeconómico y la obesidad, muestra que en los países en desarrollo se observa una relación positiva para los hombres, pero negativa para las mujeres.

“En México, encuestas realizadas entre 1993 y 2000 muestran que la obesidad se incremento del 21.4% a 24.2% la prevalecía por genero fue de 14.9% a 29% en mujeres. Por grupo de edad fue mayor en el grupo de 40 y más años”.¹¹

Estudios mexicanos señalan, que la circunferencia mayor de 90 cm tanto en hombres como en mujeres es un indicador de riesgo para desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, entre otras patologías.

Como se puede observar el incremento en el padecimiento de estas enfermedades cada vez es mayor, y los cambios en los estilos de vida resultan inevitables, así como el estrés, del cual a continuación hablaremos.

¹⁰ Tapia Conyer Roberto. El Manual de Salud Pública. “Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica”. Ed. Intersistemas. Mexico D. F. 2005. Pág. 645.

¹¹ Ibid. Pág. 646

CAPITULO II

EI ESTRÉS

En éste capítulo conoceremos diferentes definiciones del estrés, sus antecedentes y su desarrollo desde el punto de vista fisiológico y psicológico. Después hablaremos sobre los aspectos psicológicos como son: sus efectos, su evaluación, su respuesta y su afrontamiento, hasta llegar a las consecuencias físicas y psicológicas que genera sobre la salud, sin faltar su aspecto positivo y las técnicas para su manejo.

2.1 Definición del estrés

El término estrés al igual que otras palabras, es anterior a un uso sistemático o científico, es decir: el término existía antes de ser investigado a través de un método o sistema.

La palabra estrés deriva del griego stringere que significa provocar tensión, (Skeat 1958). Posteriormente el idioma francés antiguo, da origen al término “distress” que significa ser colocado bajo estrechez u opresión. El idioma ingles adopta la palabra “distress” y a través del tiempo debido a la mala pronunciación se fue perdiendo el “di” por tanto en la actualidad existen dos palabras, la primera es “Stress” y la segunda “Distress”, las cuales tienen significados muy diferentes.

La primera hace referencia a constricción u opresión de algún tipo, mientras que la segunda, designa el estar bajo esta constricción. Según Fontana (1992) el término “estress” y el término “distress” fueron adoptados por el idioma ingles, pero con el paso del tiempo se necesito una palabra que se ubicara entre ambos términos, es decir que contuviera algo de las connotaciones potencialmente dolorosas de la primera, y algo de las connotaciones contenidas en la segunda, finalmente la palabra que llegó a englobar estas cuestiones fue la palabra Stress – en español estrés.

En español, su definición también ha llegado a ser imprecisa, debido a que suele utilizarse con cierta vaguedad por un sinnúmero de personas por ejemplo: los médicos hablan de estrés en términos de mecanismos fisiológicos; los ingenieros en términos de soporte de carga; los psicólogos basándose en los cambios de conducta; los consultores administrativos se refieren a las necesidades de una organización; los lingüistas lo consideran como acentuación silábica y los legos lo llegan a considerar desde cualquier cosa bajo el sol, desde las complicaciones en el presupuesto, hasta la tensión que causan los hijos, por lo que hacen o dejan de hacer. (Fontana 1992).

En física y en mecánica se designa como una fuerza que actúa sobre un objeto que al rebasar la resistencia de éste, conduce a la deformación ó a la destrucción de ese objeto (Madders 1984).

De acuerdo a lo anterior, podemos observar que la utilidad de la palabra estrés es diversa y que de acuerdo a ella puede hacer alusión a algo indeseable o bien a un padecimiento.

Independientemente de que existen muchas formas de definir el estrés, en la psicología las definiciones se clasifican de la siguiente forma:

1.- Definiciones basadas en el estímulo: las cuales se encuentran fundamentadas en la idea de que el estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión, siendo ésta sinónimo de presión o en sentido físico de deformación. En esta definición el estrés es considerado como un determinado evento o situación en el ambiente que puede tener consecuencias muy perturbadoras. Por ejemplo en base al estímulo se mencionan las siguientes definiciones:

- Cannon (1932), señala que el estrés significa un evento, el cual es capaz de generar una reacción de alarma en el organismo (Citado por Lazarus y Folkman, 1986)

- Fontana (1992), considera que el estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo.

- Terra (1994), define el estrés como la presión o la fuerza externa a la que responde nuestro cuerpo de forma desacostumbrada.

Sin embargo, existe limitación en las definiciones basadas en el estímulo al llegar a considerar que el mismo nivel de estrés como estímulo (sin tomar en cuenta las cualidades que le son propias como: duración, intensidad etc.) pueden generar varias reacciones en sujetos diferentes o incluso en el mismo sujeto. Por ejemplo, cuando un grupo de personas observa un accidente automovilístico el nivel de estrés no es el mismo, ya que mientras que para un niño puede ser muy estresante, para un adulto o un anciano puede resultar medianamente estresante.

Las definiciones, con base en el estímulo, pasan por alto las diferencias individuales de las personas, en cuanto a sus características propias de afrontamiento, además de que no tomar en cuenta la intensidad, ni la duración del suceso estresante y su total aceptación significaría una postura en donde la ausencia de estrés es el estado óptimo de las personas.

2.- Las definiciones basadas en la respuesta: refieren que el estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental, en este caso el evento o situación dañina suele ser externo.

Por lo tanto en base a la respuesta el estrés se puede definir:

- Mc Grath (1970), define el estrés como un estado de desequilibrio o desbalance entre exigencias ambientales y la capacidad de respuesta de las personas para enfrentar estas demandas.

- Troch (1982), define el estrés como el programa corporal de acomodación de las persona a situaciones nuevas, su respuesta no es específica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio personal.

Las definiciones basadas en la respuesta, tienen también la limitación de que dichas respuestas al estrés, aparecen como reacciones generalizadas a diversos factores del medio, sin considerar la diferencia entre las características cualitativas y cuantitativas de los estímulos medioambientales que producen una reacción en el individuo. Es decir una persona no reacciona de igual manera ante una pelea, entre personas que conoce, que ante personas que no conoce. La conducta no puede ser estereotipada, ya que los contextos son cualitativamente diferentes.

3.- Las definiciones basadas en una idea funcional: las definiciones basadas en una idea funcional señalan, que el estrés es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es a la vez, consecuencia de alguna acción generada por una situación o de un evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas. (Ivancevich, 1992).

Por ejemplo las siguientes definiciones:

- Lazarus y Folkman (1984), señalan que el estrés psicológico es una reacción particular entre el sujeto y el medio ambiente, que es evaluado por éste como amenazante y que puede poner en peligro su bienestar.
- Baccaro (1994), define el estrés como una reacción emocional y física, que ocurre en la presencia de cualquier suceso que confunda, amedrente o excite a la persona.

Como acabamos de ver existen diversas definiciones en cuanto al estrés sin embargo en esta investigación se partirá de una definición funcional, ya que desde esta perspectiva, se reconoce el estrés a partir de que aparece un estímulo aversivo o incrementando la activación del sujeto más rápido que su capacidad de adaptación para poder hacerle frente, generando un proceso descompensatorio entre el individuo y las exigencias medioambientales.

El porqué de esta postura, radica en qué si bien existen otras definiciones, ésta además de explicar el estrés como una respuesta adaptativa regulada por características individuales, considera los eventos externos, y la manera en cómo aparecen, propiciando determinadas reacciones en el organismo, sin pasar por alto las diferencias individuales que intervienen en la evaluación y el afrontamiento.

En este trabajo se pretende considerar el estrés como una respuesta adaptativa, que se genera también por procesos fisiológicos, en los que principalmente intervienen la adrenalina y la noradrenalina, mediadas por las características individuales de cada persona; esto es a la vez resultado de alguna acción, situación o evento externo que le exige a la persona especiales demandas físicas o psicológicas.

2.2 Antecedentes en el estudio del estrés

Respecto a los antecedentes, iniciaremos hablando sobre los primeros estudios relacionados al estrés hasta llegar al Síndrome General de Adaptación (S.G.A.), ya que por medio de éste el doctor Hans Selye (1936) desarrolla una de las primeras ilustraciones del proceso fisiológico que se traduce en el cuerpo, cuando una persona se enfrenta a una situación estresante, posteriormente se mencionan algunos acontecimientos que han repercutido en el estudio psicológico del estrés; para llegar finalmente a los modelos actuales sobre el estrés.

2.2.1 Los primeros estudios sobre el estrés

Como se dijo anteriormente, el estrés es una respuesta adaptativa en la que intervienen procesos fisiológicos; estos procesos sobrepasan la normalidad de las funciones reguladas, llevando al sistema endocrino-sanguíneo hacia una exigencia mayor, que significa iniciar un desafío a la regulación llamada homeostasis.

En la búsqueda de la palabra (estrés) así como de lo que éste provocaba, el fisiólogo francés Claude Bernard (1867) sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo, por lo que era esencial que éste mantuviera su estabilidad del medio interno, al mantener su propio ajuste frente a tales cambios, se estaría controlando el estrés. (Citado por Manuel Valdés, Tomás de Flores, pag. 10)

Posteriormente fue el fisiólogo estadounidense Walter Cannon quien en 1920 incluyó el término homeostasis, refiriéndose al mantenimiento del medio corporal interno, (Cannon, 1922). Éste fisiólogo, adoptó el término estrés definiéndolo como: “aquello que podría provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos” (Cannon, 1935).

Los estudios de mayor importancia para el conocimiento del estrés los llevó a cabo el endocrinólogo Hans Selye, él retoma las investigaciones de Walter Cannon realizadas en 1920, quien pensaba que el ser humano buscaba un equilibrio interno o una homeostasis durante el transcurso de su vida. La diferencia entre las investigaciones de ambos, radica en qué Cannon describe los mecanismos específicos de acomodación frente al estrés y Selye, puso énfasis en la investigación del círculo regulador de hipófisis suprarrenales, y el papel que desempeña en las reacciones no específicas del organismo. (Troch, 1982).

Selye, siendo estudiante de medicina observó que había manifestaciones no específicas del cuerpo, y que sin importar la enfermedad los pacientes manifestaban un síndrome, que se caracterizaba por: mal aspecto, dolores indefinidos, trastornos digestivos, fiebre, falta de apetito, etc.

Diez años después, trabajando como médico asistente en la investigación de hormonas; observó que cuando las ratas se enfrentaban a diversos acontecimientos cómo: inyecciones de hormonas, cambios en la temperatura corporal (frió, calor), rayos X, etc., manifestaban un triple síntoma:

- 1.- Un considerable aumento de las cápsulas suprarrenales
- 2.- Reducción interna de los órganos linfáticos
- 3.- Úlceras del estómago y duodeno

Hans Selye (1936) introdujo el término estrés en la literatura científica y médica popularizándose a lo largo del siglo veinte.

Selye reconoce que en su origen, probablemente su desconocimiento del idioma inglés, le haya impedido diferenciar el significado de la palabra “estrés” (importancia, peso, etc.) con respecto a la palabra “strain” (estiramiento, forzamiento, etc.).

A partir de ello, se creó una confusión difícil de superar entre la causa y el efecto; como una forma de remediarlo el mismo Selye, crea un neologismo: la palabra, “stressor” refiriéndose al agente causal y reserva la palabra “stress” para la condición resultante.

Selye desarrolla su teoría del estrés, como la respuesta no específica del cuerpo a distintas demandas, enfatizando la manifestación de una triada patológica como resultado de la exposición a diversos estresantes.

Para demostrar el desarrollo de esta triada, Selye en 1936 introduce también el término SGA “Síndrome general de adaptación”, el cual al igual que otros síndromes se constituye por un conjunto de síntomas y signos, “su clínica se manifiesta en tres fases sucesivas: alarma, resistencia y agotamiento. Selye reconoce que en este síndrome intervienen factores condicionantes, como la predisposición genética para las respuestas corporales.

2.2.2 El Síndrome General de Adaptación

La clínica del síndrome general de adaptación, se manifiesta en tres fases sucesivas:

1ª.-Fase de alarma: cuando el cuerpo debe acomodarse a una situación nueva, necesita de mayor energía para llevar a cabo dicha acomodación; es decir, para atacar, huir o resistir. Esta activación se dispara en la fase de alarma, la cual representa la reacción adaptativa del organismo al peligro. Su función primordial es preparar al cuerpo para realizar la acción inmediata. "Aquí la persona está preparada para luchar o huir; por eso está en situación de alerta. Si después de eso la persona consigue calmarse y sentir que el peligro ya pasó, volverá su homeostasis, o sea su equilibrio interno, evitando el exceso de adrenalina en su organismo". (Carlos Cruz Marín Y Luis Vargas Fernández 2001).

Como se puede observar, en esta fase es donde se presentan las alteraciones más importantes para el organismo, por ejemplo: mayor liberación de adrenalina y noradrenalina, aumento de la respiración y de los latidos del corazón, decremento del colesterol en la sangre e hiperactividad de todos los sentidos del organismo; dilatación de las pupilas entre otras.

Esta capacidad del organismo para hacer frente a las situaciones del medioambiente se utiliza, ya sea en situaciones de alto grado de estrés o en situaciones de estrés no peligrosas, inclusive si el hecho de estrés no es muy relevante, la respuesta puede pasar desapercibida por el organismo y el SGA se terminaría en esta fase.

En caso de que la amenaza sea muy intensa para el organismo, aparte de percibir los cambios generados en su cuerpo debido al estrés, pasará a la siguiente fase, (Ivancevich, 1992).

2ª.-Fase de resistencia: esta fase de adaptación es el resultado de la exposición a largos períodos de estrés, es común y no necesariamente dañina si va acompañada de periodos de relajación y descanso, que permitan reponerse de la repuesta al estrés, de no ser así resulta perjudicial.

Por otro lado, la respuesta de la primera fase: alarma, no perdura por demasiado tiempo preparando al cuerpo de manera que si el estrés dura más de lo normal, el organismo se ve en la necesidad de realizar arreglos para protegerse durante más tiempo. En este momento se entra en la segunda fase: resistencia. La cual es sin lugar a duda una fase necesaria para que el cuerpo pueda adaptarse a una situación de estrés más prolongada. Aquí el organismo intenta recuperar su equilibrio interno, pues todavía está sintiendo el peligro.

Cabe señalar, que la segunda fase, aparece solamente si la persona no se calma, es decir, si permanece durante largo tiempo en la fase de alerta, o si esa fase se repite con mucha frecuencia. Por tal el sujeto no tiene la oportunidad de que su cuerpo se libere de la tensión, ni de que vuelva a la normalidad.

