

UNIVERSIDAD DON VASCO A.C.

Incorporación No. 8727-25

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Psicología

EL NIVEL DE ESTRÉS Y ESTILO DE VIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Tesis

que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

presenta:

Lázaro Delgado Fernández

Asesor: Lic. Marcos Antonio Hernandez Salgado

Uruapan, Michoacán, 19 de enero de 2010.



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.	
Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Pregunta de investigación.	7
Justificación	7
Marco de referencia	10
Capítulo 1.- El Estrés.	
1.1 Definición de estrés	
11	
1.2 El proceso del estrés	15
1.3 Tipos de estrés	22
1.4 Factores que provocan estrés	28
1.5 Respuestas del estrés	31
Capítulo 2.- Hipertensión Arterial.	
2.1 Historia de la hipertensión arterial	39
2.2 Definición de hipertensión arterial	43
2.3. Causas de la hipertensión arterial	48
2.4 Estilos de vida a favor de la hipertensión arterial	51
2.5 El Control de la hipertensión arterial	52
Capítulo 3.- Tratamiento para el estrés.	
3.1. Relación de pacientes y profesional de la salud.	62

3.2 Tratamiento psicológico del estrés	66
3.3 Tratamiento psicofarmacológico para el estrés	72
3.4 Tratamiento alternativo para el estrés	73
Capítulo 4.- Metodología, análisis e interpretación de resultados.	
4.1. Descripción metodológica	75
4.2. Descripción del proceso de investigación	79
4.3 Analisis e interpretación de resultados	81
Conclusiones	89
Bibliografía	92
Hemerografía	95
Otras fuentes	98
Anexos.	

RESUMEN

En el presente trabajo se dará un panorama de la investigación que se titula “el nivel de estrés y estilo de vida de pacientes con hipertensión arterial”.

En el trabajo se menciona el proceso que tiene el estrés en la persona para que sea experimentado en la vida cotidiana, describiéndolo como un proceso fisiológico, con su descarga de adrenalina, cortisona. Este proceso se desarrolla en los diferentes tipos de estrés que se mencionan y que existen en la vida de los individuos.

En la investigación se presenta el trabajo que se llevó a cabo con los diez pacientes de la clínica N° 76 del IMSS de la ciudad de Uruapan, a los que se les administro el test de Glazer y el cuestionario del estilos de vida de los pacientes hipertensos, para observar el nivel de estrés que presentaban los pacientes en sus estilos de vida.

En el trabajo de campo se observó que los pacientes se encuentran con un nivel de estrés moderado y que llevan un estilo de vida con consumo de café y con sobrepeso.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.

En la presente investigación se abordarán los aspectos más relevantes de la hipertensión arterial, destacando la historia de dicha enfermedad, los métodos rudimentarios que sirvieron para conocerla e incluso para medirla; posteriormente se dará un recorrido sobre los estilos de vida que pueden ser dañinos para los pacientes de esta enfermedad y, por último, se expondrán los principales tratamientos para la hipertensión.

De igual manera, en el presente escrito se hará un recorrido sobre lo que es el estrés, se conocerá su inicio en la literatura, se señalarán sus causas, los ambientes en los que se presenta y, al final, el posible tratamiento a seguir para los pacientes.

Cuando se habla de los inicios del estudio del estrés, se tiene que hacer referencia al nombre de Selye citado por Palmero (2002), quien empezó con el estudio de este fenómeno en 1926, cuando cursaba el segundo año de la Facultad de Medicina. Selye comenzó una investigación sobre cómo influía la tensión en las personas con alguna discapacidad o alguna enfermedad terminal, cuando trataban de incorporarse y adaptarse a su mundo o a su nueva situación.

Sin embargo, Palmero(2002), citando a Selye, dice que tuvo la influencia de Claude Bernard (1774-1878) quien opinaba que los cambios que se presentan en el medio ambiente externo podían llegar a afectar al organismo de los seres humanos, sin embargo, opinó que una característica principal de

los seres vivos es que podían mantener siempre el equilibrio de su medio ambiente interno, aunque sea modificado el medio ambiente externo de una manera brusca o simple.

Otro autor precursor de este tema fue Walter Cannon, quien en 1922 propuso el término “homeostasis”, que era el mecanismo que consistía en mantener de una manera constante al organismo en equilibrio, gracias a la intervención de procesos fisiológicos armónicos.

Por su parte a la hipertensión arterial se le define con “cifras de presión sistólica mayor a 140 mm Hg, presión diastólica mayor a 90 mm Hg, en las dos o más determinaciones realizadas en días distintos con al menos una semana de diferencia o el estar bajo tratamiento antihipertensivo.” (Rubio; 2005: 4-5)

Con respecto a estudios referentes al estrés en relación con la enfermedad de la hipertensión arterial, se le ha investigado como un elemento que afecta a la salud de los pacientes con este padecimiento, sin embargo, no es estudiado como un elemento único y fundamental en el deterioro de la salud de las personas.

A su vez, el estrés es definido como la “respuesta del cuerpo y la mente ante toda presión que rompa su equilibrio normal. Ocurre cuando nuestra percepción de los hechos no coincide con nuestras expectativas y no podemos manejar nuestra reacción ante la desilusión.” (Colbert; 2006: 20-21)

El estrés tiene una etiología muy variada, tanto su origen y su deterioro se asocia con la alimentación, con un estilo de vida de sedentario, el tipo de

personalidad del paciente y, dentro de estos elementos también se incluye el que la persona tenga una vida muy agobiante, y con muchas presiones.

Existe un antecedente similar al presente trabajo, sin embargo, esa investigación se titula: “Comportamiento de estilos de vida de los pacientes hipertensos”, misma que sirve de referencia para la valoración descriptiva del comportamiento de los estilos de vida en pacientes hipertensos leves y moderados del Consultorio Médico de Familia 131-5 del Policlínico “Marta Abreu”, desde noviembre de 2003 hasta septiembre de 2005, en el municipio de Santa Clara, Villa Clara.

En dicha investigación se seleccionaron al azar 50 pacientes, a los que se les aplicó una encuesta que contempló diversas variables: presencia de estrés, hábitos tóxicos, dieta, práctica de ejercicios físicos y cumplimiento del tratamiento medicamentoso, así como el índice de masa corporal, de acuerdo al grupo de edades.

Como resultado se encuentra ha el estrés con mayor frecuencia en el nivel ocupacional administrativo; los hábitos tóxicos más referidos fueron la ingestión de café, el hábito de fumar y el consumo de alcohol. Existió un excesivo consumo de sal y grasa animal; la mayoría de los pacientes no realizan ejercicios físicos, y a medida que aumenta la edad, lo hace también el índice de masa corporal y se cumple mejor el tratamiento medicamentoso.

Con el fin de fortalecer la idea inicial de la investigación presente, existe otro antecedente en donde se presentan las dos variables que se están estudiando: la hipertensión arterial y el estrés; dicha investigación se llevó a cabo en el Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”(Revista

Cubana Medica Militar en el año 2000); en donde se incorporó al cuerpo multidisciplinario de los factores de riesgo coronarios.

Para lo anterior, se tomó la experiencia de 52 soldados hipertensos, en quienes se detectó un patrón de conducta tipo "A", o de algunos de sus componentes en un 98 % de la población estudiada, aunándole poco tiempo libre para la distracción personal, entre otros factores del estilo de vida.

Viendo los resultados, se recomendó a los soldados la intervención terapéutica, con técnicas de relajación, y seguir con las recomendaciones hechas por el grupo de especialistas.

Otra investigación que sirve como antecedente para la presente trabajo es la que se realizó con un estudio exploratorio – descriptivo, en donde se establecieron comparaciones entre un grupo de 25 sujetos normotensos y uno de 25 pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) para evaluar el estrés y el funcionamiento emocional en el segundo grupo (Revista cubana medica v.43 n.2-3, Ciudad de la Habana, abr.-jun., 2004).

La investigación lleva por título "La influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial".

En esta se halló un predominio en los pacientes hipertensos de vivencias negativas que son experimentadas intensamente y altos niveles de vulnerabilidad al estrés; así como un predominio de moderada depresión y niveles de ansiedad rasgo y estado que oscilan entre medio y alto que distinguen a los pacientes con hipertensión arterial esencial del grupo de sujetos normotensos.

Se ofrecieron recomendaciones referidas a la necesidad de una atención integral de estos pacientes.

Planteamiento del problema.

La presente investigación tiene como principal finalidad tener una perspectiva sobre cómo el estrés afecta el desequilibrio en los pacientes con problemas de hipertensión arterial.

Últimamente se encuentra mucha literatura médica hablando de los factores que impactan el equilibrio de salud en personas que padecen de hipertensión arterial. Se ha mencionado, dentro de ellos, al estrés crónico como uno de las principales causas que generan un desequilibrio en la presión arterial.

Sin embargo, desde la perspectiva psicológica no se han realizado estudios concluyentes sobre el tema. Se ha supuesto que el estrés constante es dañino en la salud física y mental, sin embargo, no se ha demostrado en qué medida altera el buen estado de los pacientes hipertensos.

Por lo anterior, la presente investigación plantea dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de estrés y el estilo de vida de pacientes con hipertensión arterial del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la unidad de medicina familiar N° 76, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos.

Para dar cumplimiento a la presente investigación, habrá de cumplirse con los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Identificar el nivel de estrés y el estilo de vida de pacientes con hipertensión arterial.

Objetivos específicos:

1. Definir el concepto de estrés, desde la perspectiva de diversos autores.
2. Describir el proceso del estrés, tanto en sus causas como en sus efectos.
3. Conceptualizar el trastorno de hipertensión arterial.
4. Identificar teóricamente las causas de la hipertensión arterial
5. Mencionar las distintas alternativas de tratamiento y manejo del trastorno de hipertensión arterial.
6. Medir el nivel de estrés en pacientes hipertensos de la clínica 76 del IMSS.
7. Describir los estilos de vida que presentan estos pacientes, en cuanto a prácticas de riesgo.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de estrés y el estilo de vida de pacientes con hipertensión arterial del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la unidad de medicina familiar N° 76, de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Justificación.

En la actualidad existen enfermedades que van muy ligadas a estilos de vida, que se presentan y que se podría creer que van de la mano de la funcionalidad y el alto rendimiento de la persona, y en los roles determinados que el sujeto experimenta.

En el presente se vive a una velocidad impensable e inconcebible en los tiempos pasados. Hoy las personas invierten gran parte de su vida a esta velocidad de eficacia, es tanto el tiempo que se aporta al trabajo y de igual forma, tantos gozos que se obtienen, que difícilmente se llega a pensar en un bienestar integral.

Los roles de trabajo que se tienen actualmente son muy intensos, sometiendo a las personas a un descuido de su misma integridad, dejando de lado su salud, las actividades físicas recreativas, las cuales cumplen funciones muy importantes para la propia vida de la persona que la practica, debido a que la fortalece para que se encuentre activo y la lleve a tener un tiempo de distracción, o simplemente un cambio de actividad que le proporcione una recuperación de fuerzas para enfrentar la vida y su rol en la sociedad.

Considerando lo anterior, se considera que el presente estudio tiene un gran valor e importancia, debido que ofrece elementos sobre lo que es el estrés, los tipos de estrés y los factores que intervienen en su manifestación, tomando tal condición emocional como desequilibrio para todas aquellas personas que tienen la enfermedad de la hipertensión arterial.

Esta investigación será de gran valor para las personas que padecen de hipertensión arterial, porque se abordará tal enfermedad para saber cuál es relación con el estrés y su manejo.

En sí, a los pacientes les va servir porque se van a dar cuenta que vivir con estresores les puede causar un desequilibrio en su presión arterial, llevándola a tener un deterioro en su calidad de vida y, de igual manera, las personas que llevan una vida con el estrés de la mano les podrá servir este estudio para darse cuenta que pueden ser candidatos a padecer esta enfermedad que les afectará a su salud.

Concretamente, esta investigación beneficiará a la Universidad Don Vasco A. C. de la ciudad de Uruapan, Michoacán, debido a que es la primera investigación que se presentan sobre estas dos variables (hipertensión arterial y el estrés) y más aún, desde el enfoque psicológico, dejando para la comunidad estudiantil dicha investigación como referencia y bibliografía de dichas variables, para futuras investigaciones o consultas.

A la comunidad de psicólogos les será de utilidad esta investigación para poder trabajar con las personas que padecen la enfermedad de hipertensión arterial, debido que puedan ayudarles a cambiar su estilo de vida y a que

puedan manejar sus emociones, las liberen de una manera positiva y no le afecten en dicho desequilibrio del organismo.

El estrés es una disfuncionalidad del organismo de la persona que se refleja en la conducta, expresión propia del individuo, la cual se ve reflejada en su bajo rendimiento en sus actividades cotidianas, tanto laborales, como familiares o en sus relaciones interpersonales.

Todo esto es provocado por el mismo desequilibrio que hace el estrés, en donde el organismo por mantenerse en un constante equilibrio llega a un estado de agotamiento, debido al excesivo desgaste de energía.

Esta actividad desgastante puede llevar al mismo organismo a autoagredirse, por lo que el papel que juega la Psicología en este tema es muy importante, debido que el estilo de vida que demanda la sociedad actual no va cambiar.

Es mucha la demanda de tiempo de la persona, así que el psicólogo puede darle alternativas para que no lleguen a casos en donde se dan enfermedades provocadas por un estilo de vida demandante, como la estudiada en esta investigación: la hipertensión arterial.

Marco de referencia.

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar N° 76, de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Esta unidad es dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es una de las principales dependencias públicas que se encarga de la salud de los mexicanos.