Casi todos los síntomas de la primera fase desaparecen al entrar a la segunda fase, pero en su lugar aparecen problemas de memoria y una sensación de malestar generalizado. (Ivancevich, 1992).

3ª.- Fase de agotamiento: el organismo del ser humano no se encuentra diseñado para soportar niveles de estrés muy elevados, durante periodos de tiempo demasiado prolongados. Existe un limitado nivel de energía adaptativa disponible, y el concentrarla en un solo estresor aumenta en forma creciente nuestra vulnerabilidad a otros nuevos estresores que puedan atacar nuestro cuerpo. Si la reacción de resistencia supera sus límites, el cuerpo llega a la última fase del SGA: el agotamiento.

Aquí los recursos, físicos y emocionales sufren frecuentemente, y el cuerpo experimenta un agotamiento de la suprarrenales, en donde el nivel de azúcar en la sangre disminuye conforme las suprarrenales se agotan, provocando una reducción en la tolerancia al estrés, un agotamiento mental y físico progresivo, en algunas personas existe la posibilidad de enfermedad y muerte.

Por otro lado, la adaptación lograda en la segunda fase se pierde llegando a ese punto, además los síntomas de la primera fase reaparecen acompañados de insomnio, problemas estomacales, hipertensión arterial, problemas dermatológicos, cardiovasculares.

No siempre resulta perjudicial llegar a esta fase, Petellier (1977) señala, que algunas partes del cuerpo cuando no pueden superar la carga que el estrés les representa, encomiendan esta función a otros órganos del cuerpo mejor capacitados para hacerlo.

Por otro lado, bajo la presencia de un acontecimiento estresante, se genera una reacción en cadena en el organismo del sujeto, esta reacción tiene el cometido de combatir la tensión de manera que el organismo recupere su equilibrio lo antes posible. El equilibrio sólo se logra si el individuo es capaz de adaptarse a los requerimientos de la situación estresante. Lo cual quiere decir que entre menos grave y amenazante sea la situación más rápido el individuo podrá superarla. Este equilibrio llevado a cabo por las glándulas suprarrenales se conoce como el "Síndrome General de Adaptación" por el cual hemos venido haciendo un breve recorrido.

Ivancevich, (1985), refiere que Selye determina a este proceso; Síndrome: porque las partes individuales de las reacciones se manifiestan por lo regular de manera conjunta y son en cierta medida independientes. General: porque la consecuencias de los estresores ejercen influencia sobre diversas partes del organismo. Adaptación: porque se produce una estimulación de las defensas destinadas a ayudar a él organismo, para que se ajuste al estresor o lo afronte.

Finalmente el SAG hace un planteamiento en donde se puede concluir, que, mientras más se enfrente el individuo a situaciones estresantes y se active el Síndrome General de Adaptación, más expone al cuerpo a situaciones de desgaste. Como ocurre con las máquinas, el organismo no puede funcionar más allá de sus propias limitaciones, cuanto más se caiga en este proceso el individuo tendrá que enfrentarse también a reacciones de fatiga, de envejecimiento prematuro e incluso la muerte.

2.2.3 Acontecimientos que repercutieron en el estudio psicológico del estrés

Como se comentó anteriormente, las investigaciones respecto al estrés, ya habían demostrado cual era su proceso fisiológico, pero quedaban algunos aspectos a considerar; entre ellos los procesos psicológicos que intervienen al enfrentar el estrés y la individualidad; característica principal en la vida de cada persona.

El interés por el estrés ha ido creciendo con el paso del tiempo, sin embargo para Lazarus y Folkman (Psicobiología del Estrés,1984), han sido cinco los hechos que estimularon a nuevas investigaciones en torno al estrés y su afrontamiento:

1.- La preocupación por las diferencias individuales

Los estudios hechos en un inicio respecto al estrés, dieron como resultado una información que fue considerada de forma generalizada ya que únicamente se referían al aspecto fisiológico del cuerpo, sin tomar en cuenta que cada persona independientemente de este proceso, se conduce y se manifiesta de forma diferente. La preocupación por las diferencias individuales, se derivó de las investigaciones hechas sobre los efectos del estrés en el rendimiento, las cuales se llevaron a cabo durante la segunda guerra mundial y la guerra de Corea.

Durante dichos eventos se observó que el estrés o la ansiedad daban como resultado un deterioro en el rendimiento, ya fuera como aumento de la tensión o bien como interferencia o distracción.

Esta situación, generaba un problema, que interesaba tanto al personal militar como al civil, por lo tanto crearon experimentos en el campo, en donde los psicólogos encargados de las investigaciones, descubrieron que los incrementos de tensión mejoraban el rendimiento hasta llegar a cierto nivel, posteriormente se presentaba una desorganización generando una disminución del rendimiento la cual no se observaba de forma uniforme, por lo tanto era evidente que existían diferencias individuales a la hora de responder.

Grinker y Spiegel (1945) realizaron estudios con soldados, observando que quedaban inmovilizados o paralizados en momentos críticos en los que eran sometidos a fuego del enemigo o enviados a misiones de bombardeo, manifestando posteriormente depresiones de tipo neurótico o psicotiforme.

Lazarus y Eriksen (1952) estudiaron la efectividad de los soldados en la realización de tareas encontrando una diferenciación muy alta, ya que algunos sujetos rendían mucho mejor y otros mucho peor en situaciones de estrés.

Durante la guerra de Corea, se realizaron investigaciones sobre el efecto del estrés en la secreción de hormonas adrenocorticales y el rendimiento del individuo, observando que no en todos, la repercusión física era similar.

A partir de lo anterior la importancia de factores personales tales como la motivación y el afrontamiento se hizo cada vez más clara en la formulación del problema del estrés.

Después de la década de los sesenta, progresivamente se fue aceptando la idea de que; si bien el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, su afrontamiento establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final y que éste se vive en relación a la individualidad de cada sujeto.

2.- El resurgimiento del interés en materia psicosomática

La medicina psicosomática nació hace más de cincuenta años (Lipowski 1977) posteriormente se vio envuelta en una especie de ocaso que duró hasta hace algunos años, esto se debió, al querer fundamentar con pocos datos, la idea simplista de que algunas enfermedades como la úlcera y la colitis se podían explicar, teniendo como base procesos psicodinámicos. Estos conceptos fueron perdiendo influencia, debido a que a la aparición de las enfermedades se le fue dando en aquel tiempo mayor importancia, al papel de los factores ambientales.

El renacimiento de la medicina psicosomática se ha promovido debido a sus cambios en la forma de considerar el estrés y la enfermedad. Una importante contribución fue la de Selye (1952), convencido de influencia de los factores sociales y psicológicos en la salud y la enfermedad.

Por otro lado, tanto la medicina como la psicofisiología han dejado de ver la enfermedad como el resultado de un agente externo- bacteria, virus o accidente traumático sobre el organismo, llegando a considerar la idea de que la vulnerabilidad hacia la enfermedad es también un factor importante.

El interés en la respuesta inmunitaria, como factor que interviene en toda clase de enfermedades, ha adquirido un ímpetu en los últimos años; ampliar el concepto de psicosomático de un grupo específico de dolencias, hasta el concepto general, de que toda enfermedad puede tener una etiología psicosocial dentro de un sistema multicausal, generando también un aumento en la investigación de carácter multidisciplinario sobre los procesos inmunes y los factores psicológicos y sociales que intervienen en ella.

3-. El desarrollo de una terapia conductual dirigida a la prevención de la enfermedad

En su inicio, la terapia conductual, tenía una visión radicalmente científica y positivista, centrada alrededor del condicionamiento clásico y operante, posteriormente desarrolla una mayor flexibilidad considerando el movimiento de la terapia cognitiva. (Ellis y Greger 1977).

Las terapias cognitivas parten de la base, de que el sujeto percibe y configura su entorno, como resultado de una integración de estímulos que se traducen en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones, este tipo de terapias son verbales y se llevan a cabo por medio de protocolos sistematizados, tareas para el paciente y registros no verbales que han demostrado su utilidad en la práctica cotidiana.

La terapia cognitivo-conductual, crea técnicas específicas, destinadas a proporcionar estrategias cognitivas, informaciones o planes para facilitar la asimilación de los acontecimientos potencialmente estresantes, a los que se añade una práctica gradual en el uso de lo que el sujeto va aprendiendo, dando como resultado un verdadero entrenamiento práctico, en el que el sujeto se somete a una situación estresante, con el fin de adquirir habilidades para afrontarlas.(Meichenbaum, 1977). Dentro de ellas se crea el programa de entrenamiento de inoculación del estrés, (La palabra inoculación refiere a introducir accidental o voluntariamente en el organismo agentes patógenos o toxinas ya sea con fines experimentales o terapéuticos), el cual tiene sus antecedentes en la preparación de soldados para el combate en la segunda guerra mundial, (Janis, 1983) durante ese tiempo se simulaban batallas (la inoculación se daba a través de la vivencia lo que se introducía en el organismo, en este caso era la experiencia) como una forma de que los soldados se familiarizaran con la situación y así pudieran desarrollar habilidades para la lucha a la vez que adiestraban sus reacciones emocionales.

Por medio de este entrenamiento, en el que la inoculación se da, mediante el registro de simulacros de experiencias estresantes, el individuo aprende la propia naturaleza de sus reacciones ante el estrés, reconociendo cuando el o ella se ponen ansiosos, aprendiendo habilidades para superar dicha ansiedad. Al tener la oportunidad de entrenarse, posteriormente se animan a poner en práctica estas experiencias ante situaciones reales.

Este enfoque se basa en las técnicas de modificación de conducta, por medio de ellas se enseña a los individuos a controlar sus reacciones ante las situaciones que le generan estrés. A través de un activo entrenamiento, se ensayan formas de afrontar situaciones específicas de estrés, para que posteriormente se practique este afrontamiento.

Actualmente, el entrenamiento por inoculación, es una técnica de modificación de la conducta, diseñada para prevenir el estrés, la cual tiene diversas aplicaciones, por ejemplo: técnicas para superar las fobias, afrontar las penas y disminuir la ansiedad (en paginas posteriores se abordará de manera más amplia).

Para este movimiento, uno de los mayores factores que intervienen en la psicopatología y el afrontamiento es la forma en que el individuo interpreta sus experiencias, e interviene para modificar sus pensamientos y por ende los sentimientos y sus actos.

4.- La psicología evolutiva

La psicología evolutiva se centra tradicionalmente en la infancia y la adolescencia, sin embargo, los cambios en la expectativa de vida generaron un nuevo interés hacia los adultos y sus problemas.

Eriksson (1963) con sus escritos, ayudó a que la psicología abarcara otras etapas posteriores a lo que Freud planteaba, dentro de las cuales se consideraban únicamente los primeros años de vida, la resolución del complejo de Edipo para así llegar a la adolescencia. Eriksson dio un lugar a las transformaciones psicológicas del adulto e incluso de la vejez.

La psicología evolutiva, toma el estrés como tema central de su nueva literatura, considerando la transición de los cambios sociales y su afrontamiento. El ser humano desde su infancia vive enfrentándose a situaciones estresantes: el nacimiento, aprender a caminar, ir al baño, las vacunas, salir en un bailable en el jardín de niños etc. La separación de los padres para asistir a la escuela es uno de los momentos que con mayor ansiedad viven los niños. Al llegar a la adolescencia, enfrentarse a toda una serie de cambios psíquicos y corporales también genera momentos de ansiedad difíciles de enfrentar. Al llegar a la edad adulta se adquieren responsabilidades y compromisos (trabajo, familia, hijos etc.) que generan estrés y no por llegar a la vejez el estrés desaparece de la vida, sigue presentándose aún de diferente forma.

5.- Los aspectos ambientales y psicológicos

La psicología y la psiquiatría empezaron a considerar en sus investigaciones y en el estudio de la conducta los aspectos ambientales, dejando a un lado lo estrictamente intrapsíquico en relación a la psicopatología, en donde estos procesos radicaban en forma primaria dentro del individuo; el pensamiento psicológico ha cambiado, prestando ahora mayor importancia al entorno en donde se desarrolla el individuo.

El nacimiento de una ciencia que se encarga del ser humano y de su entorno, aporta a las investigaciones sobre el tema nuevas perspectivas.

2.2.4 Actuales modelos psicológicos del estrés.

Una vez consideradas las diferencias individuales y los aspectos psicológicos que se veían involucrados en el estrés, se originó la creación de nuevos modelos de estudio. A continuación se mencionan algunos de ellos.

Como se ha podido observar, el estrés existe desde siempre, y se encuentra relacionado con el proceso de vida y de evolución del ser humano. El estrés ha tenido mucho que ver con la sobrevivencia del ser humano, pues éste lo obliga a adaptarse al mundo y a su transformación constante.

En otro tiempo, aunque no existían casas, coches, trenes, guerras, bombas atómicas y mucho menos crisis económicas, devaluaciones e inflación; se puede decir que ya padecían estrés, debido que nuestros antepasados con frecuencia enfrentaban otras situaciones cómo: luchas con otros hombres, enfrentarse a animales salvajes, búsqueda de alimento etc., todo esto para sobrevivir. Con el paso de los años, el hombre ha seguido enfrentando el estrés en situaciones diferentes a las del hombre primitivo, más existe una similitud; tanto en la antigüedad como en el presente el estrés es inevitable.

En este tiempo, el estrés es ocasionado por situaciones como las siguientes: por la coyuntura actual; por vivir en una ciudad demasiado poblada con dificultades para transportarse de un lugar a otro, desempleo, inseguridad ciudadana, falta de dinero etc.

El estrés se puede confirmar en muchas ocasiones, por el semblante de las personas, por el alto consumo de tranquilizantes, alto consumo de alcohol y cigarros y el aumento en las molestias estomacales.

Una de las principales características de la sociedad actual es el cambio permanente, por otra parte al pensar en hechos estresantes, por lo general se tiende siempre a considerar como daño, enfermedad o muerte, sin tener en cuenta que un proceso positivo puede resultar también estresante; así el cambiar de casa o de puesto en el trabajo trae consigo el estrés de un nuevo estatus y de nuevas responsabilidades. Davis, (1985).

Los nuevos estilos de vida han tenido también sus consecuencias, por ejemplo: en una ciudad tan transitada como la nuestra, las personas se enfrentan a mucho estrés debido al tráfico: las horas punta de tráfico en las calles, la falta de movimiento mientras se está al volante, la tensión a la que va sometido quien desea rebasar o tiene que conducir en caravana, el aire viciado, el ruido de los motores, la rabia que produce determinadas situaciones de tráfico, la ansiedad por llegar etc.

Como se mencionó, nuestros antepasados ya se enfrentaban al estrés, pero es importante señalar que sus enfrentamientos eran espaciados, cuando huían por algún motivo o se enfrentaban para obtener alimento, existían después periodos de relajación largos.

En el tiempo actual, estos periodos de recuperación ya no se presentan ya que el estrés se presenta de forma consecutiva.

Esta situación ha generado un marcado interés por el estrés, siendo motivo de investigaciones en donde se retoman conocimientos de investigaciones anteriores, readaptándolos a los nuevos estilos de vida, por ejemplo en psicología han surgido diversos modelos que han pretendido explicar el origen del estrés, cada uno desde su diferente punto de vista. A continuación se citan algunos de estos modelos:

-Modelo de adaptación: el investigador Mechanic en 1971 elaboró un modelo de respuesta al estrés en donde postula, que para que una situación sea considerada como estresante deben existir los siguientes elementos: la habilidad y la capacidad del organismo; las habilidades y las limitaciones resultantes de las prácticas y tradiciones del grupo al que pertenece; los medios que ofrece el ambiente social a los individuos; y donde y como una persona puede utilizar dichos métodos. (Ivancevich, 1989).

-Modelo de proceso del estrés: McGrath en 1976, propuso un modelo del proceso de estrés que consiste de cuatro etapas: 1.- Proceso de apreciación cognoscitiva mediante el cual el individuo percibe una situación exacta o inexacta. 2.- La toma de decisiones que genera una relación entre la situación percibida, las posibles opciones y la elección de una respuesta o de un conjunto de respuestas, para hacerle frente a una situación indeseable. 3.- El proceso de desempeño que genera una serie de conductas, que pueden evaluarse cualitativamente y cuantitativamente. 4.- El proceso resultante: el grado en el que una respuesta elegida produce una conducta deseada está basada en la habilidad del sujeto para efectuar tal respuesta, y de la medida en que la conducta genera cambios deseados o indeseados en la situación (Ivancevich y Matteson, 1989).

-Modelo de Marta Davis.-En 1985 esta autora, menciona que el estrés se genera principalmente por tres fuentes básicas:

1.- Nuestro entorno: ciudades como la nuestra cumplen un importante papel en la generación del estrés, ya que el individuo se desarrolla bombardeado de constantes demandas de adaptación, viéndose éste en la necesidad de soportar el

ruido intenso, las aglomeraciones, los horarios rígidos, principalmente en los trabajos en donde se rolan turnos, las normas de conducta y amenazas que atacan a nuestra seguridad entre tantas cosas.

2.-Nuestro cuerpo: esta fuente de estrés va muy ligada con la anterior, pues los elementos del entorno que llegan al individuo, hacen o tienen alguna reacción en el organismo de éste; por ejemplo: un obrero que labora en una industria en la cual es obligado a trabajar en diferentes turnos, esto es, unos días trabaja por la mañana y otros por la noche. Este rol de turnos trae evidentemente una reacción por parte del organismo del sujeto, en primera porque se va a ver afectado su ciclo de sueño, esto trae como resultado que el obrero presente, entre otras cosas: a) Disminución de la energía muscular; b) Entorpecimiento de los procesos mentales; c) Dificultad para tomar decisiones; d) Trastornos del sueño y en algunos casos depresión (López, 1994).

3.-Nuestros pensamientos: el modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias y el modo de ver el futuro pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos. Por ejemplo: una mirada agria del jefe o maestro puede considerarse como reprobatoria de nuestro saber o de nuestro trabajo y provoca por tanto, ansiedad, o bien se puede entender esta mirada como un signo de insatisfacción propia o cansancio o de preocupación por problemas de índole personal; entenderlo y no, resulta motivo de temor. (Troch, 1982).

Poster y Leitner señalan, que la capacidad psicológica de los seres humanos para predecir y para controlar, son dos herramientas básicas en el manejo del estrés. Ellos piensan, que el predecir el dolor ó la incomodidad da como resultado, que el individuo experimente menor estrés, esto porque tal condición hace que el sujeto sea capaz de reconocer el momento en el cual está a salvo y puede relajarse, ya que los momentos de estrés excesivo están claramente señalados. Estos periodos de seguridad psicológica ayudan al individuo a superar los efectos dañinos de estrés. Por el contrario, cuando el individuo no sabe o no prevé los eventos estresantes no sabe cuando puede relajarse y cuando debe estar alerta. (Silva, 1994).

2.3 Efectos psicológicos del estrés

Los efectos psicológicos que causa el estrés son diversos y se encuentran relacionados a la impresión que causa a la persona el tipo de estresor al que se enfrenta, cabe considerar que dichos efectos producen respuestas diferentes en cada persona, existiendo la posibilidad de que el estrés en ocasiones, puede dar como resultado un efecto positivo. A continuación mencionaremos la clasificación que hace Dorothy Cotton (1990) sobre los distintos tipos de estresores que comúnmente se enfrentan, para posteriormente hablar sobre sus efectos.

2.3.1 Tipos de estresores

1.- Estresores físicos. Son condiciones que afectan principalmente el cuerpo tales como los cambios extremos de temperatura, la contaminación ambiental, un choque eléctrico o el ejercicio prolongado.

2.- Estresores psicológicos: aquellas amenazas que son atribuibles a la reacción interna de las personas, pensamientos, sentimientos, y preocupaciones acerca de amenazas percibidas. Cotton destaca, cómo estos estresores son más subjetivos dado que la amenaza involucra la interpretación que hace la persona de un determinado suceso.

3.- Estresores psicosociales: provienen de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o excesivo contacto.

Los distintos tipos de estresores producen efectos y respuestas en el organismo en este caso el modelo biológico de Hans Selye (SAG) basado en las tres fases: (reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento), también es útil para hacer una comparación respecto a los efectos que se producen en el organismo en cuanto a lo psicológico.

Cuando una persona enfrenta un estresor, por lo regular se presenta una pausa, lo largo o corta de ella radica en lo próximo o complejo del estresor. Durante esta pausa, el individuo elabora sus valoraciones cognoscitivas (hace una evaluación) una vez hecha, hay una etapa de resistencia (de afrontamiento) al estresor, seguida (si se prolonga más allá de la capacidad del individuo para resistir) por una etapa de colapso psicológico. (L. Vargas, 1988).

Las energías fisiológica o psicológica, no son distintas entre sí, a mayor agotamiento físico a causa del estrés habrá mayor agotamiento psicológico, el cual provoca una serie de efectos. A continuación se mencionan los que Fontana, (1992) considera de mayor importancia.

2.3.2 Efectos cognitivos del estrés excesivo

- Decremento del periodo de la concentración y del habla
- Aumento de la distracción
- Deterioro de la memoria a corto y a largo plazo
- La velocidad de respuesta se vuelve imprescindible
- Aumento de la frecuencia de errores
- Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo
- Aumento de delirios y de trastornos del pensamiento

2.3.3 Efectos emocionales del estrés excesivo

- Aumento de tensión física y psicológica
- Aumento de la hipocondría
- Aparición de cambios en los rangos de personalidad
- Aumento de los problemas de personalidad existentes
- Debilitamiento de las restricciones normales y emocionales
- Aparece depresión e impotencia
- Perdida repentina de la autoestima

2.3.4 Efectos conductuales del estrés excesivo

- Aumento de los problemas del habla
- Disminución de los intereses y el entusiasmo
- Aumento del ausentismo en las actividades educativas, laborales etc.
- Aumento del consumo de drogas
- Descenso de los niveles de energía
- Alteración de los patrones del sueño
- Se ignora la nueva información que recibe en los lugares que se desempeña.
- Las responsabilidades se depositan en los demás
- Los problemas que se enfrentan se resuelven a un nivel superficial
- Aparecen patrones de conductas excéntricos
- Pueden hacerse amenazas de suicidio

2.3.5 Efectos positivos del estrés

Ciertos niveles de estrés pueden ser psicológicamente benéficos ya que agregan interés a la vida, nos ponen alerta, ayudan a pensar más rápido, permiten trabajar de manera más intensa etc. Sin embargo, cuando el estrés sobrepasa los niveles óptimos, agota la energía psicológica, deteriorando el desempeño, ocasionando sentimientos de inutilidad y subestima.

Siempre que nos sentimos ansiosos, tensos, cansados, asustados, exaltados o deprimidos, nos encontramos padeciendo estrés; el estrés se ha vuelto una parte aceptable e inevitable de la existencia diaria ya que pocos aspectos en la vida se encuentran libres de los acontecimientos y presiones que generan los sentimientos.

Actualmente, cabe para algunos la idea de que el estrés es un fenómeno exclusivo de la época moderna y no es así; el estrés es algo intrínseco a la existencia humana, únicamente parece que se pasa por alto que en ciertas actividades físicas, mentales, sexuales y creativas también está presente el estrés y que sin embargo resultan agradables.

Humphrey, (1986) piensa que inclusive las actividades que la gente considera agradable pueden llegar en algún momento a generar una enfermedad. El estrés que en un principio fue placentero se transforma en perjudicial cuando un cambio real o imaginario abruma la habilidad de la persona para manejarlo, dejándola propensa a reacciones físicas y emocionales indeseables, y a ciertas enfermedades, es decir cuando el individuo no puede controlar el estrés, sus efectos nocivos son para la salud física y psicológica.

Pese a esto, el estrés tiene sus ventajas ya que puede ser usado a favor de la persona, por ejemplo: en la primera fase, cuando la adrenalina es liberada, la persona tiene más energía e impulso. Esta estimulación es necesaria en muchas ocasiones para enfrentar situaciones de reto. La tensión y la excitación son necesarios para disfrutar muchos aspectos de la vida, sin ellos la existencia sería demasiado monótona. El estrés también proporciona el sentido de urgencia y alerta necesario para sobrevivir al enfrentar situaciones que constituyan una amenaza, como cruzar una avenida muy transitada o conducir un auto en

condiciones climáticas extremas, las cuales si se enfrentaran demasiado relajado las consecuencias podrían ser fatales.

Lo que determina si el estrés resulta negativo o positivo es la interpretación que hace el individuo del mismo.

Por ejemplo Lazarus y Eriksson, (1952) estudiaron la capacidad de las personas estresadas al momento de realizar tareas. Ellos descubrieron que algunos individuos representaban un desempeño mayor en condiciones de estrés, mientras que otras presentaban un desempeño bajo.

Estudios como este nos muestran que no podemos predecir el rendimiento de la gente basándonos únicamente en los estímulos estresantes, debemos poner también atención a los procesos psicológicos responsables de las diferencias individuales.

2.4 Respuestas psicológicas del estrés

La forma en que un individuo o grupo reacciona ante las demandas ambientales son siempre diversas, aún la misma persona ante una situación similar en diferentes momentos de su vida o en diferentes condiciones responderá de diversas formas, ya que su sensibilidad y vulnerabilidad hacia los mismos cambia generando un efecto (impresión), por lo tanto su respuesta (reacción) y su interpretación ante éstos. Es así que las personas difieren en su forma de sentir ante una situación estresante, la evaluación, el afrontamiento, y el manejo de la ansiedad difieren del mismo modo. A continuación hablaremos sobre estos tres aspectos.

2.4.1 La evaluación de las respuestas

Lazarus, (1984) plantea, que para entender las diferencias en la respuesta ante situaciones similares debemos tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan la naturaleza de tal mediación. La evaluación cognitiva es el elemento que determina la relación que se establece entre el individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

Según Lazarus y Folkman (1984) la evaluación cognitiva es considerada como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo, distinguiendo entre la evaluación primaria y la evaluación secundaria. Se distinguen a su vez tres tipos de evaluación: primaria 1)

Aquella que considera las situaciones como irrelevantes, 2) La benigna-positiva y 3) Las que se evalúan como amenazantes.

1) Es irrelevante cuando el encuentro con el entorno no conlleva complicaciones para el individuo, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se gana, ni se pierde nada en la transformación.

2) La evaluación benigna-positiva se presenta, cuando las consecuencias de la situación se valoran como positivas, esto es, preservan o logran el bienestar o también ayudan a conseguirlo. Este tipo de evaluación genera emociones placenteras.

3) Las evaluaciones amenazantes son aquellas que significan daño-pérdida, amenaza y desafío, se considera daño-pérdida cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido alguna lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o haber perdido algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén, ésta permite el afrontamiento anticipado. En la medida en que el futuro es predecible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado las dificultades que puede encontrar (Lazarus y Folkman, 1984). El desafío al igual que la amenaza implica movimiento en las estrategias de afrontamiento, sin embargo, en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer la confrontación, acompañándose de emociones placenteras, tales como la impaciencia, la excitación y el regocijo.

Aún cuando la amenaza y el desafío no son excluyentes entre sí, difieren por sus componentes cognitivos (la valoración del daño o pérdida versus el dominio o la ganancia) y afectivo (las emociones negativas versus las positivas) estas (valoración y emociones) pueden ocurrir en forma simultánea. El desafío tiene

importantes implicaciones en el proceso de adaptación, tiene mayor probabilidad de presentar buen estado de ánimo y la calidad de su funcionamiento puede ser mejor al sentirse más confiados emocionalmente, menos abrumados y más capaces de desarrollar recursos adecuados que aquellos inhibidos y bloqueados. Cuando estamos en peligro, ya sea bajo amenaza o bajo desafío, es preciso actuar sobre la situación; en este caso predomina una forma de evaluación dirigida a determinar que puede hacerse y que llamamos evaluación secundaria.

Es así que todo proceso estresante implica una evaluación secundaria en donde el sujeto definirá lo que hará y lo que está en juego. Es un proceso donde se evalúan las opciones de afrontamiento y sus consecuencias al utilizarlas. Es importante destacar que la evaluación de la estrategias de afrontamiento y de lo que hay en juego interactúan entre sí determinando el grado de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta.

Con frecuencia existe una sucesión de emociones y evaluaciones cambiantes o bien reevaluaciones de una situación en base a la nueva información recibida del entorno y/o en base a la información que se desprende de las propias reacciones del individuo. Lazarus y Folkman (1984) distinguen otra forma de reevaluación defensiva, la cual consiste en un esfuerzo para reinterpretar una situación del pasado de forma más positiva o bien para afrontar los daños y amenazas del presente, mirándolos de una forma menos negativa.

La evaluación es un elemento esencial del proceso de estrés ya que mediará la formación de pensamientos, sensaciones, emociones y acciones subsiguientes a un acontecimiento estresante. Esta puede ser consciente o inconsciente, es decir, un individuo puede no ser consciente de ninguno de los elementos básicos que configuran una evaluación.