Esta unidad clínica se encuentra en la Calzada Benito Juárez N° 76, en la colonia Linda Vista. Tiene una afluencia muy alta, pues atiende a derecho habiente de la misma ciudad y también algunos pacientes de los alrededores de la ciudad, aunque es un porcentaje menor.

El edificio cuenta con 36 consultorios de Medicina Familiar; un módulo de enfermedad materno infantil; un módulo de planificación familiar; seis módulos de salud comunitaria; un módulo de estomatología; un módulo de trabajo social; una farmacia; un consultorio de epidemiología; una oficina de archivo clínico y una oficina de sistema medico informativo y medicina preventiva.

Se labora de lunes a viernes, con dos turnos: el matutino desde las 7:00 a.m. a 14:00 p.m. y el vespertino de 14: 00 p. m. a 21: 30 horas.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS

En el presente capítulo se tratará el tema del estrés, su definición, los ambientes que son fuente del mismo, su proceso, su estructura, los tipos de estrés y la respuesta ante el mismo.

1.1. Definición de estrés.

Dolan (2005), refiere que el término de estrés ha tenido diferentes usos a lo largo de la historia del hombre. El mismo concepto ha tenido una evolución que empezó en el siglo XIV, cuando se usaba para expresar dureza, tensión, adversidad o también podía usarse como aflicción. Sin embargo, a finales del siglo XVIII, Hocke llevó esta misma palabra al contexto de la física y se unía a la palabra *load* que se refería a una fuerza externa y *stress* que hacía referencia a la fuerza interna de un cuerpo que era generada por esta fuerza externa ya existente, y que tiene la tendencia a distorsionar todo. El término *strain* era el término que hacía referencia a este resultado que se daba en este proceso, era, pues, lo distorsionado.

Los términos de *stress* y *strain* persistieron unidos, así lo comenta Dolan (2005), hasta que en 1932 Walter B. Cannon, profundizó en estos términos señalando que era la perturbación de la homeostasis ante las situaciones como eran la falta de oxígeno, el frío o del descenso de la glucemia. A todo esto lo llamó

Síndrome General de Adaptación, en 1936. Fue el pionero en el estudio de las respuestas primarias al estrés, cuando descubrió que todo acto estresante se clasificaba en la huida o la lucha ante una situación amenazante.

Gracias a estos aportes, actualmente provenientes de la teoría cognitiva se plantean fundamentalmente cuatro modalidades de respuestas primarias ante el estrés:

- 1) De lucha,
- 2) de huida,
- 3) de desmayo,
- 4) de parálisis.

De antemano se tiene que comentar que el concepto de estrés implica al menos cuatro factores importantes para quede determinado como tal, así lo comenta Trianes (2003):

- Presencia de una situación o acontecimiento identificable.
- Dicho acontecimiento es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo.
- Este desequilibrio se refleja en un estado de activación de la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional.
- Estos cambios perturban la adaptación de la persona.

En su obra, Trianes (2003), coincide con las opiniones sobre lo que es el estrés, pues al igual que Selye (1956), definía al estrés como una reacción del

organismo inespecífica en cuanto a su causa, pero que se manifestaba de un modo específico. Así, dicha reacción la clasificaba en tres fases:

La primera es la de alarma, que es cuando aumenta el nivel de la adrenalina en la sangre, se acelera el pulso y la respiración.

La segunda fase es la de resistencia, es cuando el organismo hace frente al estresor.

La tercera es la fase de agotamiento, cuando el estresor es prolongado y muy severo, dando como resultado el daño del organismo.

Desde una perspectiva actual, se puede definir al estrés “como un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda.” (Palmero; 2002: 424)

Al momento de definir el estrés Colbert (2006), menciona que es la tensión, presión o angustia física o mental que la persona experimenta, sin embargo, en su misma obra señala a los autores Doc Childre y Howard Martin, que definen al estrés como “respuesta del cuerpo y la mente ante toda presión que rompa su equilibrio normal. Ocurre cuando nuestra percepción de los hechos no coincide con nuestras expectativas y no podemos manejar nuestra reacción ante la desilusión.” (Colbert; 2006: 20-21)

De acuerdo con Palmero (2002), al hablar de la palabra estrés automáticamente se viene la idea de cambio, y es que todo lo que acontece en la vida de la persona lleva un alto grado de estrés debido a que los acontecimientos proporcionan una incertidumbre, algo nuevo, pudiéndose señalar muchos ejemplos, como el cambio de residencia o el experimentar una nueva relación, por sólo decir algunos.

El estrés también puede venir de hechos positivos, negativos o de algo imaginario que dé una preocupación a la persona que experimenta tal estado o acontecimiento dando como resultado un estado de estrés.

Se puede mencionar que la definición de estrés es muy variada, sin embargo, una que se puede comentar es una de la que hace referencia Palmero (2002), señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual menciona que es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

En la bibliografía, Trianes (2003), indica otra definición de estrés, la cual afirma las concepciones ya observadas por los demás autores mencionados anteriormente, señalando que “es una relación particular del individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar.” (Lazarus y Folkman; 1986: 43)

Así, el estrés es “la respuesta no específica a toda demanda que se le haga” (Dolan y otros.; 2005: 20) y de acuerdo con este mismo autor se puede llegar a definir el estrés según los siguientes aspectos:

- a) El estímulo.- El estrés es la fuerza que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.
- b) La respuesta.- El estrés es una respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta el individuo ante un estresor.
- c) El concepto estímulo – respuesta.- El estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales.

Como menciona Dolan (2005), cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada. Esta respuesta lleva a cambios hormonales cuantificables por datos de laboratorio y por las modificaciones que estas secreciones hormonales provocan sobre el organismo, responsables de las reacciones ante el estrés.

Fierro (1997), propone que lo específico del estrés es que existe una demanda de actividad, ya sea externa o autoimpuesta, que es necesaria para la persona, misma que tiene recursos, pero que le son insuficientes.

1.2. El proceso del estrés.

Al hablar del proceso del estrés, primeramente se expondrá un enfoque más sencillo y posteriormente uno más detallado.

En su obra, Colbert (2006), da una explicación un tanto más sencilla sobre el proceso que presenta el estrés. Comenta que la adrenalina tiene un papel importante en este proceso, ya que es una hormona tan potente como cualquier

droga, provocando una gran y poderosa excitación en la persona, dándole mucha energía, pues hace que el cerebro se encuentre concentrado, agudice la visión y contraiga los músculos, preparándose para la huida o el ataque.

Todo esto hace que la presión sanguínea y el mismo ritmo cardíaco aumenten al contraerse los vasos sanguíneos, así es que cuando la adrenalina empieza a fluir por el cuerpo, se interrumpe la digestión debido que el flujo de la sangre se desvía del tracto digestivo hacia los músculos.

Comenta Colbert (2006), que el estrés en episodios momentáneos no llega a causar mal en el organismo, por el contrario puede salvarle la vida debido que predispone al mismo al cuerpo para el momento de huida o de ataque.

Sin embargo, si el estrés es cotidiano sí puede producir efectos dañinos para la persona, debido a que la constante producción de adrenalina y cortisol pueden aumentar el ritmo cardíaco y la presión sanguínea al punto de que el ritmo cardíaco acelerado y la presión alta se convierten en norma, con esto provocando la elevación de los triglicéridos, que son las grasas en la sangre y también se da la elevación de azúcar en la sangre.

Con la producción de adrenalina existe también la producción de cortisol, como ya se comentaba, afectando al organismo en la elevación de azúcar en la sangre e insulina, los triglicéridos aumentan y también puede elevarse el colesterol, con esto se puede subir de peso y llegar a presentar sobrepeso y, por último, el alto nivel de cortisol hace que los huesos pierdan elementos vitales como el calcio, el magnesio y el potasio, lo que lleva perder densidad ósea.

“La secreción perpetua de las hormonas del estrés, adrenalina y cortisol, puede corroer el cuerpo de manera similar a lo que sucede cuando el ácido corroe el metal.” (Colbert; 2006: 30)

El proceso por el que se manifiesta el estrés refiere varios subprocesos tanto cognitivos y emocionales, que van tomando forma en la medida que la información sea captada por el organismo del exterior. Al hablar de los subprocesos se encuentran dos principales que son: el automático y los procesos controlados, que se explican en apartados diferentes.

Palmero (2002), menciona que es muy oportuno resaltar que no toda acción que se presenta en la vida de las personas se debe denominar como causa de estrés. Sólo se le llama de esta manera cuando estas situaciones llegan a ser ambiguas, desbordante para la concepción personal o en un grado más dañino causando una amenaza para la propia integridad de la misma persona.

- Procesos automáticos.

Este proceso se refiere a la valoración primaria que hace la persona sobre una situación, en el sentido de que si es amenazante para la propia función del organismo, genera alguna reacción. Se considera que este tipo de proceso produce una evaluación rápida, afectiva y no tanto consciente, suele llamarse reacción afectiva, esta nomenclatura fue dada por Ohman (1986 – 1993). Donde esta reacción es constituida por dos patrones de respuesta, de orientación y de defensa, la respuesta de orientación presenta conductas de curiosidad y la de

defensa de rechazo, esta perspectiva es comentada por Ohman, que es citado por Palmero (2002).

En estos procesos automáticos se dan elementos de distorsión por falta de un buen análisis de la situación, y aunque son de alguna manera irracionales, son creídos por el individuo presentándose de una manera reiterada, provocando que la misma persona sea incapaz de evaluar la situación adecuadamente, llevando a que el estrés no sea controlado y bien manejado.

Palmero (2002), menciona algunos como son: la sobregeneralización, que es la que se explica cuando se generaliza a través de un sólo hecho y el cual determina los demás subsecuentes; otra es la visión catastrófica, la culpabilidad, la personalización que sería compararse con los demás afectándose a sí mismo, entre otros, que se llegan a mencionar.

- Procesos Controlados.

Este proceso se encuentra dividido por tres subprocesos como lo son: la primera valoración, segunda valoración y la selección de respuesta y afrontamiento.

Según Lazarus y Folkman (1984), que es citado por Palmero (2002), la primera valoración es un proceso mediante el cual las personas evalúan las demandas que presenta la situación y realizan cambios en su forma de actuar en función de cómo ellos valoran tal situación; queda claro que tal evaluación está hecha en función de las demandas y limitaciones que propone el medio social, las oportunidades y la cultura en que se desenvuelve la persona.

Una segunda valoración se lleva a cabo a través de una movilización, cuando se presenta sobre un hecho que tiene su nivel de estresante, como amenazante o desafiante; se lleva a cabo tal valoración para continuar con la actuación sobre el medio que está provocando esta situación de estrés con tal de evitar el daño. Este acto consiste en ver y analizar la situación estresante, tratando de evitar un sufrimiento para el organismo.

Palmero (2002), comenta que en la fase de la selección de respuesta y de afrontamiento, el individuo dentro de sus posibles acciones elige una respuesta entre todas, que pueda utilizar con mayor eficacia para hacer frente a las demandas percibidas.

Cuando Trianes (2003), cita dentro de su obra a Lazarus y Folkman (1986), para señalar una definición sobre el afrontamiento, menciona que son aquellos esfuerzos que hace el sujeto para manejar la situación, pues no se trata de dominar y salir exitoso, que también podría serlo, sin embargo, en este caso no es, sino de controlar de algún modo dicha situación, de arreglárselas como se pueda para enfrentarse a ella aunque sólo se pueda lograr algún control sobre la emoción negativa provocado por el acontecimiento estresante.

El afrontamiento es una respuesta de esfuerzo, la cual podrían ser acciones voluntarias encaminadas a un objetivo, en donde la persona puede tener recursos protectores sociales, familiares, entre otros.

El afrontamiento es una respuesta y experiencia que impacta en el desarrollo de la personalidad e influye en la adaptación y capacidad de resistencia a situaciones difíciles.

En el mismo libro de Trianes (2003), se da una tipología que fue propuesta por Lazarus y Folkman (1986), que definen dos tipos distintos de afrontamiento centrado en el problema, que trata de modificar o manejar la fuente de la dificultad, ésta se dirige directamente a modificar el estresor, centrado en la emoción, que trata de reducir las emociones negativas provocadas que acompañan al estresor.

Por su parte, Moss y Billings (1983), que también es citado en la obra de Trianes (2003), añade una categoría de estrategias cognitivas, distinguiendo además de las dos anteriores el afrontamiento centrado cognitivamente, cuyo objetivo es alterar o reducir la apreciación o valoración de la situación amenazadora.

El afrontamiento es un concepto que se utiliza en el momento de seleccionar tal respuesta, es el conjunto de esfuerzos, tanto cognitivo como comportamentales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas de la persona y que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos con las cuales cuenta el mismo individuo, así lo comenta Trianes (2003).

El afrontamiento puede llegar a ser exitoso, sin embargo, puede ser también pernicioso en sí mismo; como es el caso del afrontamiento activo que se llega a ver en personas con riesgos coronarios o elevación de la presión arterial, su empleo provoca la activación de su sistema cardiovascular, agravando su problemática pudiéndolos llevar a un desenlace nada favorable para su salud.

Hay algunas estrategias de afrontamiento que en su esencia son perjudiciales y muy poco eficaces para la superación de eventos estresantes como es el uso del alcohol u otras drogas o la misma agresión física.

Cuando un organismo o una persona es sometido a un excesivo ambiente estresante puede provocar consecuencias graves hasta llegar a la muerte, de tal manera, así lo comenta Palmero (2002), que a este fenómeno se le llama acción bifásica; tiene que quedar claro que el estrés ayuda al hombre adaptarse a un ambiente adverso pero en exceso es peligroso.