Existen dos tipos de factores que influyen en la evaluación del estrés: personales y situacionales.

Con respecto a los factores personales, dos características del individuo que determinan la evaluación son. Los compromisos y las creencias. Al hablar de compromisos nos referimos de acuerdo a Lazarus y Folkman (1984) a una relación específica entre el individuo y el entorno, para que un individuo ejerza influencia sobre la evaluación de un acontecimiento debe guardar relación con éste.

Generalmente un individuo se halla comprometido con una o varias cosas a la vez. Una situación será evaluada como significativa en la medida que involucre compromisos importantes y que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión del compromiso.

2.4.2 El afrontamiento

El significado que se le otorga a la evaluación tendrá que ver con los resultados que se obtengan del afrontamiento.

El afrontamiento constituye una respuesta al estrés según Lazarus (1980) el afrontamiento tiene dos grandes funciones, la primera implica solucionar el problema. En segundo lugar el afrontamiento permite actuar sobre las respuestas emocionales o físicas relacionadas con el estrés, esto lo llevamos a cabo por medio de conductas que producen mayor o menor éxito, entre ellas se encuentran: los mecanismos de defensa, consumo de drogas que van desde alcohol, marihuana etc., hasta sedantes prescritos por el médico. A partir de los años sesenta el estrés se fue aceptando como un aspecto inevitable de la condición humana, sin embargo es su afrontamiento el que establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

Dentro de la psicología el concepto de afrontamiento ha tenido gran importancia, debido a que en base al afrontamiento se alcanzaron a observar las diferencias individuales. Entre 1941 y 1950 el afrontamiento se concibió como un proceso organizativo en la descripción y evaluación clínica, y actualmente constituye el centro de una serie de psicoterapias y programas educativos que tienen como finalidad desarrollar recursos adaptativos, (Lazarus y Eriksson 1952).

Los planteamientos sobre el afrontamiento se derivan de dos corrientes distintas: la teoría animal y la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal del estrés proviene de la teoría de Darwin en la cual la supervivencia del animal depende de la habilidad que tenga para descubrir lo predecible y lo controlable del entorno y así poder escapar o enfrentar los agentes nocivos. Para su supervivencia el animal hace una discriminación que depende de su sistema nervioso.

En el modelo animal se define el afrontamiento “como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producido por éstas”

En el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, el afrontamiento se define “como un conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés” La diferencia principal entre estos conceptos radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y su entorno.

Estos procesos de afrontamiento se encuentran relacionados a la cognición y distingue los procesos que utiliza el individuo ante la situaciones conflictivas, considerando desde los mecanismos primitivos que distorsionan la realidad hasta los mecanismos más evolucionados.

El modelo psicoanalítico del yo, primordialmente toma en consideración para la medición del afrontamiento los rasgos, en lugar de los procesos, refiriéndose a las características del individuo que le hacen reaccionar de una forma determinada.

En los modelos psicológicos del yo, el afrontamiento se identifica con el éxito adaptativo, y los fracasos o estrategias se reconocen como mecanismos de defensa. Estos mecanismos pueden ser inmaduros o primitivos y producir una distorsión de la realidad o pueden ser mecanismos más evolucionados los cuales permitan enfrentar una situación de forma más aceptable y apegada a la realidad.

El afrontamiento ha sido planteado, también como un proceso con tres aspectos principales: el primero se relaciona con lo que el individuo realmente piensa o hace. En el segundo, esto que piensa y hace se analiza dentro de un contexto específico y finalmente en el tercero, se consideran los cambios en el pensamiento a medida que la interacción se va desarrollando; por lo tanto el afrontamiento es un proceso en el que se utilizan estrategias defensivas, pero también estrategias para enfrentar y resolver la situación que se vive. (Folkman S y Lazarus (1984).

El afrontamiento como proceso, se puede observar en el duelo, en su duración, y en los cambios que se presentan desde el momento de la pérdida.

En un inicio puede haber incredulidad o negación de la muerte, también puede presentarse una actividad frenética (furia, rabia llanto), e incapacidad para cumplir sus actividades sociales, laborales, familiares etc. En las siguientes etapas quizá aparezca depresión, la cual una vez superada dará inicio a la aceptación de la pérdida reanudando las actividades habituales.

La forma de afrontamiento de un individuo se encuentra determinado por los recursos de que dispone: la salud, las creencias existenciales, las creencias generales, los recursos para la resolución de problemas, habilidades sociales, recursos materiales etc.

En los condicionantes personales se incluyen los valores y creencias culturales interiorizadas que influyen sobre la conducta psicológica.

Cabe mencionar que el afrontamiento no debe de considerarse como un dominio del acto, ya que el afrontamiento puede ser ineficaz y no poder dominar el evento estresante al cual se enfrenta.

Lazarus (1984) distingue entre las estrategias de afrontamiento y los resultados del afrontamiento.

Entre las estrategias se distinguen dos tipos: una enfocada al problema que afecta y otra enfocada a la emoción que el problema produce en la persona.

La estrategia enfocada al problema busca modificar la situación que provoca el estrés y se considera más efectiva que la segunda, al cual se dirige a la emoción que desencadena el estrés.

La emoción va implícita en el afrontamiento y éste, debe ser considerado como una situación que nos acompaña desde el estado fetal, en donde el feto tiene que responder a la ansiedad de la madre de formas diversas.

Posteriormente la calidad de la relación que establecen los padres con el recién nacido, será uno de los factores que determinarán la forma en que cuando sea mayor afrontará los estresantes particulares.

El afrontamiento también se va desarrollando a lo largo de la vida, en un inicio, el recién nacido utiliza el llanto cuando tiene hambre, después de unos meses estira los brazos para que lo carguen y le den cariño; al caminar el niño aprende a enfrentar algunas amenazas como el mover los muebles que le obstaculizan el paso.

Al llegar a la escuela establece relaciones con nuevos compañeros, el apoyo de los padres en todo esto le permite tener una sensación de seguridad y de confianza.

El bagaje de experiencias previas en especial si han sido exitosas, serán favorecedoras para el afrontamiento.

El afrontamiento va cambiando a lo largo de la vida. Vaillant (1977) y Pfeiffer (1977) afirman que el afrontamiento se hace más efectivo y más realista con la edad, que existe una menor dependencia de los mecanismos inmaduros como la proyección y el acting out y que hay un mayor uso de los mecanismos evolucionados como el altruismo, el humor y la supresión. Lazarus y Folkman en 1984 proponen que la mejor generalización respecto a los cambios en el afrontamiento durante la vida sea la de que las "fuentes del estrés cambian con los distintos periodos de ésta y como consecuencia, el afrontamiento también lo hace".

2.4.3 La ansiedad

En líneas anteriores se hace alusión al papel que juegan las emociones dentro de la evaluación y del afrontamiento del estrés, dentro de estas emociones juega un papel muy importante la ansiedad. La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una situación de estrés es la ansiedad. La ansiedad suele ser una respuesta normal de nuestro organismo ante situaciones que nos causan estrés, se caracteriza por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión que surgen por la anticipación de una amenaza real o imaginaria; estas situaciones pueden ser de cualquier índole ya sea el nacimiento de un hijo, pero también puede llegar a ser la muerte de un ser querido; ante las situaciones de ansiedad y estrés nuestro cuerpo genera una serie de cambios en todo su sistema, los cuales si se presentan en forma repetitiva agotan nuestro cuerpo, al grado de generar un trastorno de ansiedad.

La ansiedad es un fenómeno ampliamente relacionado con el estrés, el cual se puede considerar como un aspecto inminentemente fenomenológico (subjetivo), que consiste primordialmente en manifestaciones cognitivas y somatofisiológicas, que incluyen pensamientos desagradables, miedos y/o preocupaciones, signos orgánicos internos, tensión en el estómago, taquicardia, palpitaciones, etc., asociados a tensión en los sistemas motor y autónomo (Sadín 1994).

Inicialmente, Freud (1856- 1939) dio al vocablo ansiedad un papel muy importante en la psicopatología, y en posteriores formulaciones Freudianas, la ansiedad se consideró como el resultado de algún conflicto existente en la vida de la persona que la padecía, así mismo fue tomada como señal de peligro y como activador de los mecanismos de defensa (Citado en Papalia, pag 510).

De acuerdo a Freud, (1932) los individuos desarrollan mecanismos de defensa para combatir la ansiedad y aliviar la presión. Estos mecanismos distorsionan la realidad para que las personas puedan enfrentarse a ella con mayor facilidad; son

inconscientes de manera que la persona no se da cuenta de la distorsión de los hechos llegando a estar convencida de que su punto de vista es correcto.

Dentro de los mecanismos de defensa se encuentran los siguientes:

Represión. En una situación que produce ansiedad la persona bloquea el acceso a la conciencia, mostrando incapacidad para recordar experiencias o sentimientos que en cualquier otro momento podía expresar con libertad.

Desplazamiento. En una situación que genera ansiedad el sentimiento o la respuesta se dirige hacia un objeto sustitutivo de menor importancia.

Sublimación. Ante la ansiedad la persona canaliza los impulsos desadaptativos en comportamientos totalmente aceptables.

Proyección. Ante la ansiedad que producen pensamientos y motivos inaceptables se proyectan o atribuyen a otra persona.

Formación reactiva. La ansiedad ocasionada por sentimientos inaceptables (para la misma persona) genera que sean reemplazados por sentimientos opuestos.

Racionalización. La ansiedad que produce enfrentar una situación difícil justifica la conducta, pensando que la dificultad no existe. Se recurre también a este mecanismo para calmar la culpa, que genera hacer alguna cosa que la persona considera que no debería de haber hecho.

Regresión. Ante la ansiedad la persona se puede retornar hacia formas de conducta de un período anterior tratando de recuperar la seguridad que este período le recuerda.

Cabe mencionar que los mecanismos de defensa son parte fundamental de un Psicodiagnóstico. En el DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, los mecanismos de defensa son considerados como estrategias de afrontamiento y los define como procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno y externo y los divide en forma conceptual y empírica denominados niveles de defensa.

Así como la ansiedad puede incitar a actuar ante una situación, ésta misma puede convertirse en un trastorno, el cual en un momento determinado puede impedir que se haga frente de forma adecuada a prácticamente cualquier evento, modificando de esta forma la vida diaria. La ansiedad puede hacer que cualquier persona se sienta nerviosa prácticamente todo el tiempo, en ocasiones sin causa aparente llegando a generar una gran incomodidad, al grado de llegar a suspender ciertas actividades teniendo una repercusión aparte de emocional, laboral y económica.

En general se pueden encontrar diversas alteraciones relacionadas a la ansiedad como:

Trastorno obsesivo compulsivo: la persona tiende a mostrar síntomas obsesivos los cuales se caracterizan por la aparición de pensamientos, imágenes, ideas e impulsos carentes de sentido incluso par a la propia persona, para conseguir disminuir la ansiedad se llevan a cabo conductas compulsivas como: comprobar ciertos actos en forma repetida (ver si la puerta se encuentra cerrada), rezar, limpiar etc.

Ataques de pánico: se manifiestan cuando las personas se enfrentan a situaciones que rebasan los niveles de estrés que pueden aguantar, manifestando ahogos, sudoraciones, náuseas y mareos, acompañados de un miedo intenso.

Trastornos fóbicos: dentro de estos trastornos uno de las manifestaciones más comunes es la agorafobia; se caracteriza generalmente por una incapacidad para salir de casa e ir a lugares con los que la persona no se encuentra familiarizado, cuando llega a hacerlo pueden presentarse ataques de pánico.

Pero al asociar el fenómeno de la ansiedad con el estrés se puede considerar el Trastorno de Ansiedad Generalizada (T.A.G.), el cual a la hora de enfrentar una situación estresante, la persona lo puede considerar mayor de lo que verdaderamente es; influyendo sobre la cognición de quien lo experimenta, creando pensamientos que se anticipan a desastres y que generan a su vez una preocupación mayor a lo que la situación o evento realmente justifica, pudiendo ser acompañada de estados depresivos, que se manifiestan por la incapacidad de relajarse, problemas de sueño, acompañado de síntomas físicos como: temblores,

contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor, mareos, sensación de falta de aire, náuseas y ganas de ir al baño principalmente. Pudiendo ser tan severo y debilitante al grado de generar un desgaste tal, que limita las actividades propias de una persona. (Dickey 1996).

La ansiedad, interviene también en los padecimientos psicósomáticos Beck, (1972) menciona la importancia de la relación entre los factores cognitivos y la ansiedad en el desarrollo de los síntomas psicósomáticos. Señalando además, que el mantenimiento de estos estados tiene que ver con la creación mental de círculos viciosos entre lo cognitivo, la ansiedad y los síntomas físicos sin olvidar el importante papel que tiene la disposición del sujeto ante el evento.

2.5 Repercusión del estrés en la salud mental y física

El efecto y la respuesta que se tenga ante las vivencias estresantes, serán la base para la repercusión que se tenga sobre la salud física y mental del individuo. En la actualidad, los trastornos psicofisiológicos representan uno de los problemas más importantes de salud en el mundo y nuestro país no es la excepción. De hecho, se ha estimado que alrededor del 80% de las consultas al médico de práctica general, no presentan causa orgánica en sus alteraciones, por lo que se considera que un número importante de éstos, son el resultado del efecto del estrés, el cual juega un papel preponderante sobre el organismo.

2.5.1 Cambios que se generan en el organismo, a consecuencia del estrés

Los factores psicológicos o comportamentales, representan un papel fundamental en la representación o tratamiento de casi todas las enfermedades médicas, por lo que esta categoría se reserva para las situaciones en la que los factores psicológicos tienen un efecto clínicamente significativo. El DSM IV, aporta una mayor especificidad con respecto al tipo de factor psicológico que afecta la condición física, entre las que se distingue a las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés, que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica; por ejemplo: la agravación relacionada al estrés de úlceras, hipertensión, diabetes, arritmia, dolor de cabeza, entre otras (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995).

El estrés induce principalmente a cambios fisiopatológicos que sobrepasan la normalidad de las funciones reguladas, llevando al sistema endocrino-sanguíneo hacia una exigencia mayor, iniciando un desafío a la autorregulación llamada homeostasis.

En la sangre circula una determinada cantidad de glucosa (azúcar) y de otras sustancias que aumentan debido al estrés llevando al medio interno a un nivel de regulación distinto "llamado Heterostasis (hetero= diferente) ocasionando un estado de alerta en todo el organismo y que, resume el cambio fisiológico del estrés, que pasa a ser fisiopatológico.

Ante la presencia del estrés hay importantes cambios en el cerebro, en el sistema nervioso y en el sistema endocrino en donde cada uno tiene sus propias características.

Por ejemplo, los músculos se tensan y causan dolor, originando que se caiga en un círculo estresante, donde el dolor y la depresión tienden a desarrollarse. El ritmo cardíaco y el respiratorio, así como la presión sanguínea y el metabolismo tienden a incrementar su ritmo. Las manos y los pies empiezan a sufrir cambios en su temperatura (se enfrían), a medida que la irrigación de la sangre se dirige a las extremidades y al aparato digestivo hasta los músculos mayores, los cuales podrán ayudar al sujeto a luchar o huir.

La primera respuesta al estrés, se genera en el cerebro ante la presencia del estresor, posteriormente se activan los otros sistemas del cuerpo, la corteza cerebral, está directamente involucrada con la conducta y con los procesos mentales además de que también controla al hipotálamo.

La corteza cerebral durante los estados emocionales estimula el sistema nervioso, los lóbulos prefrontales y las regiones temporales de la corteza, sufren un aumento o disminución de acuerdo a la excitación de los centros hipotalámicos. El hipotálamo es el órgano que se encuentra involucrado de forma decisiva en la respuesta del estrés, debido a que desempeña funciones como la regulación del temor, la ira, la euforia y la temperatura del cuerpo y del apetito. Al percibir el estrés activa el sistema nervioso autónomo y regula la glándula pituitaria que es la glándula central del sistema endocrino.

El hipotálamo contiene también núcleos que controlan funciones reguladoras.

- Regulación del sistema vascular: frecuencia cardíaca y presión arterial
- Regulación de la temperatura: pérdida del calor del cuerpo al cambiar la vasoconstricción de la piel, pérdida del calor del cuerpo por el mecanismo de sudoración, (grado de producción de calor por los tejidos, regulación del agua corporal), regulación de alimentos, regulación de la excitación y la ira y el control de la secreción de las hormonas hipofisarias.

El sistema nervioso autónomo, se encarga de controlar las funciones gastrointestinales, cardiovasculares y reproductivas. En momentos de estrés es estimulado por medio del hipotálamo e inicia actividades de defensa y de adaptación a través del sistema nervioso:

- Simpático: En él se manifiestan cambios que sufre el organismo mientras se prepara para la defensa: sudoración aceleración del pulso, sensación de vacío estomacal etc.
- Parasimpático: Este sistema reacciona casi de manera opuesta ya que se encarga de relajar y calmar el organismo.

El sistema endócrino se encuentra formado por diversas glándulas que producen hormonas, las cuales circulan por el torrente sanguíneo y regulan químicamente las actividades fisiológicas. Cuando el cuerpo se enfrenta a una situación estresante, se manifiesta una interacción entre éste sistema, el nervioso autónomo y el hipotálamo, la forma en que cada persona responda a ella estará relacionada a sus características individuales. A continuación se mencionan las enfermedades físicas y mentales relacionadas con el estrés.

2.5.2 Enfermedades mentales relacionadas con el estrés

Dentro de la psiquiatría se tiene reconocido que el estrés constituye un eslabón entre los procesos etiológicos de la enfermedad mental. Este eslabón se relaciona con la psiconeurosis, psicosis, alteraciones de la personalidad, padecimientos psicosomáticos y alteraciones cerebrales agudas y crónicas.

El diagnóstico del estrés es realizado por un médico a través de la revisión y conversación con el paciente, los médicos consideran que los síntomas del estrés se manifiestan de diversas formas, sin embargo se clasifican dentro de dos tipos:

- Endógenos: que no guardan una relación clara con los estresantes del ambiente.
- Reactivos: que constituyen una respuesta a un estresor específico o a una combinación de estresantes.

A continuación en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV) se mencionan algunos de estos trastornos:

Trastorno por estrés agudo

Este trastorno se caracteriza por la aparición de ansiedad, síntomas disociativos (ruptura de la unidad psíquica) y de otro tipo, un mes después de la exposición a un acontecimiento traumático, en el que la persona experimenta acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y su respuesta es de terror, desesperanza u horror intenso.

Después del acontecimiento traumático se presentan tres o más de los siguientes síntomas disociativos.

- Sensación subjetiva de embotamiento, desapego (se desprende del afecto) ausencia de reactividad emocional
- Reducción del acontecimiento de su entorno
- Desrealización
- Amnesia disociativa
- Despersonalización

El acontecimiento traumático es rememorado persistentemente por medio de imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen durante el primer mes después del trauma.

Trastorno por estrés postraumático

Este trastorno se presenta cuando la persona se ve expuesta a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, que le representa un peligro real para su vida al cual responde con temor y desesperanza.

El acontecimiento traumático se re-experimenta de manera persistente en una (o más) de las siguientes formas:

- Recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar, incluyen imágenes pensamientos o percepciones.
- Sueños recurrentes sobre el acontecimiento traumático
- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo e incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.

La persona manifiesta evitación persistente de estímulos asociados al trauma, la intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar este trastorno.

Estas alteraciones se prolongan más de un mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Trastorno adaptativo

Aparición de síntomas emocionales o conductuales como respuesta a un estresante identificable como parte de las experiencias humanas comunes y menos graves que los estresantes responsables del trastorno por estrés agudo o postraumático. Los síntomas o comportamiento pueden aparecer clínicamente y se manifiesta durante tres meses después de la aparición del estresante:

- Malestar mayor de lo esperado en respuesta al estresante
- Deterioro significativo de la actividad social laboral o académica

Los trastornos adaptativos se codifican de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes.

- Con estado de ánimo depresivo manifestaciones de llanto o desesperanza
- Con ansiedad, síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud
- Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- Con trastorno de comportamiento que viola los derechos de los demás o las normas y reglas sociales apropiadas. Una vez cesado el estresante los síntomas no duran más de seis meses.

2.5.3 Enfermedades físicas relacionadas con el estrés

El estrés tiene la capacidad de inhibir al sistema inmune y provocar inmunodepresión. En el caso del estrés agudo, si se prolonga, implica la tendencia a adquirir diversas enfermedades (Vargas y Cols, 1998). A continuación se mencionan algunas de ellas:

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus se caracteriza por la dificultad para incorporar la glucosa al interior de las células insulino-dependientes de manera especial en el área muscular.

Como se dijo en el capítulo uno, existe la diabetes insulino-dependiente y la diabetes insulino-no dependiente en la que hay células productoras de insulina pero no se produce la eficiencia insulínica necesaria, este efecto se contrarresta a través de drogas hiperglicemiantes reconocidas con el nombre genérico de sulfonilureas.

La hemoglobina (sustancia que transporta oxígeno) se encuentra glucosilada en un 6% y un porcentaje mayor delata una hiperglicemia en el paciente diabético. La ingesta de alimentos puede subir la glucolización generando una hiperglisemia fisiológica.

El estrés es un padecimiento que también afecta al paciente diabético, ya que durante su proceso existe una fuerte liberación de adrenalina, esta descarga de adrenalina produce a su vez la elevación de la glucosa en la sangre, presentándose así la hiperglicemia. Éste aumento, se produce con la finalidad de generar energía para poder enfrentar o huir ante el acontecimiento estresante.

Debido a esto el estrés produce hiperglicemia, independientemente de la ingesta de alimentos, siendo un factor perturbador para la salud del diabético.

Existen diferencias individuales en la respuesta glucémica al estrés, (Cuddiry y Martínez 1990) evaluaron la relación entre el estrés y los valores de glucemia, reconociendo su impacto en la enfermedad, independientemente del control de la dieta y la rutina de ejercicio.

Hipertensión

La hiperactividad a los estímulos ambientales se pone de manifiesto con relativa claridad, algunos individuos muestran cambios en sus cifras de presión arterial frente a diversos factores estresantes, que van desde el estrés inducido en condiciones experimentales, hasta el provocado por situaciones sociales como el racismo, hablar en público, etc.

Entre los factores de riesgo de la hipertensión arterial, se encuentran algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan: la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de hipertensos. Dentro de los factores de riesgo psicosocial, se destacan comportamientos que hacen a las personas más vulnerables a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés.

Con cierta frecuencia algunos pacientes hipertensos señalan que su hipertensión es emotiva, pues reconocen que los incrementos de su presión arterial se asocian a situaciones estresantes, aún cuando se encuentren bajo tratamiento con fármacos hipotensores.

Ayman y Golshine (1940) encontraron que la presión arterial registrada por los pacientes hipertensos en su domicilio, era sistemáticamente más baja que la registrada por los médicos en su consultorio. Otras investigaciones más recientes han constatado similares resultados (Mnacia 1983; Robles y Caucho 2002; García Vera, Labrador y Sanz, 1999).

A este efecto (Pichering, 1988) lo determina, hipertensión de bata blanca, señalando aquellos individuos que presentan una presión arterial elevada en el entorno clínico y fuera de este ámbito muestran cifras completamente normales.

Obesidad

En la etiología de la obesidad se encuentran implicados, factores genéticos, (contribuyen de un 20% a un 40%) ambientales, endocrinos, estilos de vida y psicológicos (I.M.S.S. Programas Integrados de Salud, 2002).

Vosnesenlaya y Vein (2002) demostraron que el 60% de las personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia, como una forma patológica de defensa, acompañada de personalidades inmaduras, con rasgos ansiosos y depresivos.

A esta alteración de la conducta, se le denominó “conducta alimentaria emocional” o hiperfagia al estrés, ya que la ingesta de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre, sino con malestar psicológico (aburrimiento, angustia o dificultad para resolver problemas). La obesidad en este caso puede ser considerada como el síntoma.

Alborg (2002) observó a través de sus estudios, la relación entre depresión y ansiedad en hombres con obesidad abdominal, lo que sugiere un efecto negativo del cortisol sobre el bienestar psicológico. El exceso de cortisol durante el estrés prolongado, estimula la ingestión de alimento, aumenta la grasa abdominal y puede ser causa de depresión de forma simultánea con alteración metabólica

Las respuestas patológicas al estrés como son, consumo de alcohol, tabaquismo y borracheras alimentarias pueden variar según la personalidad y género del individuo.

Greeno y Wing (2000) concluyeron que el estrés (incluida la depresión) se asocia con aumento en la ingesta de alimentos en los comedores restringidos, lo cual está descrito en el modelo de comportamiento bulímico.

La arteriopatía coronaria

El estrés agudo, puede desencadenar un infarto agudo de miocardio o la muerte súbita, donde se involucrarían mecanismos como el incremento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la actividad plaquetaria, la arritmogénesis y en presencia de enfermedad coronaria, la respuesta vasoconstrictora de las arterias coronarias al estrés.

El asma

Los pacientes afectados de asma y con escasa capacidad para afrontar las pérdidas y otros estresantes por medio de la expresión verbal, pueden tener un mayor riesgo de padecer ataques (de asma) ante situaciones estresantes.

Trastornos gastrointestinales

El estrés psicológico es un factor de riesgo independiente en el desarrollo y la recurrencia de la úlcera duodenal. Se ha observado que las personas que se enfrentan a situaciones estresantes como pueden ser: el divorcio, la separación o la viudez, manifiestan una asociación con úlcera péptica, lo que revela que la pérdida de estas relaciones se pueden convertir en un factor precipitante y que por otra parte, podrían tener una influencia reguladora en diversos procesos fisiológicos y de alteración afectiva.

El síndrome del intestino irritable

Los síntomas consisten en dolor abdominal y alteración del hábito deposicional, ya sea estreñimiento o diarrea, sin que aparezcan anomalías en la exploración física ni en pruebas analíticas o radiológicas. Los trastornos de la motilidad subyacente, parecen deberse a síntomas psicológicos o relacionados al estrés, los cuales producen recaídas y remisiones. La soriasis, la dermatitis y el prurito crónico, también son padecimientos que se relacionan con el estrés.

2.6 Técnicas para el manejo del estrés

Las técnicas para el manejo de estrés, tienen como propósito dotar al individuo de estrategias y habilidades que le permitan afrontar adecuadamente diferentes tipos de situaciones, particularmente aquellas que en un momento dado se evalúan como amenazantes o desafiantes. A los grupos de pacientes enfermos del I.M.S.S., se les imparten técnicas de relajación mental y muscular para contener el estrés.

Aún cuando existe una extensa variedad de técnicas para el manejo del estrés, en este trabajo se abordarán las siguientes: La relajación muscular progresiva, (Bernstein Y Borkovec 1973). La relajación autógena (Shultz y Luthe). El entrenamiento por inoculación de estrés (Meichembaum y Jaremko). (Del cual se hablará en forma más amplia, ya que intervienen en esta técnica diversos factores que establecen la repercusión que tiene la experiencia en la modificación de la conducta humana), y finalmente la Retroalimentación biológica.

2.6.1 Relajación muscular progresiva (RMP)

El entrenamiento en relajación muscular progresivo diseñado por Berstein y Borcovec (1973), tiene sus antecedentes en la técnica diseñada por Edmund Jacobson en la década de los treinta, encaminada a combatir la tensión y la ansiedad y en el entrenamiento de desensibilización sistemática de Joseph Wolpe, quien modificó los procedimientos de Jacobson y los aplicó en un programa sistemático de entrenamiento.

Se ha observado que después del entrenamiento en relajación, se produce una inhibición de respuestas psicofisiológicas, entre las que podemos distinguir: reducción en la conductancia de la piel, reducción de la tasa respiratoria, de la tasa cardíaca, de la tensión muscular y de la tensión subjetiva (Bernstein y Borkovec, 1973). Por lo tanto el entrenamiento en relajación, es especialmente conveniente en personas con altos niveles de tensión, que interfieren con la

ejecución adecuada del ambiente, de tal manera que un incremento en la habilidad para relajarse, es un factor significativo en la mejora de los problemas del paciente.

Es conveniente destacar, que para desarrollar la habilidad de relajarse al igual que cualquier otra habilidad, la práctica constante representa un elemento fundamental, por lo que se sugiere al paciente que practique en casa todos los días. El procedimiento permite distinguir entre la tensión y la relajación, dándole la oportunidad de apreciar las diferencia de sensaciones asociadas con cada una de estos estados.

2.6.2 Relajación autógena (RA)

Se ha definido el entrenamiento en relajación autógena, como el uso de auto-instrucción sugestiva para calentar y dar una sensación de pesadez al cuerpo, con el fin de promover un estado de relajación profunda (Shultz y Luthe, 1969).