Al respecto Palmero (2002), comenta que cuando un organismo es sometido a una educación o situación estresante automáticamente se activa el mecanismo hormonal, que produce la sustancia llamada cortisol que tiende a inhibir al hipocampo y a excitar a la amígdala. Llevando a actuar al organismo de una manera no normal, en donde tiene que poner a trabajar mecanismos propios para adaptarse a tales situaciones nuevas o exigentes.

Palmero (2002), citando a Cannon (1922), el cual no dejó de insistir en que el estrés estimula al sistema nervioso, en las situaciones de adaptación o de agresión, produciendo descargas de adrenalina gracias a la intervención de las glándulas suprarrenales, ayudando al organismo en posición de alerta o de ataque o de huida, en sí ayuda al organismo a que se adapte a las nuevas demandas que el medio externo presenta

1.3. Tipos de estrés.

En este apartado se expondrán sólo los tipos de estrés más significativos para esta investigación, como son: el estrés en el trabajo, postraumático y el tipo agudo, además se dará un panorama sobre sus principales características.

a) El estrés en el trabajo.

Al mencionar el papel que juega el estrés en el área del trabajo, se tendrá que comentar que es el área donde actualmente se están recogiendo más frutos, debido que la intervención de los profesionales de la salud está siendo de gran importancia debido que su participación se ve reflejada en la calidad y la cantidad de los productos y sin dejar de lado la salud de los trabajadores.

Al momento de definir al estrés laboral se menciona que “es pues el desequilibrio entre las aspiraciones de un individuo y la realidad de sus condiciones de trabajo, o dicho en otras palabras es la diferencia percibida entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo.” (Dolan; 2005: 21)

Existe también un estrés ocupacional que se entiende como una reacción que el individuo presenta en el desempeño de un trabajo, que experimenta ante una situación de amenaza relacionada con su función, y puede darse por un exceso de demandas, o bien, porque no se le ofrecen los medios necesarios para satisfacer sus necesidades.

Como comenta Dolan (2005), la promoción de la salud en el trabajo se da gracias a la combinación de los esfuerzos conjugados dentro de las empresas entre los trabajadores y la sociedad, teniendo como objetivo el mejoramiento de

la salud y el bienestar de las personas en el trabajo, en sí dicha promoción se logra mediante una combinación de medidas:

- 1.- Mejorar la organización del trabajo y del entorno laboral.
- 2.- Fomentar la participación activa en el proceso.
- 3.- Promover el desarrollo personal.

La calidad de la vida laboral, así como la calidad de los productos o servicios son elementos de la misma estrategia de la empresa. Dentro de su obra, Dolan (2005), sigue mencionando que en distintos países se pone de relieve factores comunes de éxito para la promoción de la salud en el trabajo. Los puntos a destacar son los siguientes:

- Deben basarse en un análisis de los requisitos y necesidades de la empresa en materia de salud.
- Deben involucrar a todas las partes interesadas en la empresa.
- Deben estar dirigidas, las iniciativas, a mejorar la calidad del entorno y concentrarse en la conducta de cada trabajador.
- Deben convertirse en parte integrante de las prácticas de gestión y de la vida laboral cotidiana a todos los niveles de la empresa.

Estas promociones serán muy importantes debido que van a favorecer la obtención de una adecuada salud en el trabajo, permitiendo que se lleguen a reducir en gran medida los altos niveles de estrés laboral.

Con el fin de analizar el punto de partida del estrés en el trabajo, Dolan (2005), propone que se identifiquen tanto las cargas de trabajo como los efectos subjetivos sobre el bienestar, mediante distintos instrumentos metodológicos, como cuestionarios y herramientas, para que se deje ver la evolución de riesgos para la salud.

Otro medio que se aplica para reducir el nivel de estrés en los trabajadores son los círculos de salud, que son los que ofrecerán a los trabajadores la oportunidad de participar e involucrarse en el proceso de reducción del estrés.

Los episodios de estrés que duran poco o son infrecuentes representan poco riesgo para la salud de la persona, pero cuando permanecen sin resolverse, el cuerpo se mantiene en un estado constante de activación, lo que aumenta la tasa de desgaste de los sistemas biológicos, provoca fatiga o daño y la capacidad del organismo para defenderse puede comprometerse seriamente, lo que aumenta el riesgo de un accidente o de una enfermedad, así lo comenta Dolan (2005).

Los efectos del estrés en el trabajo, menciona Dolan (2005), tienen una problemática en las enfermedades crónicas, ya que son más difíciles de ver porque éstas necesitan mucho tiempo para desarrollarse y pueden estar influenciadas por muchos otros factores además del estrés.

Sin embargo, el estrés tiene un papel importante en diferentes problemas crónicos de salud, particularmente en enfermedades cardiovasculares, las afecciones músculo-esqueléticas y alteraciones psicológicas.

b) Estrés postraumático.

El estrés postraumático se define como “un trastorno emocional duradero que sigue a la exposición de una amenaza en la que se experimenta temor o desamparo. Las víctimas reexperimentan el trauma, evita los estímulos asociados con él, y desarrolla un aturdimiento de la responsividad y una vigilancia y una excitación incrementadas.” (Doranol y Barlow; 2007: 155)

Comenta Doranol y Barlow (2007), que el estrés postraumático no se puede diagnosticar después de un mes, aunque ya existe un tipo de trastorno que es el postraumático agudo que surge en el primer mes del hecho y se presenta con gran intensidad.

Las causas para que se genere un trastorno postraumático es variable, debido a que se han hecho muchas investigaciones de campo, tanto con ex soldados de la guerra como con gente común y se ve difícil ver las causas, sólo se concluye algunos posibles factores como son: la vulnerabilidad de las personas, mientras más vulnerables más probablemente lo experimenten; otro factor es la familia, pues mientras más sea una familia con ataques de ansiedad más probable es que lo experimente y mientras la cultura y la sociedad sea más confortable y ayude al individuo, menos va experimentar este trastorno el individuo, así lo comentan Doranol y Barlow (2007).

Otro punto por el que se puede ver si existen características específicas de que una persona experimenta un estrés postraumático es cuando se reexperimenta dicha vivencia y se trae a la vida a través de recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del suceso no deseado.

Cuando se trata de evitar de una forma activa y constante con el evento estresor, sería otro punto. Por último, otro elemento que se debe tomar en cuenta es que el estrés postraumático se caracteriza por estados fuertes de ira, problemas para conciliar el sueño, dificultad para poderse concentrar en algo específico, entre otras dificultades este conjunto de síntomas llega a durar más de un mes por lo que lleva a una alteración en la salud de la propia persona.

De acuerdo con los criterios que toma el DSM – IV, citado por Goldman (2000), para este tipo de estrés se toma ciertos criterios como son:

1) Que la persona haya sufrido o haya estado presente a un evento traumático y tuviera estos elementos: que la persona experimentó, o atestiguó o se confrontó con un evento que involucrara una muerte real o aterradora o una amenaza de su integridad física y que la reacción de la persona implique miedo intenso, impotencia u horror.

Que el hecho se vuelva a revivir a través de miedos recurrentes intensos, recuerdos angustiantes, sentir que la experiencia angustiante estuviera ocurriendo a través de alucinaciones, ilusiones o hechos disociativos, que presente malestar psicológico, tanto internas como externas, cuando se asemeje tal situación traumática y que tenga expresiones fisiológicas al exponerse a señales internas como externas que simbolizan o se asemejen al evento traumático.

2) Que evite de manera persistente los estímulos asociados con el trauma y entorpecimiento de la sensibilidad general, teniendo estas características: evitando pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al trauma; evitar personas, lugares o actividades que tengan relación al trauma; pérdida de

interés por actividades placenteras; alejamiento sentimental ante los demás; incertidumbre ante el futuro próximo.

3) Síntomas persistentes de excitación incrementada, como dificultad para concentrarse, dificultad para dormirse o permanecer dormido, hipervigilia, arranques de enojo.

4) La duración puede ser más de un mes, dependiendo si es aguda, crónica o con inicio tardío.

c) Trastorno por estrés agudo.

En su libro comentan Jarné y Talarn (2000), que es un trastorno transitorio, sin embargo, de gran gravedad, que se genera gracias a una situación estresante excepcional, puede ser por una amenaza física tanto de la persona o de sus más cercanos, o puede ser una experiencia traumática como lo es una catástrofe natural, una guerra, una violación, un diagnóstico de una enfermedad o está en un cambio brusco de residencia. En sí, son los actos en donde la persona lleva al límite su dolor o sus fuerzas quedan rebasadas por tal hecho o situación.

Los síntomas de dicho trastorno deben experimentarse inmediatamente al hecho, o del trauma, su duración no debe pasar de un mes. Si llegará a rebasar el tiempo citado anteriormente se convierte en un trastorno postraumático.

1.4. Factores que provocan estrés.

Es claro que el estrés también tiene una función motivacional, que regula de una manera muy particular su propia activación dentro de todo el organismo que conlleva un gran número de mecanismos y procesos propios de ésta, presentando conductas motoras que ayudan a la huida o la defensa que son generados por la función del sistema nervioso autónomo, las secreciones hormonales y el propio cerebro, cuando existen momentos o estados en donde se provocan situaciones estresantes.

Sobre el estrés, normalmente se conoce sólo un aspecto, el oscuro, sin embargo, el mismo estrés es un elemento importante en la vida de los organismos vivos, es un proceso muy importante en la supervivencia, ayuda a la adaptación del organismo a su medio ambiente tanto externo como interno solo en algunos casos puede llegar a ser dañino.

Al comentar sobre los tipos de estresores que existen en la vida de una persona, se puede ubicar en una estructura de tres tipos como son: los psicosociales los cuales tienen una subdivisión que se explicará en su momento; los estresores biogénicos y por último las diferencias individuales de cómo es tan significativo el tipo de estrés para el individuo, esta clasificación de los estresores es hecha en la obra de Palmero (2002).

- Estresores psicosociales.

Se inicia con los de Tipo Mayor. Estos son los que se refieren a cambios extremadamente drásticos que llegan afectar a un gran número de gente o a un pequeño grupo, e inclusive a una sola persona. Este tipo de estresor es el

elemento definitorio o distintivo de los demás, y es por el grado de traumatismo o impacto que provoca, debido que puede ser un evento momentáneo como puede ser un huracán, un temblor, una inundación o puede llegar a ser un evento permanente o terminal como podría ser el darse cuenta de una enfermedad terminal o de una enfermedad crónica o de una posible intervención quirúrgica.

Se tiene que hacer énfasis en que este tipo de estresor es algo perturbador para la o las personas que lo experimentan, pues va a dejar consecuencias considerables en las vidas de las personas. Haber estado expuesto a un acontecimiento caracterizado por el tema de muerte o amenaza para su integridad física, o haber respondido con temor, desesperanza u horror, es como se caracteriza este estresor.

Dentro de los estresores psicosociales se encuentran los que presentan cambios menores, sin embargo, son fuente de estrés y son los que se presentan fuera del alcance de la persona para controlarlos, son variables en la significación e importancia para las personas, para alguna el mismo evento puede ser más o menos importante en relación a otro sujeto, como cuando se dan eventos como la muerte de un ser querido, la experiencia de tener una enfermedad o el cambio o despido del trabajo, afrontar un compromiso marital o tener dificultades con la pareja o mantener problemas económicos en la vida, en sí este tipo de factores que producen un grado de estrés se caracterizan por ser situaciones que implican cambio o dificultad pero se presentan de alguna manera más constantes o comunes en la vida de las personas.

Para terminar con los estresores psicosociales, se encuentra con los cotidianos o microestresores, que no son muy impactantes pero sí muy frecuentes

y que pueden llevar a cambios de hábitos cotidianos, se caracterizan porque pueden ser no predecibles, que no se conoce nada sobre tal acontecimiento porque es difícil dar una opinión sobre el mismo o puede darse una saturación de información, en sí son cosas nuevas sin mucho conocimiento de él, como podría ser el convivir con fumadores o quedar en medio del tráfico, los pleitos cotidianos de pareja, el problema de llevar la administración de la casa o el tener problemas con los hijos debido a sus necesidades, en sí son problemas de la vida diaria.

- Estresores Biogenéticos.

Estos tipos de estresores son todos aquellos actos que desencadenan directamente una respuesta de estrés, en estos no entran la valoración cognitiva de la situación, sólo actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos, por virtud de sus propiedades bioquímicas que inician de forma directa la respuesta propia de estrés, así lo comenta Palmero (2002).

- Las diferencias individuales.

En este apartado Palmero (2002), cita a Jones y Bright, al mencionar que el tipo de estrés o la magnitud del mismo, tiene que ver en la significación que le dé la persona a dicho acto. De ahí, que los clasifica en proximales, que son los actos que tienen un gran valor para persona por lo que va tener un alto grado de probabilidad de producir estrés y distales que son acontecimientos que no se encuentran en la primera línea de significancia para persona, por lo que dependerá más de la historia personal para que produzca un hecho estresante.

1.5. Respuesta del estrés.

La respuesta principal y primordial que tiene el estrés es la activación fisiológica del organismo de la persona, como se ha explicado anteriormente; y que fue definida por el precursor del tema del estrés, Selye que la llegó a nombrar como el “síndrome general de adaptación”.

Este es un patrón no específico que implica un esfuerzo muy importante por parte del organismo para poderse adaptar y sobrevivir a tal situación. Este patrón puede ser general, debido que las reacciones siempre pueden ser las mismas independientemente del tipo de agresión que se presente y también puede ser adaptativa y siempre lleva al máximo al organismo para poder sobrevivir, así lo comenta Palmero (2002).

La respuesta del estrés consta de tres fases que van apareciendo de una manera secuencial en el tiempo, y que mantienen unos niveles diferenciales de activación fisiológica, como lo menciona Palmero (2002).