Este programa de entrenamiento ha sido empleado como tratamiento único o bien en combinación con otro tipo de técnicas, para contrarrestar las respuestas psicofisiológicas del organismo que aparecen cuando el individuo reacciona ante una situación amenazante. Este tipo de tratamiento, ha resultado efectivo en la atención a una gran variedad de trastornos, por ejemplo: asma, estreñimiento, diarrea, gastritis, úlceras, taquicardia, arritmia, hipertensión, diabetes, dolor de cabeza, trastornos del sueño, entre otros.

Se considera que este tratamiento proporciona los efectos recuperadores de la hipnosis tradicional, con la ventaja de que la misma persona puede aprender a inducir en el momento que lo desee las sensaciones de calor y pesadez típicas de esa técnica. (Davis, Mckay y Eshelman, 1986).

2.6.3 Entrenamiento por inoculación de estrés

Anteriormente (capítulo II) se menciona una breve información sobre los antecedentes de esta técnica; este entrenamiento se fundamenta en la teoría creada por Lazarus y Folkman (1984), en donde se considera al estrés no como estímulo, ni como una respuesta, sino como el resultado de una transacción influida tanto por el individuo como por el entorno, de manera que los individuos no son mera víctimas del estrés, sino que su manera de apreciar los acontecimientos amenazantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y opciones de afrontamiento (interpretación secundaria) determinan la naturaleza de éste (Meichembaum, 1985).

Este entrenamiento, consiste en una serie de operaciones secuenciadas llevadas a cabo en tres fases: 1) la conceptualización, en la que se informa al sujeto de los concomitantes fisiológicos, emocionales y cognitivos de su conducta adaptativa, esta información sirve para que el sujeto afronte la situación que debe tratar de manejar, 2) la fase de adquisición de habilidades instrumentales y 3) la fase de aplicación y seguimiento, en la que el sujeto pone a prueba sus habilidades, en una situación estresante de laboratorio y confronta sus hipótesis con la realidad. El entrenamiento por inoculación de estrés incluye adiestramiento conductual, control de respuestas fisiológicas y reevaluación cognitiva.

Meichembaum y Jaremco (1987), reconocen que el objetivo del tratamiento es producir cambios a tres áreas: en primer lugar se centra en identificar y cambiar las conductas desadaptativas, alentando las adaptativas. Anticipando que este cambio de conductas, alterará las relaciones con el medio y provocará efectos terapéuticos colaterales.

La segunda área de atención, es la actividad reguladora, en donde se dedica atención a la modificación de autoenunciados, imágenes y sentimientos que interfieren en el funcionamiento adaptativo. El objetivo, es reducir la frecuencia y/o

impacto de las cogniciones desadaptativas, (por ejemplo: anticipaciones catastróficas, interpretaciones distorsionadas, etc.) y los sentimientos perturbadores, (por ejemplo: ansiedad, depresión y desesperanza), que pueden interferir con el afrontamiento eficaz; facilitando las cogniciones adaptativas y los sentimientos positivos.

Finalmente se presta atención a las estructuras cognitivas, es decir a las suposiciones y creencias tácitas que constituyen la forma habitual de representarse a sí mismo y al mundo, lo cual puede ser negativo. Un cambio en las estructuras cognitivas, probablemente ocurre al descubrir mediante experiencias significativas que las anteriores estructuras cognitivas son injustificadas y merece la pena adoptar nuevas estructuras.

Como se mencionó anteriormente el entrenamiento por inoculación de estrés consta de tres fases.

La fase inicial de la terapia tiene dos objetivos: el primero es recoger e integrar datos que permitan al cliente y al terapeuta desarrollar una comprensión mutua del problema, en circunstancias que faciliten el acceso a la adquisición de habilidades de la fase siguiente, el segundo objetivo es aumentar las habilidades de solución del problema de la persona, entrenándole para que recoja e interprete datos con mayor sofisticación, ya sea situacionales, conductuales, cognitivos, afectivos y fisiológicos, es decir, identificar variables específicas que parecen contribuir al funcionamiento desadaptativo. Los factores que alivian o agravan el problema y las consecuencias ambientales de las conductas que se consideran. Para obtener información el terapeuta se auxilia de diversos medios, entre los cuales se distinguen los informes del propio cliente, informes de otras personas y la observación directa. Haciendo uso además de diferentes técnicas entre las que cabe mencionar: la entrevista con el sujeto y otras personas significativas, reconstrucción imaginaria, informes de autoregistro, observación de secuencias conductuales y una gran variedad de pruebas psicológicas. Es desde esta fase donde la persona empieza a tener una visión más clara de su problemática, ya

que desde este momento logra asociar situaciones estresantes con la problemática que lo aqueja.

Una vez que se han obtenido datos que permiten visualizar de manera más clara e integral los factores que influyen en el problema, se separan los factores que influyen en el proceso adaptativo; convirtiéndose estos factores en el centro de la intervención.

Por lo que respecta a la segunda fase de adquisición y práctica de habilidades, el objetivo es asegurar que el cliente desarrolle la capacidad de realizar eficazmente las respuestas de afrontamiento, por lo que la fase deberá incluir además del entrenamiento, la práctica de habilidades.

La tercera fase aborda los aspectos relacionados a la aplicación y seguimiento del tratamiento. Esta fase tiene dos objetivos fundamentales:

- 1.- Lograr que el paciente tenga cambios adaptativos en las situaciones cotidianas.
- 2.- Aumentar las probabilidades de que el cambio se generalice y sea perdurable.

Se considera que en gran medida el éxito de la terapia dependerá de la incorporación de nuevas formas de comportamiento en la vida cotidiana, para cumplir con este propósito se hace uso de diferentes estrategias, entre las que mencionaremos las siguientes:

La práctica imaginaria. En esta práctica el terapeuta y el paciente realizan una relación de escenas que van de la que menos a la que más estrés produce, se le pide al paciente que imagine escenas progresivamente más amenazadoras mientras se mantiene relajado se concluye pidiendo al paciente que maneje la situación mediante respuestas de afrontamiento. El uso de este procedimiento permite que los pacientes obtengan un modelo de cómo afrontar las situaciones que producen estrés, así como sus reacciones.

El role-playing. Se utiliza teniendo en cuenta las situaciones que pueden producir estrés, intercambiando papeles periódicamente de tal manera que permite el modelado de respuestas de afrontamiento específicas ante determinadas situaciones, la idea principal es ensayar nuevos patrones de respuestas.

Una tercera estrategia, es proponer a los pacientes que ensayen sus habilidades de afrontamiento, en situaciones desafiantes que permitan ampliar la confianza del sujeto en sus habilidades y por lo tanto facilitar expectativas positivas, aumentando la posibilidad de que la persona utilice estas habilidades en la vida diaria.

Cabe destacar que el objetivo del tratamiento no es eliminar el estrés, sino aprender a responder adaptativamente ante las situaciones que lo producen y a ser resistente ante los fracasos.

2.6.4 Retroalimentación biológica (RAB)

La palabra retroalimentación biológica fue acuñada al final de los 60 para describir un procedimiento de laboratorio, en él sujetos de investigaciones experimentales eran entrenados para alterar funciones corporales como la actividad corporal, como la actividad cerebral, la presión sanguínea, la tasa cardíaca y otro tipo de respuestas que normalmente no son controladas voluntariamente.

En la actualidad, la retroalimentación biológica se emplea como una técnica terapéutica que pretende producir en la persona la habilidad para controlar ciertos procesos fisiológicos (Zalaquett, 1993); es definida también como una técnica a través de la cual la gente es entrenada para mejorar su salud, usando las señales de su propio cuerpo (Runck, 1996). En ésta se incluye un proceso educativo, en el cual la persona es apoyada para que aprenda a controlar algunas respuestas fisiológicas, jugando un papel activo en su propio progreso, además de la mejoría del problema específico, las personas incrementan su sensación de autocontrol.

CAPITULO III

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La medición de este estudio se llevará a cabo a través de la escala de apreciación del estrés (EHE). Realizada y publicada por S. L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles.

3.1 Características Generales

Esta batería fue diseñada con el interés de poder conocer el peso que tiene sobre el individuo los distintos acontecimientos que le tocan vivir.

Sus principales objetivos radican en:

1. Conocer el número de acontecimientos que han estado presentes en la vida del sujeto.
2. Apreciar la intensidad con que cada uno vive o ha vivido dichos acontecimientos.
3. Conocer si estos acontecimientos estresantes ya no le afectan o le siguen afectando.

3.2 Marco referencial teórico

Este instrumento ha sido creado bajo los modelos, teóricos y las líneas de investigación de Holmes y Kahe (1967) y Lazarus (1966). Considerando que a lo largo de la vida el individuo se ve en la posibilidad de desempeñar diversas

actividades, roles, vivencias, experiencias y situaciones que desencadenan estrés, ansiedad, nerviosismo, tensión y otros síntomas.

La diferencia que existe en cada ser humano hace que no todos los agentes estresantes estén presentes en la vida de cada individuo, ni afecten en la misma forma; ya que la respuesta al estrés es diferencial; depende de los agentes pero también se ve involucrada la reacción y la capacidad de afrontamiento por parte del individuo.

El sujeto puede llevar a cabo una valoración cognitiva de los acontecimientos estresantes y de su respuesta frente a ellos, el suceso puede ser relevante o vital y la respuesta será adecuada en base al afrontamiento cognitivo pero también en base a un planteamiento afectivo social de cómo se viva dicho suceso.

3.3 Estructura de la batería

Esta batería de pruebas sobre el estrés consta de cuatro escalas independientes.

EAE-G: Escala general de estrés.

EAE-A: Escala de acontecimientos estresantes en ancianos.

EAE-S: Escala de estrés socio-laboral.

EAE-C: Escala de estrés en la conducción.

Las cuatro escalas tienen el mismo objetivo, analizar la incidencia y el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los sujetos, a través de tres categorías de análisis.

-Presencia (SI) o ausencia (NO) del acontecimiento estresante en la vida del sujeto.

-Intensidad con que ha vivido o se viven estos sucesos estresantes.

-Vigencia del acontecimiento estresante si ha dejado de afectarle (P), o si todavía le afecta (A).

3.4 Contenido de la Escala General de Estrés

Su objetivo principal radica, en ver la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes que han formado parte de la vida de cada sujeto.

Va dirigida a la población en general, abarcando edades entre los 18 y los 60 años.

Como variables de control se consideran la edad y el sexo.

Constan de 53 elementos distribuidos en cuatro temáticas.

- Salud
- Relaciones humanas
- Estilo de vida
- Asuntos labores y económicos

3.5 Material

La prueba incluye un manual común a las cuatro escalas.

- Cuatro ejemplares (uno para cada escala)
- Hoja de respuestas común a toda la batería
- Material auxiliar: lápiz, goma de borrar

3.6 Instrucciones específicas

Antes de iniciar la aplicación, es conveniente crear un clima de empatía que permita la sinceridad y honradez de las personas.

Una vez que todos los sujetos se encuentren acomodados, se reparten las hojas de respuestas solicitando se rellenen los datos que se solicitan en la cabecera. Posteriormente se da la siguiente instrucción:

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Usted debe decirnos cuales han estado o están presentes en su vida. Para ello marcará primero con un círculo el SI, siempre que los acontecimientos se hayan producido en su vida; de lo contrario marcará el No.

Sólo si ha tachado el SI, señala en que medida le ha afectado. Para ello marcará primero con una X el número que usted considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.

En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le esta afectando o si ya le dejó de afectar; en el primer caso marcará la letra A; si le ha dejado de afectar o apenas afecta marcará la letra P.

3.7 Obtención de puntuaciones

Se deben de obtener de manera directa dos tipos de puntuaciones correspondientes a la presencia de situaciones de estrés (en la actualidad o en el pasado) y las que expresan la intensidad con que se han vivido.

3.8 Validez

Para analizar la validez de esta batería se utilizó un procedimiento de tipo factorial.

El análisis interno de la estructura se realiza, utilizando los datos recogidos en las distintas aplicaciones de los mismos, utilizando un procedimiento de componentes principales, los cuales se mencionan a continuación:

- Elementos relacionados con la salud, forma de ser, de estar y estilo de vida.
- elementos relacionados a los acontecimientos contextuales que aluden al ámbito laboral, social y económico.
- Elementos relacionados a situaciones de pérdida de salud, autonomía, prestigio, rol de trabajo, amigos.
- Elementos relacionados a situaciones nuevas: muerte, achaques, vivir en una nueva residencia.
- Elementos relacionados a el trabajo y a las tareas y funciones que el sujeto tiene que realizar.
- Elementos relacionados a las condiciones ambientales de trabajo.
- Elementos relacionados a los problemas de uno mismo con el trabajo.
- Elementos relacionados a la relación del sujeto con los factores externos del tráfico.
- Elementos relacionados a la relación del sujeto con los otros usuarios.

Por medio de las puntuaciones totales en intensidad, obtenida por los sujetos en cada grupo se elaboraron los baremos en puntuaciones centiles.

3.9 Valoración e interpretación de los resultados

Se observa si el número de agentes estresantes acontecidos en la vida del sujeto, es o no significativo, en base al grupo normativo en medias y centiles.

Se analiza la presencia de discriminación en el tiempo presente(A) y pasado (P).

Se considera la vigencia de los agentes estresantes y su incidencia en la vida del sujeto.

Se analiza la relevancia de los acontecimientos que señala el sujeto y su posible jerarquía.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

Esta investigación es de tipo correlacional ya que describe la relación entre las variables sin que exista ninguna manipulación.

4.2 Hipótesis

HI: Existen diferencias estadísticas significativas en la intensidad del estrés, entre la población con diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial y población sin diagnóstico de enfermedad.

HO: No existen diferencias estadísticas significativas en la intensidad del estrés, entre la población con diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial y población sin diagnóstico de enfermedad.

4.3 Variables

Variable independiente: enfermedad crónica degenerativa

Variable dependiente: estrés

4.3.1 Definición conceptual de variables

VI. Enfermedad crónica degenerativa: enfermedad que durante su desarrollo produce un desgaste acelerado del organismo, el cual se manifiesta a través de la disminución de capacidades físicas y mentales.

VD. Estrés: resultado de la experiencia entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Se manifiesta por medio de cambios fisiopatológicos y psicológicos (sudoración, palpitaciones, tensión muscular etc.) que alteran la conducta de las personas.

4.3.2 Definición operacional de variables

VI. Presencia de diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial. En pacientes reconocidos como tal, por medio de un diagnóstico médico hecho a través de los estudios necesarios.

VD. Nivel de estrés, el cual será valorado por medio de la Escala de Apreciación de Estrés (E.A.E.).

4.4 Población

Para llevar a cabo este estudio se trabajó con 150 personas las cuales asistieron al consultorio tres de la U.M.F. No. 120, durante la segunda semana del mes de diciembre a recibir atención médica.

Para organizar los grupos se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

Grupo experimental: 75 personas de ambos sexos de entre 25 a 50 años, con escolaridad mínima de secundaria. De ellas 25 con diagnóstico de diabetes mellitus, 25 con diagnóstico de obesidad y 25 con diagnóstico de hipertensión arterial.

Grupo control: 75 personas de ambos sexos de entre 25 a 50 años, con escolaridad mínima de secundaria que no tengan diagnóstico de ninguna enfermedad.

4.5 Procedimiento

Se informará a los pacientes la finalidad del estudio y a los que acepten participar se les aplicará de manera individual la Escala de Apreciación de Estrés en el aula de la unidad de medicina familiar número 120, la cual consta del mobiliario adecuado (silla y escritorio), al igual que iluminación y ausencia de ruido, se facilitará el instrumento, lápiz, goma y sacapuntas.

La medición de los resultados se obtendrá a través de la prueba estadística "Z" y posteriormente se hará el análisis e interpretación de los resultados.

CAPITULO V

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Descripción de los resultados

A continuación, se muestran las tablas con los resultados del nivel de estrés, obtenidos por medio de la aplicación de la Escala de Apreciación de Estrés, a ambos grupos (experimental y control). Las dos primeras corresponden a los pacientes enfermos, (grupo experimental) divididos de acuerdo al género, la tercera y la cuarta a los pacientes sanos (grupo control), también de acuerdo a su género, las tres últimas, muestran resultados de acuerdo al género y a la enfermedad que padecen.

Posteriormente, se muestra el desarrollo de la formula estadística Z, por medio de la cual se llevo a cabo la prueba de hipótesis, haciendo la comparación de las medias de una población de ciento cincuenta personas, distribuidas en dos grupos (control y experimental), a los cuales se les aplico la Escala de Apreciación de Estrés.

Tabla 1

Resultados del nivel de estrés en el grupo experimental

No. de Pacientes	Calificación	Rango Percentil	Sexo
1	95	90	M
2	92	90	M
3	90	90	M
4	90	90	M
5	83	90	M
6	82	75	M
7	81	75	M
8	80	75	M
9	80	75	M
10	80	75	M
11	80	75	M
12	79	75	M
13	79	75	M
14	79	75	M
15	78	75	M
16	77	75	M
17	75	70	M
18	74	70	M
19	74	70	M
20	73	70	M
21	72	70	M
22	72	70	M
23	72	70	M
24	71	70	M
25	71	70	M
26	71	70	M
27	69	70	M
28	69	70	M
29	66	65	M
30	66	65	M
31	65	65	M
32	64	60	M
33	62	60	M
34	60	60	M
35	50	50	M
36	50	50	M
37	49	50	M

*En el recuadro se muestran los puntajes del nivel de estrés, obtenidos por el grupo masculino de pacientes enfermos.

Tabla 2

Resultados del nivel de estrés en el grupo experimental

No. de Pacientes	Calificación	Rango Percentil	Sexo
1	100	90	F
2	99	90	F
3	98	90	F
4	98	90	F
5	96	90	F
6	96	90	F
7	95	90	F
8	95	90	F
9	83	75	F
10	82	75	F
11	81	75	F
12	81	75	F
13	80	75	F
14	80	75	F
15	79	75	F
16	79	75	F
17	78	75	F
18	78	75	F
19	77	70	F
20	77	70	F
21	75	70	F
22	75	70	F
23	74	70	F
24	74	70	F
25	74	70	F
26	72	70	F
27	71	70	F
28	70	70	F
29	70	70	F
30	70	70	F
31	69	65	F
32	68	65	F
33	64	65	F
34	63	60	F
35	51	55	F
36	49	50	F
37	46	45	F
38	46	45	F

|
*En el recuadro se muestran los puntajes del nivel de estrés, obtenidos por el grupo femenino de pacientes enfermos.

Tabla 3

Resultados del nivel de estrés en el grupo control

No. de Pacientes	Calificación	Rango Percentil	Sexo
1	99	90	M
2	99	90	M
3	98	90	M
4	98	90	M
5	96	90	M
6	85	75	M
7	82	75	M
8	82	75	M
9	79	75	M
10	79	75	M
11	79	75	M
12	78	75	M
13	77	75	M
14	74	70	M
15	72	70	M
16	70	70	M
17	70	70	M
18	69	65	M
19	66	65	M
20	65	65	M
21	65	65	M
22	65	65	M
23	63	60	M
24	60	60	M
25	61	60	M
26	61	60	M
27	59	60	M
28	53	60	M
29	51	50	M
30	51	50	M
31	50	50	M
32	46	45	M
33	45	45	M
34	44	45	M
35	44	45	M
36	44	45	M
37	43	40	M

*En el recuadro se muestran los puntajes del nivel de estrés, obtenidos por el grupo masculino de pacientes sanos.

Tabla 4

Resultados del nivel de estrés en el grupo control

No. de Pacientes	Calificación	Rango Percentil	Sexo
1	105	95	F
2	105	95	F
3	103	95	F
4	102	95	F
5	99	90	F
6	99	90	F
7	98	90	F
8	97	90	F
9	97	90	F
10	96	90	F
11	96	90	F
12	95	90	F
13	85	75	F
14	80	75	F
15	80	75	F
16	78	75	F
17	77	75	F
18	77	70	F
19	77	70	F
20	75	70	F
21	70	70	F
22	70	70	F
23	69	65	F
24	68	65	F
25	66	65	F
26	65	65	F
27	65	65	F
28	65	65	F
29	65	65	F
30	64	60	F
31	64	60	F
32	63	60	F
33	62	60	F
34	62	60	F
35	61	60	F
36	53	50	F
37	53	50	F
38	52	50	F

*En el recuadro se muestran los puntajes del nivel de estrés, obtenidos por el grupo femenino de pacientes sanos.

Tabla 5

Resultados del nivel de estrés en el grupo de pacientes hipertensos

No. de Pacientes	Rango Percentil	Sexo
1	90	F
2	90	F
3	90	F
4	75	F
5	70	F
6	70	F
7	70	F
8	70	F
9	70	F
10	70	F
11	60	F
12	55	F
13	50	F
14	90	M
15	90	M
16	75	M
17	75	M
18	75	M
19	70	M
20	70	M
21	70	M
22	60	M
23	50	M
24	50	M
25	50	M

*En el recuadro se muestran los puntajes del nivel de estrés, obtenidos por el grupo de pacientes hipertensos de ambos sexos.

Tabla 6

Resultados del nivel de estrés del grupo de pacientes diabéticos

No. de Pacientes	Rango Percentil	Sexo
1	90	F
2	75	F
3	75	F
4	75	F
5	75	F
6	70	F
7	70	F
8	70	F
9	65	F
10	65	F
11	45	F
12	45	F
13	90	M
14	90	M
15	75	M
16	75	M
17	70	M
18	70	M
19	70	M
20	70	M
21	70	M
22	70	M
23	65	M
24	60	M
25	50	M

*En el recuadro se muestran los puntajes del nivel de estrés, obtenidos por el grupo de pacientes diabéticos de ambos sexos.

Tabla 7

Resultados del nivel de estrés en el grupo de pacientes obesos

No. de Pacientes	Rango Percentil	Sexo
1	90	F
2	90	F
3	90	F
4	90	F
5	75	F
6	75	F
7	75	F
8	75	F
9	75	F
10	70	F
11	70	F
12	70	F
13	65	F
14	90	M
15	90	M
16	75	M
17	75	M
18	75	M
19	75	M
20	70	M
21	70	M
22	70	M
23	65	M
24	65	M
25	60	M

*En el recuadro se muestran los puntajes del nivel de estrés, obtenidos por el grupo de pacientes obesos de ambos sexos.

5.2 Prueba de hipótesis para comparar el nivel de estrés entre pacientes con D.M., H.T.A. y Obesidad con pacientes Sanos

1) Muestra de pacientes Sanos: $n_1 = 75$ $\bar{X}_1 = 74.03$ $S_1 = 11.53$
 Muestra de pacientes Enfermos: $n_2 = 75$ $\bar{X}_2 = 69.73$ $S_2 = 14.54$

2) $H_0: M_1 = M_2$ Existe diferencia
 $H_1: M_1 \neq M_2$ No existe diferencia

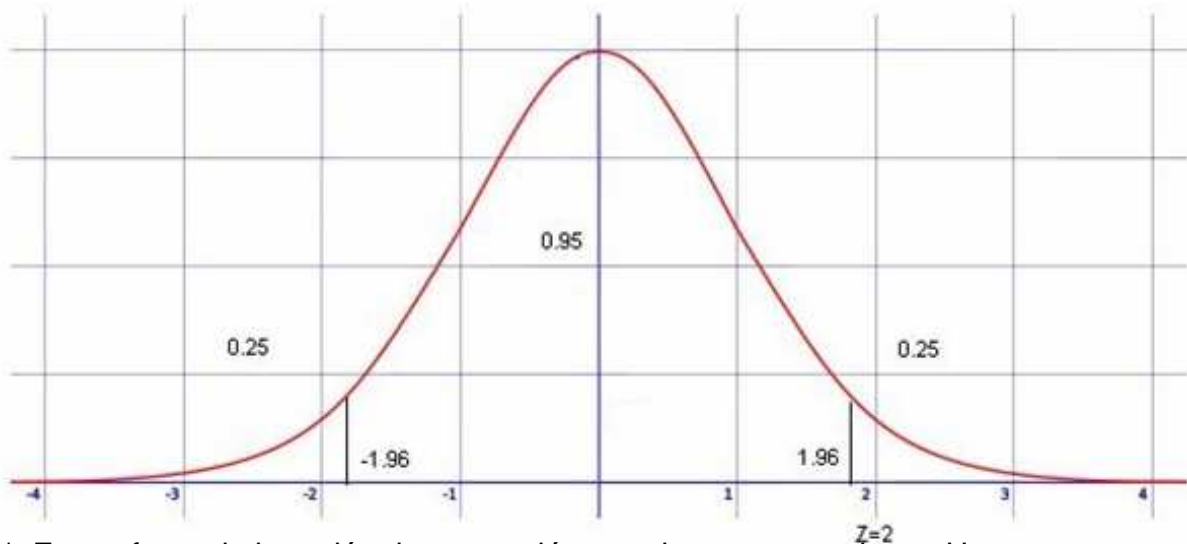
3) $\alpha = 0.05$ $Z = 1.96$

4)

$$\sigma_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2} = \sqrt{\left(\frac{11.53^2}{75} + \frac{14.54^2}{75} \right)}$$

$$\sigma_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2} = \sqrt{(1.7725 + 2.8188)} = 2.1427$$

$$Z = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (M_1 - M_2)}{\sigma_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}} = \frac{(74.03 - 69.73) - 0}{2.14} = \frac{4.30}{2.14} = 2$$



* Z cae fuera de la región de aceptación, por lo tanto se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

5.3 Análisis de los resultados

Al calcular la diferencia entre las medias así como su valor crítico, obtener los resultados y distribuirlos dentro de la curva, podemos observar: que no existen diferencias estadísticas significativas entre las medias de ambos grupos; por lo tanto la hipótesis nula se acepta, concluyendo que no existen diferencias estadísticas significativas entre el nivel de estrés de los pacientes enfermos en comparación del nivel de estrés de los pacientes sanos.

Con la finalidad de conocer un poco más al respecto, se obtuvieron las medias de acuerdo al género y de acuerdo al padecimiento que caracteriza a cada grupo y al hacer una comparación entre ellas se observan los siguientes resultados:

Al hacer una comparación en el grupo de pacientes enfermos, las diferencias respecto al nivel de estrés no son significativas, obteniendo el grupo femenino una media de: 72.63 y el grupo masculino una media de 71.87.

Entre los pacientes sanos de acuerdo a su género, sí existen diferencias significativas, obteniendo el grupo masculino una media de 69.67 y el grupo femenino una media de 73.68, siendo las mujeres quienes manejan un mayor nivel de estrés.

Obteniendo la media de los pacientes enfermos por subgrupos: los pacientes hipertensos obtienen una media de 70.2, los pacientes diabéticos una media de 69.8 y los pacientes obesos una media de 76.6, siendo estos últimos los que manejan una puntuación mayor en cuanto al nivel de estrés.

De las preguntas del cuestionario aplicado, el 65% de ellas fueron respondidas con un "SI", significando que las preguntas corresponden a experiencias vividas por los participantes. De estas respuestas, el 32% tiene que ver con experiencias que las personas enfrentan actualmente y éstas se encuentran relacionadas a aspectos tales como: la inseguridad ciudadana, aspectos económicos, laborales y algunos de orden político del país. El otro 33% se encuentran relacionadas a experiencias pasadas; relacionadas a factores emocionales como: divorcio,

separación de los padres, estilos de vida, forma de ser, problemas con su pareja, la muerte de un ser querido y finalmente el 95% tiene temor de presentar exámenes.

Respecto al puntaje que otorgan a la intensidad con la que viven situaciones actuales y la intensidad con la que recuerdan las experiencias estresantes pasadas: las actuales obtienen un puntaje general del 63% de intensidad, mientras que las pasadas, obtienen un puntaje general del 61%.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

A través de la descripción y del análisis de los resultados, se pudo observar que en la población evaluada en esta investigación, no existen diferencias estadísticas significativas que muestren que los pacientes enfermos mantengan un mayor nivel de estrés que los pacientes sanos.

Si bien estos hallazgos contradicen la correlación entre estrés y enfermedad que ha sido respaldada por diversos estudios, entre ellos los realizados por Holmes y Rahe (1976), quienes a través de la Escala Unidad de Cambios de Vida encontraron una fuerte evidencia de que cuantos más cambios hubiera en la vida de una persona, mayor propensión a la enfermedad habría al paso de uno o dos años, demostrando que la relación entre enfermedad y estrés parece estar firmemente probada.

Cabe indicar, que estas conclusiones pueden ser cuestionadas a partir de otras investigaciones (Citado por Papalia pag.375) como las que a continuación se incluyen:

Perkins, (1982), quien considera que la correlación estadística (que indica la fuerza y la dirección de la relación) entre acontecimiento de vida y la subsiguiente enfermedad es bastante baja.

Kobasa (1981) por su parte establece que algunas investigaciones dependen más de la memoria, lo que a menudo es poco fiable.