La reacción de alarma es la primera que aparece, es cuando el organismo reacciona al verse expuesto ante condiciones para las que no está adaptado y le provocan un desequilibrio, esta misma fase presenta dos momentos: el primero es el de choque, que es la reacción inicial e inmediata, que puede ser tanto de ataque como de huida, y el segundo, el momento que presenta el organismo es contra – choque que sería de rebote, es el proceso en donde el organismo busca un estado homeostático. Esta activación de la respuesta es propia de los ejes neuronales y neuro – endocrino.

El estado de resistencia, que vendría siendo la segunda fase en aparecer y se da cuando la reacción de alarma llega a ser superada por el evento estresante y se mantiene como empezó tal evento, es la siguiente fase que es cuando el organismo se resiste, es una adaptación de la alarma pero le permite al organismo seguir manteniendo altos niveles de activación fisiológica, siendo ésta propia del eje endocrino.

Fase de agotamiento, es la tercera fase que se presenta, si aún así siguen persistiendo las condiciones estresantes, el intento de equilibrio obtenido en la fase anterior se debilita, por lo que se pierden las barreras llegando a producir un agotamiento del organismo, ya que no tienen reservas para seguir manteniendo estos altos niveles de activación y si se continúa esforzando el organismo puede desencadenar en hechos lamentables llegando a estados de coma o a la misma muerte, así es como lo comenta Palmero (2002).

Estas tres fases van acompañadas de respuestas emocionales, por ejemplo la primera fase va acompañada de emociones que pueden llegar a ser positivas o negativas, sin embargo, las posteriores fases son propias ya del eje endocrino que produce cortisol a través del fluido sanguíneo, por lo que lleva a presentar emociones negativas. La mayor parte de las consecuencias desadaptativas de los estados de estrés se originan cuando los organismos están expuestos a situaciones de estrés durante un periodo largo de tiempo.

Estos mecanismos o ejes de respuesta son diferentes, aunque complementarios entre sí, y depende de la duración e intensidad de las condiciones desencadenantes, así lo expresa Palmero (2002), en su obra, los cuales se mencionarán posteriormente.

Eje neural: Existen tres sistemas nerviosos implicados en este eje, corresponden con el sistema nervioso simpático, parasimpático y somático; son los primeros que se activan en la respuesta al estrés.

El sistema nervioso simpático y parasimpático son las dos subdivisiones principales del sistema nervioso autónomo. Este sistema es activado principalmente por los centros localizados en la médula espinal, tallo cerebral e hipotálamo. El sistema nervioso autónomo opera por medio de reflejos viscerales Guiton (1988).

Existe evidencia de que el sistema somático es también un blanco principal de la activación inmediata de la respuesta de estrés. Si esta activación es excesiva puede producir multitud de disfunciones neuromusculares, así como una excitación límbica incrementada, y por tanto, una activación emocional aumentada.

Eje neuro-endocrino: para mantener la reacción de estrés durante un período más prolongado de tiempo se hace necesaria la activación de un segundo eje, el sistema neuro-endocrino. La estimulación simpática activa la médula suprarrenal, que constituye la parte central de las glándulas suprarrenales, situadas sobre el polo superior de cada riñón. Esta activación provoca la liberación de grandes cantidades de noradrenalina y adrenalina hacia la sangre circulante.

Las catecolaminas, son un elemento que permite que se prolongue la respuesta simpática adrenérgica y también hace que incremente la glucogenólisis hepática, con este hecho se da lugar a un cierto grado de hiperglucemia y a un

aumento en el nivel de ácido láctico, que es usado directamente por el corazón, o es transformado por el hígado en glucógeno y glucosa.

La presencia de dichas catecolaminas también aumenta la actividad metabólica general, que incrementa el consumo de oxígeno y la frecuencia respiratoria, produciendo también broncodilatación, que facilita la conducción de aire a los alvéolos. La activación mantenida de este eje puede facilitar, entre otros, la aparición de trastornos cardiovasculares.

Las terminaciones nerviosas simpáticas y parasimpáticas segregan una de las dos sustancias trasmisores simpáticas, acetilcolina o noradrenalina, la estimulación simpática causa un efecto excitador en ciertos órganos y un efecto inhibitor en otros dos sistemas que actúan recíprocamente, Pinel (2005).

El eje endócrino: la activación del eje endocrino tiene que ver con las respuestas más crónicas y prolongadas al estrés. El eje puede subdividirse en cuatro sub ejes, el más importante es el eje hipofiso – córtico – suprarrenal es el que favorece la producción de glucocorticoides en las células de la capa fasciculada de la corteza suprarrenal.

Uno de los efectos más evidentes de la activación del eje endocrino son los efectos sobre el sistema inmunitario, produciendo entre otras cosas una mayor vulnerabilidad ante los procesos infecciosos, como lo comenta en su el libro de Pinel (2005).

Efectos negativos del estrés.

Efectos físicos.- Sería como la tensión muscular que se centra en el área del cuello y los hombros; cefalea tensional, que se localiza en la parte occipital

(zona de la nuca), provocada por la tensión de los músculos de la parte posterior del cuello; malestar estomacal; sequedad de boca o salivación viscosa; taquicardia, sensación de falta de aire, lo que obliga a respiraciones profundas en varias ocasiones; temblor en las manos o en los párpados o mejillas.

Efectos emocionales.- Serían como la irritabilidad; la impaciencia para soportar pequeñas situaciones estresantes; ansiedad la cual incapacita para realizar actividades de forma normal; falta de concentración que llevan a una incapacidad para realizar trabajos de atención completa; falta de interés por realizar actividades que eran placenteras.

Efectos sobre el comportamiento.- Trastornos de la alimentación puede ser apetito excesivo o falta del mismo, abuso de drogas de tipo estimulante como la cafeína o la nicotina, otro sería el insomnio que se presenta en dificultad para dormir o dificultad para conciliar el sueño.

Existen muchos cambios endocrinos, por la experiencia del estrés, así lo comentan, Rosenzweig y Leiman (1992) muchos estudios muestran claramente que los estímulos o situaciones emocionales se acompañan de secreciones hormonales. Niveles elevados de adrenalina y noradrenalina en sangre y en orina aparecen antes y durante actividades estresantes enérgicas y es situaciones que provocan ansiedad, Elmadjian y otros (1957, 1958) señalan que los niveles de noradrenalina pueden relacionarse con la intensidad de la emoción.

El interés sobre la relación entre el estrés, emociones y enfermedad humana ha generado numerosos experimentos relacionados con la actividad autónoma durante el estrés. Los niveles de testosterona plasmática desciende por

debajo de los niveles del control en los momentos de estrés estos se corroboran en los experimentos tanto con humanos como con animales (ratas y primates).

El efecto se debe al miedo y va desapareciendo tras la exposición inicial y continuando con las subsecuentes este efecto coincide con los cambios en el cortisol, que según lo experimentadores comentan que puede ser mediado por la hipófisis, citan Rosenzweig y Leiman (1992).

El patrón de secreción de noradrenalina es algo diferente en relación a la adrenalina, esta última puede estar en relación con las respuestas activas de afrontamiento, mientras que la noradrenalina puede estar relacionada con un afrontamiento menos directo.

El papel de los factores psicológicos en la enfermedad ha sido intensamente enfatizado por numerosos psiquiatras y psicólogos durante los últimos 15 años uno de ellos es Thomas French, sugirió que las enfermedades determinadas sugerían conjuntos distintivos de características psicológicas, así lo comenta Rosenzweig y Leiman (1992).

Desde esta perspectivas, las úlceras están relacionadas con la frustración de necesidades orales, se considera también que la hipertensión surge de actividades competitivas hostiles; se considera que cada enfermedad está asociada con un conjunto específico de características psicológicas.

El cáncer y las enfermedades cardiacas se suponen que son las causas principales de muerte y padecimientos en seres humanos. La incidencia de estas enfermedades en muchos países han generado estudios a gran escala sobre los hábitos de salud, calidad de vida y ajuste personal en amplias muestras,

incluyendo comunidades enteras, la mayoría de estos estudios han sido retrospectivos.

En un estudio sobre eventos vitales estresantes y ataque cardiaco, Byrne y White (1980), compararon un grupo de pacientes coronarios con un grupo control de personas visitadas en servicios de urgencias con sospechas de alteraciones cardiacas pero rápidamente se diagnosticó que no las presentaban, cuestionarios complementados por los pacientes coronarios dieron a los investigadores una estimación sobre la frecuencia y la intensidad de los eventos vitales estresantes en el año antes de la hospitalización.

Los pacientes con ataques cardiacos se afectaban significativamente más con los eventos vitales estresantes y tendían a ser más ansiosos, pareciera que el impacto emocional del estrés tiene mayor significado para una futura enfermedad grave que la ocurrencia de eventos estresantes como lo comenta McEwen (1994), citado por Pinel (2005).

La intensidad de la respuesta al estrés no sólo depende del estímulo estresante y del individuo sino que tiene mucha importancia también de las estrategias que adopte el sujeto para afrontar el estrés comenta Pinel (2005), citando al estudio hecho por (McEwen, 1994).

En este primer capítulo se ha dado un recorrido amplio y al mismo tiempo detallado en el punto tratado en su momento, se ha conocido lo suficiente sobre los inicios del estudio del estrés, sus precursores con sus valiosas aportaciones al tema hasta llegar a asentar una definición formal sobre lo qué es el estrés.

En este mismo recorrido se dio a conocer sobre el proceso, los tipos, los factores que lo provocan y la respuesta del mismo estrés, por lo que el lector tendrá un buen sustento sobre el conocimiento del tema.

CAPÍTULO 2

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En este capítulo se abordará la enfermedad conocida como hipertensión arterial, tanto su historia, causas que la producen y los estilos de vida que son más favorables para que las personas puedan llegar a presentarla y, por último, se dará un panorama de cómo puede llegar a ser tratada dicha enfermedad, que afecta cada vez más a las personas que están distribuidas en occidente.

2.1 Historia de la Hipertensión Arterial.

La historia sobre la medición de la presión arterial, comenzó con Riva Rocci, así lo describe Araril (2002), que con un manguito inflable permitía medir la presión sistólica braquial. Korotkov, aportó el método auscultatorio que también permitía medir la presión diastólica. Todos estos avances fueron el preámbulo de que vendría siendo el reconocimiento de la hipertensión como una anomalía y que tendría que ser reconocida por lo médicos como una verdadera amenaza pública.

El término de hipertensión llegó a través de un proceso, Albutt utilizó el término hiperplegia, para indicar la presión intra arterial elevada, se tiene que recalcar que este término era bien indicado, derivaba de la lengua griega, sin embargo, nunca se llegó a utilizar de una forma generalizada. En cambio, el término de hipertensión *esencial* que hoy se usa fue dado en 1911 por Frank y su

término era hipertensión *esencial* y debido al matiz inglés quedó como hoy se conoce, así lo menciona Araril (2002).

Se tiene que puntualizar que dicha enfermedad se estudió y se llegó a su conocimiento gracias a estudios realizados por *la Society of Actuaries*, que hicieron un estudio con 560,000 varones asegurados y se pudo llegar a la conclusión de que dicha enfermedad se presentaba como una amenaza a la longevidad de las personas y quince años más tarde se confirmó dicho estudio, así lo relata Araril (2002).

La aportación que hace Hidalgo Meza y otros (2007), sobre la comprensión y la historia del conocimiento del hombre sobre diferentes aspectos incluyendo el mismo tema de la hipertensión arterial, menciona que ha estado impulsada por una serie ininterrumpida de descubrimientos que comienzan con el origen mismo del hombre y llega hasta estos días.

El mismo autor en su escrito comenta que la historia de la hipertensión arterial no escapa a este comportamiento; el conocimiento actual es la sumatoria del trabajo de una pléyade de investigadores que a través del tiempo han ido construyendo los fundamentos científicos de la medicina basada en la evidencia.

Hasta los años de 1930 y 1940 se estableció claramente la naturaleza multifactorial del control de la presión sanguínea y con ello, la probabilidad de los varios orígenes que podría tener la hipertensión, y de esa manera, se logró el descubrimiento de la hipertensión secundaria.

Gracias a un breve repaso sobre los orígenes de dicha enfermedad, es ahora como se puede comprender, con ello, que se permitió en gran medida conocer más a forma el significado actual de la hipertensión.

De ahí que Hidalgo Meza y otros (2007), explica por qué es una enfermedad a cuyo estudio se destina una gran cantidad de recursos, tanto humanos como económicos, destacando algunos aspectos de lo que significa para los países: su alta prevalencia, que en los occidentales alcanza el 30 % de la población general y supera el 60% en los mayores de 65 años; es un factor de riesgo mayor: se encuentra casi siempre como antecedente en todo el espectro de afecciones cardiovasculares que comprometen órganos vitales (cerebro, corazón, riñón); de ahí que se plantea como un duro desafío terapéutico, en los países con los mayores estándares de salud, el porcentaje de pacientes tratados y controlados es muy bajo.

Durante el siglo XIX, los trabajos pioneros en el campo de la hipertensión arterial se orientaron especialmente al reconocimiento y descripción de las lesiones anatomopatológicas en distintos órganos y, en forma paralela, los intentos para medir la presión arterial.

Quizás el paradigma de los primeros sean los célebres trabajos de Bright, quien en el año 1827 describió las lesiones renales y las relacionó con anormalidades cardiovasculares.

Entre aquellos que tuvieron como objetivo medir la presión arterial, se puede señalar a Potain (1875), quien con un instrumento estimaba la presión sistólica a través de la compresión del pulso. Estos esfuerzos fueron coronados

hacia finales del siglo XIX, en 1896, cuando Riva Rucci describió por primera vez el manguito inflable, como se comentó con anterioridad, con el cual podía medir la presión sistólica en el brazo, y luego Korotkoff (1904), informó el método auscultatorio, que permitió medir la presión arterial diastólica, como ya se mencionaba con anterioridad en el escrito de Hidalgo Meza y otros (2007).

La posibilidad de medir en forma reiterada la presión arterial abrió paso rápidamente a la comprobación de que la presión elevada tenía consecuencias fatales; en 1913, Janeway comunicó la causa de muerte de 212 individuos hipertensos: 33 % por cardiopatía, 24 % por accidentes cerebrovasculares y 23% por insuficiencia renal.

De aquellos períodos, lo más relevante resultó el tratamiento no farmacológico recomendado en textos publicados entre los años 1950 y 1965, en los que se expresaba la necesidad de restringir el sodio y las grasas de la dieta, y se aconsejaba comer y beber de forma moderada e ingerir frutas y verduras, además de señalar al tabaco como “un veneno vascular” y catalogarlo, incluso, más perjudicial que el alcohol. Entre los años 1998 y 2002 se han publicado toda una serie de trabajos.

Rosas y otros (2008), menciona que gracias a esta historia que se comenta es que se sabe que la prevalencia de hipertensión arterial sistólica, guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente, estilo de vida, género y factores co-mórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y predisposición genética.

Además, no sólo es la gravedad de la hipertensión arterial sistólica en términos de mm Hg, sino su interacción con estos factores, lo que determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco, situación que debe considerarse primordial para la indicación de un tratamiento médico racional.

Los estudios más antiguos sobre la hipertensión se le atribuyen a Hipócrates y a las primeras observaciones clínicas de la hemorragia cerebral y su posible relación con la hipertensión arterial sistólica, lo cual es mencionado por Méndez (2004).

A partir de estas primeras observaciones existen múltiples aportaciones clínicas, sin embargo, se atribuye a Giovanni Batista Morgagni (1682-1771) en su libro *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* la estrecha relación del la hemorragia cerebral con la Hipertensión Arterial. Morgagni en dicho texto relata la historia de un hombre hipertenso quien sufrió un ataque apoplético y en quien la historia reveló una hemorragia intracerebral.

Charles Bouchard esclareció la patogenia de esta enfermedad en 1868 con el brillante trabajo que le sirvió de tesis doctoral en el que reconoce a los "aneurismas miliares" o microaneurismas como las lesiones causantes del sangrado cerebral en el enfermo hipertenso, Méndez (2004).

2.2 Definición de Hipertensión Arterial.

En su obra, Rubio (2005) señala que la hipertensión arterial puede considerarse como una enfermedad, un síndrome o un factor de riesgo, esto se

debe a que es una entidad que por sí misma puede ocasionar la muerte del paciente, tiene distintas etiologías.

Señala Rubio (2005), en su escrito que la Encuesta Nacional de Salud del 2000 encontró que 30.05 % de la población en México entre las edades de 20 y 69 años es hipertensa, comentando que existe una prevalencia que se va incrementando con la edad hasta 59.5 % en población entre 65 y 69 años, esto apunta a que antes de morir, la mayoría de los mexicanos serán hipertensos. Comentando que al establecer las cifras de la presión arterial se deben considerar algunos problemas, las cifras de presión arterial consideradas como hipertensión arterial se establecieron quizás de modo arbitrario. Debido a que hay muchos factores de medición siendo muy difícil unificar los síntomas y las medidas para toda la población con rasgos claros de la misma enfermedad o síntomas aislados.

Afirma que tanto las guías terapéuticas del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología como el séptimo reporte del , Comité Nacional para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión de los Institutos de Salud de los EUA, definen “a la hipertensión arterial como cifras de presión sistólica mayor a 140 mm Hg, presión diastólica mayor a 90 mm Hg, en los dos o más determinaciones realizadas en días distintos con al menos una semana de diferencia o el estar bajo tratamiento antihipertensivo.” (Rubio; 2005: 4-5)

En el mismo escrito, Rubio (2005), designa que la hipertensión arterial puede clasificarse de varias maneras, sin embargo, proporciona una:

- Hipertensión esencial: comenta que es la que más se presenta, siendo alrededor del 80% de los casos, no tiene causa identificable el aumento de la presión arterial.
- Hipertensión secundaria: en cambio, ésta sí tiene una causa identificable del aumento de la presión arterial, cuando se diagnóstica y se trata a tiempo puede ser curable, sin embargo, representa un 10 o un 15 % de los mismos casos de hipertensión.
- Hipertensión sistólica aislada: es la más común entre la población de alrededor de los 60 años de vida y se caracteriza con medidas de presión arterial sistólica mayor a 140 mm Hg, y con cifras diastólicas normales.
- Seudohipertensión: es un caso que las cifras proporcionadas por el método de la auscultación no refleja los valores reales que esta presentando el paciente.
- Hipertensión de bata blanca: se define como una elevación de la presión arterial en presencia de un ambiente clínico pero con presión arterial ambulatoria normal.

Rosas y otros (2008), al hablar sobre la enfermedad de la hipertensión arterial, dice que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el límite para definir a una persona como tal hipertensa, es ≥ 140 mm Hg en la presión sistólica y/o una elevación \geq de 90 mm Hg en la diastólica. Sin embargo se deben tener en cuenta algunas recomendaciones antes de catalogar a una persona como portadora de hipertensión arterial sistólica.

Como comenta Jiménez Ortega y otros (2007), la hipertensión arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todo el mundo; representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para padecer otras, como: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, y contribuye significativamente a la retinopatía.

Como las personas cada vez tienen más tiempo de vida, gracias al desarrollo de la ciencia médica, las mismas personas van experimentar esta enfermedad, por la misma longevidad de vida que van a tener, por lo que la gente adulta o de la tercera edad la van a presentar.

Comenta Oviedo Mota y otros (2007), en su literatura médica que se considera que los pacientes que son diagnosticados con hipertensión arterial sistólica a las cifras deben arrojar una medición de presión sistólica iguales o mayores a 140 mm de Hg y/o cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90 mm Hg, así como a cifras de presión arterial normales en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva.

Otra aportación que hace Méndez (2004), sobre la hipertensión arterial sistólica es que es el principal factor de riesgo para las personas, ya que pueden experimentar la enfermedad isquémica del corazón y del cerebro. Se acepta que la hipertensión arterial sistólica sostenida a lo largo de varios años es determinante en la aparición de hemorragia intracraneal, causando un sin fin de complicaciones en la calidad de vida de la persona o llegando a sufrir su descenso.

Moragrega AJL y otros (2001), aporta una idea muy clara sobre lo que consiste la misma enfermedad de la hipertensión arterial sistólica, comentando que es realmente un padecimiento multifactorial es caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mmHg en individuos mayores de 18 años, aunque en estudios recientes sean observado en esta misma patología en infantes, siendo cada vez más común, llegando a presentar una alta probabilidad de producir deterioro funcional y orgánico en los pacientes, produciendo o siendo causa de diversas lesiones dentro del mismo curso clínico variado e irregular.

Un punto que es oportuno e importante tratar es que la sensibilidad es diferente entre los individuos y las poblaciones, teniendo más aparición esta enfermedad en Occidente que Oriente, por el ritmo de vida, entre otros factores que posteriormente se comentarán.

Es oportuno comentar que la Academia Americana de Médicos de Familia (2000), al hablar sobre dicha enfermedad, la hipertensión arterial, señala que es una elevación sostenida de la presión arterial- una presión sistólica de 140 mmHg o más o una presión diastólica de 90 mmHg o más, concordando con las demás opiniones emitidas con anterioridad.

Señala que existen dos tipos: la hipertensión primaria sobre el 90% de los casos no tienen una etiología identificable e hipertensión secundaria que es el restante 10% de los casos tienen una etiología secundaria tales como:

- Renal: Glomerulonefritis, pielonefritis o enfermedad poliquística del riñón.
- Endocrinológica: hiperaldosteronismo primario, hipertiroidismo, Síndrome de Cushing.

- Vasculares: coartación de la aorta, estenosis de la arteria renal.
- Químicas: contraceptivos orales, descongestionantes, antidepresivos, corticosteroides, ciclosporina, amfetaminas, cocaína.

2.3. Causas de la hipertensión.

Al hacer referencia sobre las causas de la hipertensión arterial, el médico internista Oviedo (2003), presenta una clasificación interesante sobre algunas de las principales causales de dicha enfermedad que se está haciendo común entre la sociedad de Occidente:

a) Causas de riesgo para padecer hipertensión arterial.

- Hábito tabáquico: cualquier grado de tabaquismo, incluso el ser fumador pasivo.

Con dicha opinión concuerda Cooke (1993), al decir que aunque no existen evidencias ciertas sobre el papel del tabaco como inductor de la hipertensión arterial; menciona que se dispone de evidencia sobrada sobre que la reducción del riesgo cardiovascular que se obtiene cuando se da la cesación del hábito tabáquico. Continúa mencionando que el hipertenso fumador tiene un riesgo hasta 3 – 5 veces más elevado de padecer infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular.

- Hipertensión arterial: cifras de presión arterial >140/90 mm Hg
- Colesterol de baja densidad: LDL-C >160 mg/dL
- Colesterol de alta densidad: HDL-C <40 mg/dL
- Diabetes mellitus

- Obesidad: índice de masa corporal > 30 kg/m²
- Sedentarismo

Dentro de los factores de riesgo de la hipertensión arterial se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares con hipertensión arterial.

Dentro de los factores de riesgo psicosocial se destacan aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés, así es como Molerio (2004), concuerda con la etiología sobre la enfermedad de la hipertensión y lo toca en su investigación.

b) Factores no modificables de riesgo cardiovascular.

- Edad: hombres > 45, mujeres > 55 años
- Sexo: los hombres presentan más eventos cardiovasculares y más tempranamente que las mujeres; esta diferencia disminuye después de la menopausia.

c) Otros factores de riesgo cardiovascular

- Cifras elevadas de triglicéridos (> 150 mg/dL)
- Antecedente de familiares en primer grado con enfermedad cardiovascular.
- Estados inflamatorios, niveles elevados de proteína C reactiva

c) Factor estrés.

La hipertensión arterial es un trastorno de carácter multicausal, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial. La identificación de los factores de riesgo constituye una tarea importante para su prevención, tratamiento y control. Dentro de los factores que han sido investigados en relación con los trastornos hipertensivos se destaca el estrés, así lo comenta Molerio (2004).

Un elemento a resaltar sobre una causal de la mencionada enfermedad, Rubio (2005), comenta que existe una relación desde hace varios años entre la morbilidad cardiovascular con el estrés psicológico, aunque se tiene que mencionar que no se han encontrado elementos muy contundentes sobre esta relación, sin embargo, se encuentra que en las personalidades de tipo A, existe una presencia de agresión internalizada, no exteriorizada o ambas, y la hostilidad, son comunes entre los pacientes hipertensos, quienes también presentan evidencia de sobreactividad simpática.

Como se ha comentado en el escrito, no hay nada certificado sobre el que el estrés sea un factor para que las personas lleguen a padecer hipertensión arterial, sin embargo, Molerio (2004), menciona en su estudio, sobre los resultados de varias investigaciones, en las que los resultados ofrecieron que los procesos de urbanización y aculturación, trabajos que requieren una vigilancia constante o con llevan una responsabilidad extrema y ruidos industriales) pueden modificar ampliamente las cifras de la presión arterial.

A lo largo de su trabajo, Molerio (2004), da a conocer varios resultados sobre investigaciones sobre si el estrés puede ser un factor para que los

pacientes puedan presentar la enfermedad, siendo muy repetitivos estos resultados en que los pacientes, en su mayoría, presentan demasiado estrés en su vida cotidiana y el resto de la población estudiada son vulnerables a eventos estresantes.

2.4. Estilos de vida a favor de la hipertensión.

Es importante descubrir cuáles son los estilos que son más propicios para que las personas puedan desarrollar la enfermedad de la hipertensión de ahí, que en el presente apartado, de una manera breve, se da a conocer.

Está demostrado, así comenta Fernández (2004), que las personas con niveles socioeconómicos más bajos, con carencias económicas notables, los que no pueden controlar un empleo monótono y sin relevancia, las personas que sufren situaciones familiares estresantes que no pueden ser controladas, los que viven solos o los que carecen de apoyos sociales, tienen mucho mayor riesgo cardiovascular.

Se menciona también que el control de estas situaciones o aspectos necesitan con frecuencia la ayuda de personal especializado y, siempre, la comprensión y el estímulo por parte de su cardiólogo, que es muy importante en el cuidado de estas personas.

Por tanto, es importante que se logre convencer al paciente de que debe dejar de fumar del todo y para siempre. Seguir fumando después de un Infarto Agudo al Miocardio triplica el riesgo de padecer un nuevo infarto en los próximos seis meses. Se deben establecer planes específicos para el abandono del tabaco en cada paciente y controlarlos.

Insiste que un estilo de vida con sobrepeso u obesidad es favorable para que se pueda dar dicha enfermedad, de ahí que Fernández (2004), recomienda una alimentación correcta ayuda a controlar el peso, la tensión arterial, el perfil lipídico, la glucemia y reduce la propensión a la trombosis.

Toma importancia que debe ser variada y ajustada la alimentación para mantener en cada paciente su peso ideal. Se debe estimular el consumo habitual de vegetales, frutas, cereales, pasta, pescado (especialmente el azul, rico en ácidos grasos ω -3), la carne sin grasa y el aceite de oliva. Los diabéticos, hiperlipémicos o hipertensos necesitan además recomendaciones específicas.