Lazarus (1981) indica que en algunos casos, una enfermedad en sus primeras etapas puede provocar uno o más cambios de vida, pero podría parecer que fueran los cambios de vida los que condujeron a la enfermedad, cuando pueden haber sido causados por ella.

Lefcourt,(1981) señala que investigaciones posteriores, no han apoyado la idea de que los acontecimientos positivos de la vida contribuyan a mermar la salud.

Por otra parte, Miller (1980) considera que el individuo es tan complejo que raramente podemos analizar su vida sólo con números. Simplemente sumar Unidades de Cambio de Vida, no nos muestra el contexto en el cual los cambios tuvieron lugar y hasta qué punto la persona supo sobreponerse a ellos.

Ware (1981) considera que la escala presenta una concepción de los seres humanos como criaturas pasivas que reaccionan y que no actúan.

Sherk (1980) establece que no se tienen en cuenta las diferencias individuales en respuesta al estrés.

Rabkin y Struening (1976) Plantean que no se tiene en cuenta, el hecho de que buena parte del estrés resulta de la ausencia de cambio: aburrimiento, soledad, falta de habilidad para mejorar en el trabajo, relaciones personales estables, pero poco gratificantes, y falta de compromiso en la vida.

Kobasa (1981) en forma más amplia, específica que es demasiado complejo asegurar que la correlación entre enfermedad y estrés signifique que una cause la otra, ya que las personas asumen de forma muy variada el saberse enfermas, si bien, algunas se vuelven más irascibles o susceptibles, otras lo asumen con fortaleza.

Todo esto nos lleva a considerar que, independientemente del estado de salud, no son los acontecimientos en sí mismos lo que provoca el estrés, sino la forma como lo percibe el individuo. Por supuesto que existen situaciones que pueden provocar estrés en forma colectiva (un temblor, un asalto etc.). Sin embargo existen otras que para producir estrés, dependen más del modo como lo interpreta el individuo que las sufre a causa de una experiencia previa de acontecimientos similares y del afrontamiento que se haya hecho de ellas.

Estas experiencias se van dando durante el desarrollo y estructuran el afrontamiento que se dará al estrés posteriormente. Cruz Marín y Vargas Fernández (2001) plantean que el afrontamiento del estrés es un problema que nos acompaña desde el estado fetal. Ya el feto responde a la ansiedad de la madre de formas diversas. Es más se puede afirmar que en nuestros genes viene dada en parte esta capacidad de hacerle frente a la vida.

El porqué de la diferencia en la capacidad para hacerlo según Lazarus (1980), radica en la transacción que tiene lugar entre el individuo y su ambiente, la manera

de sentir, actuar y pensar es producto de una mutua relación entre el individuo y los acontecimientos. Todas nuestras experiencias buenas y malas son filtradas a través de nuestra personalidad peculiar, nuestra historia y nuestra perspectiva de vida.

No se puede dejar de reconocer que los estilos y las perspectivas de vida han ido cambiando, enfrentando a las personas cada vez a situaciones que generan estrés y alto grado de ansiedad, sin embargo la adaptación a estos cambios difiere y la forma de enfrentar una enfermedad también, por ejemplo: por medio de mi trabajo con los grupos de pacientes enfermos (participo dando platicas de información) he llegado a observar, qué para algunos pacientes el diagnostico de padecer una enfermedad orgánica les significa una gran preocupación y al saberse enfermos modifican sus hábitos alimenticios, además de evitar estados que les provoquen demasiada ansiedad y estrés, al contrario de otros que no aceptan el diagnostico (se colocan en un estado de negación) e insisten en gozar de buen estado de salud sin poner un límite a los excesos, ocasionando posteriormente un desgaste mayor sobre el organismo y llegando a reconocer su enfermedad hasta que estos daños son irreversibles.

Cabe mencionar que en este aspecto también he llegado a observar, que tiene mucho que ver la edad en que se presenta la enfermedad, las personas mayores lo asumen sino con aceptación, sí con mayor resignación, ya que sus cambios de vida no resultan tan drásticos, a diferencia de una persona joven que la enfermedad le exige un cambio de vida total. En este estudio la mayoría de las personas del grupo de enfermos pasan de los cuarenta años, siendo quizá el motivo por lo que sus niveles de estrés pudieran ser menores o muy parecidos a los de las personas sanas.

A lo largo de este trabajo se ha hecho hincapié en que cada persona vive el estrés de forma diferente; las diferencias en las formas de sentir respecto al genero siempre han causado polémica ya que a pesar de que según un estudio

realizado por el Instituto de Conducta de Boston, (E.U.A.) los hombres son más vulnerables al estrés que las mujeres debido a sus malos hábitos alimenticios y al abuso de sustancias. (Lowenstein 1988).

En este estudio respecto al género, en el grupo de pacientes enfermos no se encuentran diferencias importantes en su nivel de estrés, quizá como se menciona anteriormente relacionado a la misma enfermedad, la cual les viene a generar cambios en varios aspectos de su vida, algunas personas con estos diagnósticos prefieren evitar participar en convivios, fiestas o festejos que los enfrenten desvelos y al consumo de bebidas o alimentos que interfieran sobre su salud, esto es benéfico hasta cierto grado, debido a que este alejamiento en ocasiones los deprime, sin entender que ellos pueden hacer una vida en la mayoría de los aspectos normal, pero teniendo algunas limitaciones en cuanto a la frecuencia o cantidad de algunos alimentos, sin olvidar que el esparcimiento es benéfico para la salud.

En el grupo de pacientes sanos las mujeres manifiestan un mayor nivel de estrés que los hombres, lo cual no es una información nueva, ya que a pesar de tantos cambios respecto a las funciones del hogar en cuanto al género, no se ha logrado eximir a las mujeres de una carga de obligaciones dentro de la casa y con los hijos, generándoles un mayor nivel de estrés al tratar de cubrir tanto el hogar como el trabajo. Cabe mencionar que por fortuna se ha observado que independientemente de estos niveles altos de estrés, las mujeres que desempeñan trabajos dentro y fuera de casa se muestran más satisfechas que quienes no lo hacen (Lowenstein 1988).

La obesidad es un problema de salud que va en aumento en nuestro país y en este estudio es el grupo que de acuerdo a los resultados manifiesta un mayor nivel de estrés; éste padecimiento por lo regular se encuentra atribuido a los cambios de formas de vida y a la alimentación, sin embargo los aspectos psicológicos se

encuentran cada vez más involucrados. Un ejemplo es el estudio hecho por Vosnesenlaya y Vein (2002) donde demuestra que en el 60% de las personas expuestas al estrés psicológico, su consumo de alimento no se encuentra relacionado con la sensación de hambre sino con malestar psicológico.

Se considera también que en este mal se ha visto involucrado el proceso de globalización, en donde pareciera que la estructura cultural de nuestro país se ha visto rebasada ante la confusión de entender el desarrollo, cómo la adopción de estilos de vida de otros países los cuales únicamente han venido a generar enfermedades que existían, pero no con la frecuencia que se manifiestan ahora.

Por otro lado, causa sorpresa que de acuerdo a los resultados, las personas que participaron en este estudio vivan las experiencias actuales y pasadas con una intensidad de estrés similar, como lo muestra el instrumento en la sección correspondiente, incluso varias de las personas al responder el cuestionario y asomar el recuerdo de la separación, la muerte y la infancia lloraron y algunos solicitaron que tocara yo sus manos, para que sintiera como sudaban ante la idea de relacionar el cuestionario con la presentación de un examen.

Finalmente considero muy importante mencionar que todos los participantes coinciden en que la inseguridad de la ciudad es algo que los atemoriza generándoles un alto grado de estrés, un ejemplo importante de que el estrés suele también manifestarse o sentirse de forma colectiva.

Sugerencias y limitaciones

Es por la mayoría sabido que los estados psicológicos provocan reacciones físicas, sin embargo se observa que existe resistencia por parte de las instituciones para reconocerlo al seguir otorgando el mayor peso de la salud a la función física del organismo.

Los aspectos emocionales, en este caso el estrés, han sido reconocidos como parte de un programa para la salud, sin embargo el que un paciente manifieste durante la consulta que se siente muy ansioso y estresado no es una razón para que se lleve a cabo una entrevista más amplia por parte del médico y pueda ser derivado a salud mental; el estrés o la ansiedad llegan a tener un reconocimiento médico, después de citas recurrentes por parte del paciente sin que se encuentre el diagnóstico de alguna enfermedad, después de un consumo importante de medicamentos sin que el paciente muestre mejoría y finalmente después de que el médico reconoce su incapacidad para seguir tratándolo.

El estrés se encuentra relacionado a aspectos sociales, médicos, emocionales etc., pero cada persona lo vive desde su propia individualidad, lo cual imposibilita que un mismo mensaje funcione en forma general, las pláticas que se imparten no son más que un esbozo de información, que se disipa ante los hábitos y las costumbres.

La salud tiene para las instituciones un costo muy alto, el cual considero que no va a disminuir mientras no haya una educación diferente, donde se responsabilice a las personas de su propio cuerpo, no sólo del aspecto físico sino también del psíquico y mental, haciéndoles ver que deben llevar a cabo medidas preventivas y no acudir al médico o al psicólogo hasta que su salud ya se encuentra deteriorada, también brindar por parte del médico (quien es el primer contacto en una institución) una atención en donde éstas personas sean concebidas como seres constituidos por una parte física y otra psicológica y que requieren ser recetados, pero también ser escuchados (práctica que en busca de la cantidad, se ha perdido en las instituciones).

Cabe sugerir, que para conocer en forma más amplia sobre la conducta del ser humano, se sugieren estudios más amplios en donde no únicamente se sepa que tenemos uno de los primeros lugares en obesidad, sino el porqué de esto.

La misma psicología en la búsqueda de la científicidad en ocasiones recurre demasiado a los números (no estoy descartando su importancia) olvidando que somos nosotros (los psicólogos) quienes tenemos que sobreponer o nivelar en esos números la subjetividad del ser humano, cómo una forma de hacerla creíble (con bases) ante quienes trabajan para la salud.

Finalmente, sería importante también, que las instituciones hicieran una reflexión en cuanto a lo siguiente: ¿Sí la salud del ser humano se tiene concebida con una estructura en donde existen componentes físicos y mentales; cuánto personal se tiene considerado dentro de las instituciones para dar atención a la salud física y cuánto personal, para dar atención a la salud mental?

BIBLIOGRAFÍA

Berstein, D.A., Borcovec, T.D. "Entrenamiento en relajación progresiva" Bilbao 1983

Cruz Marín, C., Vargas, F.L. "Estrés entenderlo es manejarlo" Ed. TEA, Barcelona, 2001

Cotton, Dorothy H.G. "Stress Management. An integrated approach to therapy" Ed. Brunnel/Mazel. Nueva York, 1990.

Davis, J. McKay, A., Eshelmal C. "Técnicas de Autocontrol Emocional" Ed. Martínez Roca, Barcelona 2001

Denise, F.P. y Bernadette P. Hungler. "Investigación científica en ciencias de la salud" Ed. Mc. Graw-Hill. México 2004

Doriand. "Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina" Vol. II Ed. Mc. Graw-Hill. Interamericana. España, 2002

Fernández Seara, S.L., Mielgo Robles, M. "Escala de apreciación de estrés" Ed. Tea, Barcelona, 2001

Fontana, D. "Control del estrés" Ed. El manual moderno, México, 1992

Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y Solidaridad Social "Programas integrados de salud" México, 2002

Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y Solidaridad Social "Grupos de autoayuda" México, 2002

Ivancevich, J. y Mattenson, M. "Estrés y Trabajo" Ed. Trillas. México, 1985

Jurwit, Richard. "Diabetes tipo 2 y Estrés" Revista Diabetes Voice Vol.4. Diciembre 2002, Universidad de Duke E.E.U.U.Pag.38-40

Lascano Ortiz, M., Salazar Gonzalez C. "Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2" Vol. 7. Colombia, abril 2007. Revista AQUIOHM. Pag. 77-84

Lazarus, RS., FolkmanS. "Estrés y procesos cognitivos" Ed. Martínez Roca.Barcelona, 1986

Labrador, F. "Manual de técnicas de relajación y terapias de la conducta" Ed. Piramide. Madrid, 1995

Levine, S. "Estrés y comportamiento en psicología fisiológica" Ed. Ediciones, Blume. Madrid, 1979

Madders, J. "Estrés y relajación" Ed. Fondo Educativo Interamericano. México, 2004

Meichembbaum, D., Jaremko M.E., "Estress reduction and prevention" Ed. Plenum Press, 1983.

Méndez Carrillo, F. Belendez, M. "Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes. Anales de psicología. Vol. 10. Pag. 189-198. 1994.

"Modificación a la Norma oficial Mexicana. NOM- 0015-SSA2-1994". Para la prevención y tratamiento de la H.T.A. y la D.M., en la atención primaria. México, 2001

Molerio Pérez, O., Garcia Romagosa, G. "Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial" Revista de psicología. Vol. XIII, pp. 101-109. Santiago de Chile, 2004

Muhamad, A. "¿Debe resignarse a vivir con una enfermedad crónica degenerativa?" www.mejorvida.com/publica.

Neufeld, R. "Psicopatología del estrés". Ed. Toray Masson. Barcelona, 1984

Organización Mundial de la Salud. "prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad" Ginebra O.M.S. 1986

Palacios, I. "Trastorno de estrés postraumático una revisión del tema" 1ª parte. Revista de Salud Mental Vol. 25, junio 2002.

Papalia, D., Wendkos, S. "Psicología" Ed. Mc. Graw-Hill, México 1998

Pichot, P. DSM IV. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" Ed. Masson. Barcelona 1995.

Sachar, E.J. "Homeostasis psicológica y función endocrina" Ed. Fontanella. España, 1977.

Selye, H. "The stress of life" Ed. Mc Graw-Hill, 1976

Semionovich, I. "Estrés, las tensiones de la vida moderna y sus graves secuelas" El correo de la Unesco, Octubre 1975, año XXVIII.

Tapia Conyer R. "El manual de salud pública" Ed. Intersistemas. México, 2005

Troch, A. "El estrés y la personalidad" Ed. Herder. Barcelona, 1988

Valdes, M. y De Flores, T. "Psicobiología del Estrés". Ed. Tea. Barcelona, 2000.
Villaseñor Bayardo, J., Ontiveros Esqueda, C., Cardenas Cibrian, K. "Salud Mental y Obesidad". Investigación en Salud. Vol.VIII. Guadalajara. Mex., pag 86-90, agosto 2006.