Se debe lograr que los pacientes realicen una actividad física adecuada de una manera recurrente. El ideal es un ejercicio que resulte agradable, durante al menos 30 minutos, cuatro veces por semana, que sitúe la frecuencia cardíaca entre el 60 y el 75% de la frecuencia cardíaca máxima teórica. La ergometría es de gran ayuda en la mayoría de los casos. Aunque la actividad física no alcance estos niveles, sigue siendo beneficiosa.

Exaire (2001), concuerda también con que los estilos de vida en donde persista el sedentarismo entre las personas, es muy propicio para que se genere esta enfermedad, aparte de acompañarlo de una dieta característica de hipersódica; aparte se va agravando si consume un tipo de tabaco y alcohol.

2.5. El Control de la Hipertensión Arterial.

La opinión que tiene Rosas y otros (2008), sobre una visión terapéutica farmacológica óptima, mencionan que consiste desde la elección de los fármacos

que potencialmente ofrezcan el mayor beneficio al enfermo y su economía, en armonía con la estratificación de su padecimiento. El arsenal de los medicamentos antihipertensivos es muy variado en sus mecanismos de acción y en sus indicaciones.

De acuerdo con las características dominantes de la hipertensión arterial sistémica en México, con su asociación al síndrome metabólico y la frecuente presencia de daño a órganos blanco, como el corazón, el riñón y la circulación cerebral, requieren usualmente la aplicación de dos o más medicamentos y obligadamente a la indicación de cambios en el estilo de vida, así lo comenta Rosas y otros (2008), en su escrito.

2.5.1. Tratamiento farmacológico inicial en la hipertensión.

En su obra, Cooke (1993), menciona que los ensayos clínicos prospectivos, recientes, han demostrado la eficiencia, seguridad y posibilidad de la terapia antihipertensiva, no tan sólo para mantener la reducción y control tensional, sino también para la prevención y regresión de muchas complicaciones propias, inicialmente demostraron la disminución de la tasa de mortalidad asociada a la hipertensión maligna.

Se objetivó la eficacia del tratamiento hipertensivo en pacientes con una tensión arterial diastólica superior a 129 mm Hg al principio, después 115 – 129 mm Hg, luego de 105 – 114 mm Hg y, más recientemente todavía, por encima de los 90 mm Hg.

De acuerdo, con los resultados de dichos ensayos clínicos se fue desarrollando un esquema formal para el tratamiento de la hipertensión, en los

que dicho resultados se recomendaba la aplicación inicial de un sólo fármaco; y únicamente si la tensión arterial no quedaba controlada con este primer intento debía añadirse otro fármaco antihipertensivo, si la tensión arterial continuaba sin reducirse con los dos fármacos anteriores, debía añadirse un tercer agente y de ser necesario un cuarto, por lo que se elaboró este tratamiento para la hipertensión en forma de escalón, el se va ir explicando de una forma gradual en las siguientes líneas de acuerdo a la perspectiva de Cooke, (1993).

Este tratamiento escalonado resultó racional en su planteamiento, y era racional por varias razones, la mayoría de los pacientes con hipertensión mostraron al menos alguna reducción en su tensión arterial con la tiacida.

En segundo lugar, con una restricción asociada al consumo de sal, entre el 60 y el 70% de los pacientes con hipertensión entre ligera y moderada fueron capaces de controlar la tensión diastólica (< 90 mm Hg).

En tercer lugar, los primeros trabajos demostraron claramente una potencia y un efecto sinérgico de los tiacidas cuando se asociaban con otros fármacos hipotensores, con lo cual aumentaban su eficacia permitiendo dosis menores de éstos, todo esto se fue logrando gracias a estudios experimentales, teniendo de trasfondo el esquema terapéutico escalonado.

Se van describiendo de una forma detallada la función de algunos medicamentos que se aplican para el tratamiento de dicha enfermedad, estos fármacos alternativos para la terapia inicial.

Los bloqueadores betaadrenérgicos, otros inhibidores adrenérgicos, los inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina (ECA) y los antagonistas

de calcio son eficaces para obtener el control tensional durante períodos prolongados, si alguno de ellos fracasa, se puede sustituir por otro de distinta clase o añadirlo al primero, la cuestión no es tanto si la aplicación de este esquema es útil, sino cuál debe ser el primer escalón del tratamiento.

En el siguiente bloque, se va ir desglosando paso a paso, cuál es el esquema terapéutico escalonado, describiendo el tipo de medicamento que se va aplicando para el control de la hipertensión

a) Primer escalón.

Existen seis clases de fármacos hipotensores que se pueden considerar como opciones terapéuticas de primer escalón; diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores adrenérgicos periféricos, bloqueadores adrenérgicos de acción central, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y antagonistas de calcio.

Otras posibilidades futuras del primer escalón podrían incluir los agentes dopaminérgicos, inhibidores de la serotonina, análogos de la prostaglandina, inhibidores de la renina, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, agentes de los canales de potasio.

La función de los diuréticos tiene su fundamento en que estos fármacos reducen la tensión arterial al contraer el volumen de líquido extracelular, a través, de su efecto natriurético, reducen el gasto cardíaco, pero dicho gasto cardíaco y el volumen intravascular vuelven a los niveles pretratamiento y la resistencia total periférica desciende, modifican la función renal neural e influyen naturalmente sobre los sistemas vasodilatadores.

Para prevenir la hipocalcemia se aconseja controlar la ingesta diaria de sodio, administrar suplementos de potasio o añadir agentes ahorradores de potasio, otros efectos metabólicos colaterales incluyen la hiperuricemia, la hiperglicemia, la hipercolesterolemia, y una ligera elevación en los niveles de creatinina plasmática.

Pacientes con formas secundarias de hipertensión dependientes de volumen pueden responder mejor a los medicamentos que inhiben concretamente el mecanismo responsable de la hipertensión.

Ahora la función de los betabloqueadores tienen su fundamento y se han empleado como fármacos de primera línea durante muchos años, aunque el mecanismo exacto de su acción antihipertensora todavía no se conoce, la inhibición del receptor adrenérgico se asocia a la supresión de la descarga renal de la renina y a la activación del sistema renina – angiotensina.

Los pacientes que mejor responden a los betabloqueadores son, por lo general, los jóvenes, individuos de raza blanca y varones con circulación hiperdinámica o una elevada actividad de renina plasmática. Clínicamente estos pacientes pueden mostrar también mayor manejo de la tensión arterial, taquicardia y aumento de contractilidad cardíaca, e hipertensión postural, así como síntomas cardíacos.

En seguida se conocerán los fármacos betabloqueadores adrenérgicos de acción periférica que tienen su fundamento e importancia en cuanto que reducen la tensión arterial a través de diversos mecanismos supresores de la estimulación adrenérgica de la musculatura lisa vascular. Otro subgrupo de fármacos

adrenérgicos de acción periférica inhiben el receptor adrenérgico postsináptico alfa – 1, situado en las membranas de la musculatura lisa vascular, reduciendo la resistencia vascular.

Los bloqueadores adrenérgicos de acción central es otro tipo de fármaco que encuentra su fundamento reduciendo la tensión arterial estimulando el receptor postsináptico alfa situado en algún núcleo específico del cerebro, disminuyen el estímulo adrenérgico eferente que va desde el cerebro directamente al sistema cardiovascular y renal, los compuestos como la clonidina y el guanabenz estimulan estos receptores alfa directamente, pero la metildopa se puede convertir intraneuralmente en su metabólico, la alfa – metilnoradrenalina, la cual, a su vez, ejerce un efecto agonista central alfa adrenérgico.

Todo ello disminuye la tensión arterial a través de una disminución de la resistencia periférica, sin reducir el gasto cardíaco ni el flujo sanguíneo de los órganos vitales, en algunos casos la reducción prolongada de la tensión arterial puede asociarse a un aumento de volumen intravascular y precisará la adición de pequeñas dosis de diuréticos, la metildopa constituye el prototipo de fármaco que reduce rápidamente la masa ventricular.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina tiene su fundamento debido a que esta clase de fármacos actúan inhibiendo la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA) que separa los dos péptidos terminales del decapeptido vasoactivo angiotensina II, eficaces en pacientes cuya hipertensión es dependiente de la angiotensina II, estos medicamentos se han mostrado eficaces en pacientes con hipertensión ligera – moderada.

Por último, en el antagonista del calcio radica su importancia y fundamento por lo que se ha venido utilizando durante muchos años en el tratamiento de la hipertensión, ya que reduce la tensión arterial por un mecanismo vasodilatador, inhibiendo la entrada de calcio al músculo vascular liso y disminuyendo las resistencias vasculares central y periférica. Existen diversos antagonistas del calcio, el verapamil actúa dilatando los vasos y reduciendo el ritmo cardíaco.

b) Segundo escalón.

En concreto, en este presente escalón o etapa del proceso terapéutico se da un reajuste de algún medicamento de los ya mencionados anteriormente.

c) Tercer escalón.

Si ninguno de los fármacos resulta eficaz para el control óptimo de la tensión arterial, se puede añadir cualquiera de los vasodilatadores, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) o antagonistas de calcio.

2.5.2. Tratamiento no farmacológico sobre la hipertensión.

La eficacia del tratamiento no farmacológico está bien establecida, así lo comenta en su obra Cooke (1993), los pacientes con hipertensión límite sometidos a estas intervenciones muestran reducción de la presión arterial suficiente para obviar la necesidad de fármacos y los pacientes hipertensos tratados que añaden medidas no farmacológicas a programa de tratamiento mejoran el control tensional con un mínimo de fármacos hipotensores.

Existe un consenso general de que los tratamientos no farmacológicos deberían considerarse como primer paso rutinario en el caso de la hipertensión ligera y como terapéutica complementaria a los casos de hipertensión moderada e intensa.

Al hablar del tratamiento no farmacológico, muchos clínicos ya la aceptan pero con sus acepciones, debido que comentan que influye mucho la motivación del paciente, el seguimiento y el estudio de los cambios de comportamiento.

Existen unas formas de intervención terapéuticas en el manejo de este método, como es la pérdida de peso que se les recomienda a los pacientes que estén de un 10 a 20 % por encima del peso ideal; la restricción al sodio a su consumo diario debe ser inferior a 2g.; reducción del consumo de alcohol se relaciona con la elevación tensional y a su vez la reducción se asocia a descenso en la tensión arterial; ejercicio debido que regula la frecuencia cardiaca y previene el riesgo cardiovascular, se indica un ejercicio aeróbico moderado de 3 a 5 veces por semana, en sesiones de 20 a 60 minutos; el control del estrés, y entrenamiento para la relajación y la abstención de fumar.

El cuidado de los ancianos sobre la hipertensión arterial, comenta en su obra Cooke (1993), que se les debería estimular sobre la observancia de medidas no específicas, tales como la restricción de sodio, la reducción ponderal y, si es factible, ejercicios aeróbicos ligeros en pacientes de edad avanzada, inactivos y con exceso de peso.

Un exceso de tejido adiposo expande el volumen intravascular y sobrecarga el ventrículo izquierdo aumentando la precarga, lo cual puede dañar

aún más la función ventricular izquierda y con ello acelerar la disminución de su rendimiento, el estudio de Framingham ha demostrado que los pacientes hipertensos obesos tienen un riesgo alto de desarrollar insuficiencia cardíaca congestiva.

Menciona que por diversas razones de observancia de las medidas dietéticas por parte del paciente anciano es notoriamente baja, en primer lugar, el anciano suele tener un estilo de vida ya bien establecido y un horario diario rígidos establecidos por lo que puede ser reacción a introducir algunos cambios.

En segundo lugar, la preparación tres veces al día de comidas a base de productos frescos es incómoda y cara, y exige tiempo, mientras que la comida enlatada y los platos preparados (ricos en sodio) son mucho más fáciles de preparar.

En tercer lugar, las papilas gustativas del anciano tienen la sensibilidad disminuida, por lo que tienen la costumbre de añadir más sal para contrarrestar esta falta de gusto.

En cuarto lugar las restricciones dietéticas de sal en los ancianos tienen generalmente un bajo efecto antihipertensivo, aunque una dieta baja en sodio puede prevenir la hipocaliemia provocada por los diuréticos.

En este segundo capítulo de la investigación realizada se habló sobre la enfermedad de la hipertensión arterial, que como se observó gran cantidad de personas la padecen, por lo que fue oportuno dar un repaso a la historia de la enfermedad para ver sus inicios, conocer su definición a través de las medidas correctas de la frecuencia cardíaca, se vio las posibles causas de dicha

enfermedad, en donde influye mucho el estilo de vida que se lleva para que se la persona candidata a padecerla.

En este mismo capítulo se trataron los posibles tratamientos para el control de la enfermedad, como el farmacológico y el no farmacológico. Este apartado que aborda el tema de la hipertensión arterial da una perspectiva clara y sencilla sobre lo que se refiere a esta enfermedad.

CAPÍTULO 3

TRATAMIENTO PARA EL ESTRÉS

Al abordar el tema del tratamiento de las personas que padecen una enfermedad tanto orgánica, como es el caso de la hipertensión arterial, o las de origen social, en el caso el estrés; se tiene que tomar la relación que debe tener entre el profesional de la salud y el paciente, por lo que en este apartado se tratará este tema y el cómo abordar estos temas en el trabajo propio, tanto en el ambiente médico como en el psicológico.

En los próximos subtemas se desarrollará la relación de profesional con el paciente, todo con el objetivo de llevar un buen cuidado en el tratamiento, en donde se combinará el punto de vista del profesional psiquiátrico y el del médico especialista.

En este capítulo se abordará el tratamiento que debe recibir una persona que en su vida diaria enfrenta situaciones de estrés y por ultimo se dará opción de tratamiento alternativo referente al estrés.

3.1. Relación de paciente y el profesional de la salud.

Al hablar de un cambio de visión y de abordaje del mismo tratamiento que la medicina tiene que tener con el paciente, Ortiz (1995), menciona que la medicina tenía que hacerlo, en su artículo incluso señala, en un sentido más

profundo, una visión más epistemológica del que hacer de la medicina sobre el control del estrés.

En el campo de la medicina, tanto en la especialidad de la Psiquiatría como en la rama en general, se ha tenido un vuelco en vista de ver al paciente en su integridad y no como solo un conjunto de órganos con trastornos.

En su artículo, Martínez (1999), menciona que a mediados del siglo XIX, existía una teoría de la enfermedad en donde se tenía la concepción de la enfermedad como un conjunto de órganos, de tejidos, células y moléculas del cuerpo humano, con esto la importancia de la medicina era ver las causas de dicha patología y los procesos que desembocan en la misma producción de sus manifestaciones clínicas, como son los síntomas y signos.

En esta perspectiva de atención y tratamiento, en el momento importante, en donde el paciente relata su dolor, que es la consulta, el mismo paciente quedaba relegado, debido que la importancia era simplemente la identificación del problema y el diagnóstico.

Sin embargo, Martínez (1999), relata la importancia de la adopción de una nueva teoría, en donde se tenga una diferencia de perspectiva sobre el paciente, esto sería de gran valía, en donde se tenga al sujeto como centro principal de tratamiento, cabe mencionar que esta teoría no deja de lado la teoría de la enfermedad, es más que nada incluyente.

Cuando se habla de una teoría del enfermo, tiene como sustrato una teoría Humanista, ciertamente es difícil concebir la unión de una corriente Humanista-filosófica con campo del modelo biológico-lesional de enfermedad, sin embargo, sí

tienen cabida estas dos cosmovisiones como interacción, debido a que el “Humanismo es, en primer lugar, la decisión, el proceso y el fruto de aplicar la inteligencia al Hombre; de la inteligencia entendida como; a) conocimiento; b) reflexión sobre ese conocimiento, y c) Acción o conducta congruente con dicha reflexión.” (Martínez; 1999, 11). Sin embargo, el humanismo va más allá de esto porque sino sería solo una antropología.

Continúa en su artículo Martínez (1999), comentando que en esta cadena reflexiva sobre la teoría del enfermo, se llega a una parte esencial del humanismo, que es la esperanza y la confianza en el hombre, llevándolo a concebir como Persona, con todo y sus características propias como son la libertad, la dignidad y el respeto que se merece.

Con esto se ponen las bases para un tratamiento propio “para el paciente”, en donde se coloca al mismo sujeto como un ser en relación, de ahí se abre la oportunidad de una relación médico- paciente.

Con todo lo anterior Martínez (1999), llega a desarrollar dos conceptos importantes en la dinámica de la consulta; el primero es el saber personal, se refiere a todo lo que el paciente le comenta la medico, su sentir, su saber, su miedos respecto a la enfermedad y cómo está repercutiendo este padecimiento dentro de su vida y su entorno; y el segundo concepto es el del saber médico, que es el que gracias a las ciencias propias biomédicas y su propio adiestramiento ayudando esto a encontrar el daño que lo asecha.

Otro punto que se menciona dentro del artículo de Martínez (1999), es que el interrogatorio no es muy común sino que es una entrevista clínica, en donde el

paciente es el que habla contándole su problemática, a través, del saber del paciente y lo que hace el médico es escuchar, estimular al paciente que siga narrando su situación o haciendo eco de lo que escucha.

Hasta aquí es la primera parte del mismo tratamiento, de ahí sigue el interrogatorio que el médico hace para clarificar sus dudas sobre la posible causas del padecimiento, para esto el médico usa preguntas abiertas, cerradas o intermedias.

Martínez (1999), menciona que cada paciente es único, por lo que el tratamiento de igual forma lo debe ser, porque aunque el padecimiento es el mismo para clasificarlo dentro de un trastorno o enfermedad, cada persona vive de diferente forma un dolor de cabeza, un insomnio debido que para cada quien tiene su contexto. Debido que para cada padecimiento hay todo un contexto muy amplio que le da sentido, está la religión, la forma cómo ve la vida, su propia historia familiar, en fin son más elemento que lo define.

Unos de los últimos puntos que menciona Martínez (1999), es que el medico, tiene que atender al padecer del paciente, debido que se va dar cuenta en muchas ocasiones que los padeceres no tiene un origen en una enfermedad, no encontrará origen orgánico sino más bien algo de la vida, de su entorno que lo está afectando, por lo que no tiene que buscar calmar el padecer con algún medicamento sino con algo más.

3.2. Tratamiento psicológico del estrés.

Como se ha observado en el transcurso de este trabajo, en especial en el subtema anterior, cada persona presenta dentro de un cuadro propio de síntomas de un trastorno, teniendo bien claro que presentará unos más fuertes que otros y con una connotación propia, se comenta esto, en relación que así es también para el beneficio del tratamiento, que es el tema a desarrollar en este apartado.

Existen personas que presentan estrés y les produce una enfermedad y otras no, por lo que surge una interrogante: ¿por qué esta diferencia? en sí, hace un cuadro diferencial, sobre las variables de: esfuerzo y distress; esfuerzo sin distress y por último distress sin esfuerzo.

Se comenta esto para mencionar que una forma de vivir con distress sin que tenga una consecuencia alta de desequilibrio es hacer las cosas con esfuerzo y sin distress, esto implica la forma de afrontamiento que tiene que ser activo y de una manera exitosa, con una gran implicación en la tarea y un gran control personal. Por lo que ésta es una forma de vivir con el estrés sin tantas repercusiones en la salud.

Como lo comenta en su artículo, Alonso (2008), el estrés no es malo intrínsecamente debido que deja actuar y tomar decisiones adecuadas de la mejor manera posible. Esta tensión provoca una curva de acción – reacción – aprendizaje – acción que permite aprender. El estrés o *eustrés* (estrés positivo) es parte de la vida (desequilibrio) que con su movimiento (equilibrio – desequilibrio) permite el desarrollo. Esto con el fin de que el tratamiento del estrés es simplemente dominar el ambiente con autonomía.

Alonso (2008), proporciona opciones de trabajo terapéutico con personas que están presentando problemas con el estrés, como también lo hace Vega (2006), y Gómora (2006), al concordar estos tres en algunos puntos, siendo cada uno más explícito en algunos puntos, sin embargo, llegan a converger en la mayoría de los puntos, como son:

- La persona tiene que acomodar sus expectativas.
- Se tiene que trabajar en el fortalecimiento de la autoestima.
- Se debe recomendar en hacer ejercicio regularmente, que se cree un hábito.
- Se debe buscar un tiempo para el propio bienestar.
- Se tiene que ayudar a comprender a que el cambio de las cosas es mejor empezarlas por él mismo y no tanto en los otros.
- Se debe trabajar en que desarrolle, la persona, metas realistas antes de comenzar proyectos nuevos.
- Se le tiene que ayudar a que sea flexible. Creativo aunque las políticas de la institución en las que se labore y sus procesos sean rígidos.
- En el plano laboral se tiene que trabajar en que aprenda a separar lo que hace de lo que es. Es bueno que recuerde a decir “trabajo como...” en lugar de “soy ...”, así podrás evitar el estrés inherente a la descripción del puesto.

La aportación que hace la corriente psicoanalítica sobre el trabajo que se debe hacer en un espacio terapéutico, como lo comentó su fundador Sigmund Freud, tiene que seguir un proceso con cinco pasos, así lo comenta Mingote y otro (1999), en su libro:

- 1) Liberar al paciente de sus inhibiciones.
- 2) Hacer consciente lo inconsciente.
- 3) Reestructurar lo más extensamente posible la personalidad del enfermo.
- 4) Trasformar la neurosis en sufrimiento humano normal.
- 5) Conseguir que el paciente sea capaz de gozar de las relaciones de amor, de la sexualidad y del trabajo creativo.

En sí esta es la estructura que un profesional de la salud mental debe tener en mente al momento de plantearse un trabajo terapéutico con un paciente con un desequilibrio emocional, como se puede dar con una persona que experimenta una experiencia de estrés.

En su libro, Adams (2001), menciona que el estrés juega un papel muy importante en la vida del ser humano, es parte de su vida, de ahí que el estrés no se debe enmascarar o solo tratar con medicamentos, debido que solo se va estar tratando los síntomas y no la causa que la produce y surgirá más adelante de otra forma, por lo que se propone unos puntos para entender el estrés y poder vivir con él:

- 1) Comprender la causa del estrés y no sólo los síntomas.
- 2) Enfrentar la verdad y enfrentar la situación.

- 3) Tener conciencia de la posibilidad de cambio o de aceptación.
- 4) Tener el deseo de cambiar o de aceptar la situación.
- 5) Actuar según el deseo tenido.

Estos puntos tienen su razón debido que hay situaciones que la persona desea que sean diferentes, sin embargo, no muchas se pueden cambiar, por lo que se tiene que aprender a vivir con el amigo estrés.

En su investigación sobre los centro de docentes Hoyle y otros (2002), toma en cuenta un apartado sobre como pueden prevenir las personas estrés y da varias recomendaciones, las cuales casi todas ellas refuerzan lo comentado en lo escrito hasta el momento, dándole importancia a reconocer en sus aptitudes y actitudes al estrés, tener tiempo necesario para realizar las labores encomendadas y tener tiempo para su propia distracción, llevar una buena alimentación, un punto importante que toca al momento de dar estas recomendaciones es que la persona pertenezca a un grupo de apoyo y de consuelo en los momentos de tropiezo.

Una técnica que también puede ayudar al control del estrés e incluso también puede ser una técnica válida y alternativa para el control de la hipertensión arterial es la biorretroalimentación (biofeedback), que menciona Pickering (2000), que se originó gracias a la investigación del Dr. Neal Miller que menciona, el sistema nervioso está dividido en dos: el sistema autónomo como son los músculos y el involuntario como el corazón y los músculos lisos, los cuales son controlados por el subconsciente.

La idea principal del Dr. es que el ser humano no puede controlar los músculos lisos y el corazón porque no tiene información de estos pero que si llegará a tener por vía de esta técnica se podría tener control de dichas enfermedades.

En su obra Cruz (2006), profundiza en la técnica de la biorrealimentación, la cual es un método eficaz para hacer consciente y aprender a regular las funciones corporales y así controlarlas, con intentos conscientes usando las técnicas de relajación y visualización de ciertos pensamientos con una determinación que logra calmar la agitación cerebral, la cual logra reducir el estrés psicológico y físico. Todo esto se logra a través del aprendizaje de ciertas señales auditivas y visuales como el encefalograma o un termómetro.

El tratamiento que tienen que llevar las personas que llegan a presentar este tipo de estrés, como lo menciona Bobes (2000), en su libro, propone diferentes perspectivas, sin embargo, la técnica más utilizada y más recomendada es la de exposición, que se refiere cuando la persona encuentra un estímulo, tanto interno (un recuerdo) o externo (un ruido, un aniversario), que le active una conducta de alerta sobre una amenaza ya sea física o psicológica o puede llegar a ser de ambas. En concordancia la corriente cognoscitiva refiere que esta técnica es válida ya que funciona desactivando el comportamiento anómalo de la información.

En la aplicación de esta técnica de exposición el sujeto en primera parte presenta una conducta propia de estrés cuando experimenta dicho acto y en un segundo momento con el trabajo terapéutico corrige la conducta porque se le da herramientas propias para controlar la ansiedad propia del acto.

Otra técnica que se propone en la obra de Masson (2000), es la de desensibilización por el movimiento ocular y reprocesamiento, la cual se refiere que el sujeto hace recuento del hecho traumático o el acto que le provoca estrés siguiendo el movimiento lateral del dedo índice del terapeuta sin mover el la cabeza, en series de 10 a 25 movimientos de dedo, el terapeuta esta ubicado a 30 cm del paciente. El tratamiento consta de 3 a 5 sesiones de 90 minutos.

Tiene que quedar claro que el tratamiento de un trastorno de estrés postraumático o en sí de estrés tiene que ser atendido desde un abordaje multidimensional, así lo comenta Díaz (2007), en donde el proceso del tratamiento tiene que ser abordado desde una psicoeducación, como también el apoyo social y respecto al control de la ansiedad a través de la intervención psicoterapéutica y psicofarmacológica, así es como se podría llevar acabo un trabajo completo y dando resultandos más precisos.

Por el momento, la prioridad va ser señalar que la terapia cognitiva-conductual ha mostrado ser efectiva en el tratamiento del trastorno de estrés y en especial del postraumático, como también de los grupos de apoyo, así lo comenta Díaz (2007).

Así que se menciona que la terapia cognitivo – conductual ha sido efectiva en el trabajo con este tipo de trastorno, en los estudios que se ha hecho, los pacientes llegan a reducir de una manera significativa los síntomas de ansiedad, entre un 46 a un 53%, con un promedio de unas nueve sesiones en seis semanas, así es como lo relata Díaz (2007).

Unas de las herramientas que se usan por la corriente cognitivo – conductual para el abordaje del estrés postraumático, -algunas de ellas ya han sido descritas anteriormente-, sin embargo, es oportuno mencionar que Díaz (2007), concuerda con algunos de los autores que apoyan estas herramientas para esta situación, como son: la terapia de la exposición, la terapia cognitiva y el entrenamiento por la inoculación de estrés.

En su misma propuesta, Díaz (2007), menciona que este apoyo no solo es para la persona que sufre este trastorno sino también para los familiares o las personas cercanas, que también son afectados de alguna manera.

3.3. Tratamiento psicofarmacológico del estrés.

Como se mencionó anteriormente, el trastorno del estrés postraumático, en especial, debe ser tratado con medicamentos para su pronta y mejor restauración emocional y psicológica de la persona, así lo comenta Díaz (2007), sin embargo, se debe aplicar esta alternativa siempre y cuando el paciente tenga síntomas severos y exista una afectación en la funcionalidad social, ocupacional o de su rol como persona, finalmente cuando exista un trastorno depresivo recurrente.

Se menciona que debe existir una evaluación y tratamiento psiquiátrico cuando la persona tenga un riesgo latente de suicidio, si hay síntomas psicóticos, (como alucinaciones, ideas delirantes o agitación psicomotriz), o existen problemas de alcoholismo o farmacodependencia.

Por eso, el tratamiento farmacológico efectivo debe ser aplicado por doce meses o un poco más. Las fórmulas más recomendadas y aprobadas para este

trastorno, son la paroxetina y la sertralina, la dosis recomendada es de 20 – 40 mg, de paroxetina y la de sertralina fue de 137 mg.

3.4. Tratamiento alternativo para el estrés.

En este apartado se analizará el tema relativo sobre algunas formas para disminuir el estrés en las personas, sin que lleven un trabajo terapéutico en forma, pero con resultados positivos para algunas personas, como son: la oración escrita o dirigida y la meditación.

En su libro, Fontana (1989), menciona que la meditación es de gran valor e importancia, si se hace de manera frecuente y regular, no importa si es por poco minutos durante el día, esto permitirá a las personas acosadas por el estrés en cuatro aspectos como son:

- 1) Entrenará a la atención.
- 2) Aumentará el control sobre los procesos del pensamiento.
- 3) Incrementará la capacidad para manejar las emociones.
- 4) Ayudará al relajamiento físico.

En el mismo texto, Fontana (1989), relata que la meditación no interrumpe la producción de pensamientos sin importar la clasificación de estos, sean buenos o malos, simplemente ayuda a que estos tengan vía rápida por la mente, que no se detengan, que así como entren salgan, que no se detengan a ser juicio o que lleguen a tener asociaciones usuales. El modo de lograr una meditación puede

variar existen modalidades como control de la respiración, el uso de una sola palabra y repetirla o el mismo uso de una frase.

Otra vía expresada por Fontana (1989), que es importante para el control del estrés es la relación de la mente y del cuerpo, que ayudan a que el cuerpo y la mente se liberen de las exigencias conscientes y de las tensiones cotidianas es que para que llegue a dar efecto la relajación tiene que estar en armonía con el cuerpo, nada debe estar tensionado.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

En este apartado se abordará la parte empírica de la investigación: se describirá cómo se llevó a cabo todo el proyecto, qué tipo de enfoque se decidió tomar y se mencionará la población que se tomó para estudiarla en la realización del trabajo. Adicionalmente se hará un recorrido de cómo se fue dando el desarrollo de esta investigación desde sus inicios hasta la culminación y se dará una descripción de las herramientas que se tomaron como apoyo para la recabar la información.

Finalmente, se realizará un análisis detallado de los datos encontrados, con el fin de llegar a responder las respuestas planteadas al inicio de este estudio.

4.1. Descripción metodológica.

4.1.1. Enfoque cuantitativo.

La investigación que se llevó a cabo es de enfoque cuantitativo, según lo indicado por Hernández (2005), debido que este enfoque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

4.1.2. Estudio no experimental.

Cuando se habla de un estudio no experimental se hace referencia a la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. En sí, no se hace variar en forma intencional la variable independiente para poder ver su efecto sobre la otra variable. Simplemente lo que se hace es observar el fenómeno tal y como se presenta en su contexto natural, para después poder analizarlo, así lo comenta Hernández (2005).

La investigación que se realizó tiene un perfil no experimental debido que no se manipuló ninguna variable de una manera intencional, se le aplicaron los dos instrumentos de evaluación, como fue el test de Glazer, que viene en versión en línea y el cuestionario sobre el comportamiento de los estilos de vida de pacientes hipertensos (anexo 1).

4.1.3. Diseño transeccional – exploratorio.

La investigación realizada es de diseño transaccional debido que se aplicó sola una vez a la población los dos instrumentos de evaluación, para verificar la incidencia de una de la otra variable, para posteriormente analizarse.

Sin embargo, este trabajo tuvo un diseño transeccional exploratorio como lo comenta Hernández (2005), que es cuando se va a comenzar a conocer una variable de una situación, es una exploración inicial en un momento específico.

4.1.4. Técnicas de recolección de datos.

Test de Glazer.

La herramienta que se utilizó para recabar la información sobre la variable de estrés fue el test de Glazer, que mide el nivel de estrés que presenta la persona en el estilo de vida que lleva cotidianamente, es un test que se encuentra en versión en línea, es una técnica psicométrica.

Se presenta su formato en tres secciones o bloques, cuenta con dos opciones en cada reactivo en donde la persona se ubica de acuerdo al nivel de estrés que experimenta, en una escala de numeración de 1 al 7, en el primer apartado cuenta con cinco reactivos, en el segundo apartado presenta seis reactivos y por último, el tercer apartado ofrece ocho reactivos y la opción de la calificación del test.

Es un instrumento accesible de trabajar y con reactivos claros, precisos tanto para la persona que hace la función de aplicador como a su vez persona que lo realiza.

Este instrumento ha demostrado su confiabilidad en diversos estudios. Particularmente se cita el realizado por Ünal (1999), donde encuentra el coeficiente de confiabilidad a partir de la prueba Alpha de Cronbach, de .58, .72 y .88 en los tres grupos donde lo estudió (Anexo 2).

Cuestionario.

La técnica que se utilizó para obtener el estilo de vida de los pacientes hipertensos fue la encuesta, a través de un cuestionario que se aplicó y el cual fue realizado en una investigación hecha por personas especializadas en el sector salud, dicho trabajo se llevó a cabo en el Policlínico Universitario “Marta Abreu” de Santa Clara, Villa Clara, España.(anexo 1)

El objetivo de la investigación fue ver el estilo de vida de los pacientes hipertensos en un consultorio médico familiar; dicho cuestionario consta con 12 reactivos, abarcando varios aspectos como son el de datos generales, la ocupación, se le pregunta si mantienen alguna presión en su vida, de acuerdo a la valoración de la enfermedad de la hipertensión se le cuestiona si consume alcohol, alguna droga, si fuma, que tipo de grasa usa y si lleva una dieta adecuada y, por último, se le cuestiona si hace algún ejercicio físico, si lleva un tratamiento medico, y el consume de medicamento.

Se optó por usar este instrumento para la investigación debido que presentó buenos resultados en el primer trabajo que se utilizó, ya que toca los puntos importantes para identificar el estilo de vida de los pacientes hipertensos.

4.1.5. Descripción de la población y muestra.

El universo de trabajo para la realización de esta investigación se centra exclusivamente en 10 casos debido a que se tomó una muestreo intencional y de acuerdo a las facilidades que se obtuvieron en la clínica, fueron sujetos que le tocaron su cita pactada con su médico familiar y que coincidió con el día previsto

por el investigador para realizar con el trabajo. Por lo que se observa la población libertad tuvo en las características para ser escogidas, mismas que han sido atendidos en la clínica del Seguro Social No. 76 en el consultorio 4 del área familiar en el turno matutino. Los registros de estos casos, se encuentran en los expedientes bajo resguardo y custodia del mismo centro hospitalario.

Se debe comentar que la población que participó en la realización de dicha investigación, fueron sujetos con gran participación y voluntad de ofrecerse a la petición que se les hizo, en mayoría fueron mujeres siendo ocho de los diez casos con los que se trabajó, con un rol en la sociedad de amas de casa.

La población estudiada son personas en su mayoría gente ya adulta, en donde siete de los diez casos ya cuenta con la edad de sesenta años, otros tres casos son gente más joven habiendo una de veintisiete años.

4.2. Descripción del proceso de investigación.

Con la idea de documentarse e investigar sobre la dos variables en cuestión se llegó a definir el tema: qué tanto y de qué manera afecta el estrés en los pacientes con la enfermedad de la hipertensión arterial.

El paso a seguir fue la tarea de buscar y revisar material para clasificarlo de modo que fuera de utilidad en el momento preciso del trabajo, así se llevó a cabo hasta empezar a trabajar con visitas periódicas con el asesor, Lic. en Psicología Marcos A. Hernández Salgado, un día a la semana, con una hora de asesoría.

En el momento que se vio clarificada la idea a seguir en el tema se procedió con la visita a la Clínica N° 76 del IMSS, de la ciudad de Uruapan, Mich., con el fin de solicitar su apoyo para la realización de esta investigación,

proporcionando un consultorio y la participación de diez pacientes. Siendo así que la investigación se llevó a cabo en el consultorio N° 4 del turno matutino y con diez de los pacientes inscritos en el mismo.

Con el especialista en medicina familiar se realizó la entrevista y se obtuvo una participación buena proporcionando su ayuda en el momento de canalizar a sus pacientes y pidiendo su participación en dicho trabajo, lo cual hubo una buena respuesta de la población.

El trabajo de la aplicación de ambas herramientas se llevó a cabo en un sólo día de trabajo teniendo la amplitud de horario lo que es una jornada laboral, llevando la dinámica de que primero acudían a su revisión cotidiana con su médico familiar y posteriormente se le extendía la invitación a participar en la investigación, fue en un sólo día debido a la gran población que acude a la instalaciones del IMSS.

Posteriormente, de acuerdo con el asesor de la investigación se comenzó el trabajo de la clasificación de los resultados, colocándolos de acuerdo a lo previsto.

El trabajo se cumplió satisfactoriamente para seguir con la otra etapa, la revisión institucional la cual se cumplió de la misma manera.

4.3. Análisis e interpretación de resultados.

4.3.1. Nivel de estrés de los pacientes con hipertensión arterial de la clínica N° 76 IMSS.

Al momento de llevar a cabo la parte práctica de la investigación y de indagar el nivel de estrés de los pacientes es oportuno, dar una explicación del realizado con las partes, la teórica y la práctica.

Es importante traer a cuenta la definición que se comentó con anterioridad, Doc Childre y Howard Martin, mencionan que el “estrés es la respuesta del cuerpo y la mente ante toda presión que rompa su equilibrio normal.” (Colbert; 2006: 20-21)

En sí, todo desequilibrio que se da en la vida cotidiana es algo que está fuera de las expectativas de la persona y que producen un reacomodo ya sea mental o físico, de ahí la importancia de conocer bien qué es, cómo funciona y qué tipos de estrés existen.

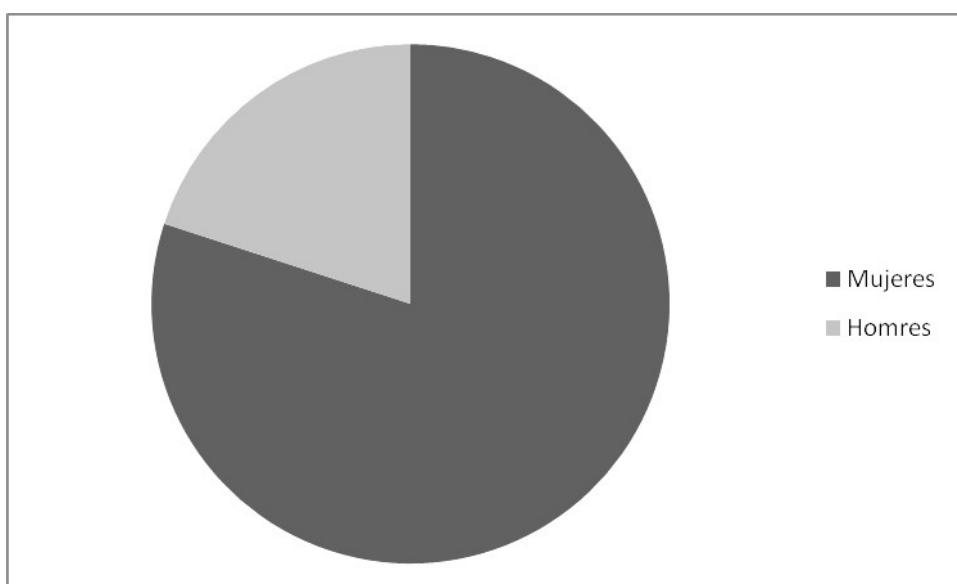
El funcionamiento que tiene el estrés en el organismo de las personas es sencillo de explicar, ya que es la producción excesiva de la hormona llamada adrenalina, la cual hace que en la persona exista una gran excitación, dándole con esto una gran energía y haciendo que el cerebro se concentre en la actividad procurando la huída o el ataque.

El estrés en sí no es malo debido que puede salvar a la persona de un accidente, sin embargo, el tener un estrés cotidiano sí puede ser perjudicial para las personas, ya que puede auto agredir al mismo organismo.

De acuerdo a la visto en la investigación, se observa que el estrés no se encuentra en una área de vida, sino que existe varios escenarios en los cuales las personas pueden experimentarlo, como es en el trabajo, debido a que puede rebasar las expectativas y las metas de la persona, provocando un ambiente tenso o puede ser que el medio en donde se desenvuelve no sea el adecuado provocando que la persona experimente un de estrés continuo.

Toda esta investigación teórica sirvió para tener un parámetro a seguir dando un fundamento muy sólido a lo que se buscaba en la segunda parte de la investigación lo cual era la parte práctica, en donde la población estudiada se vería reflejada.

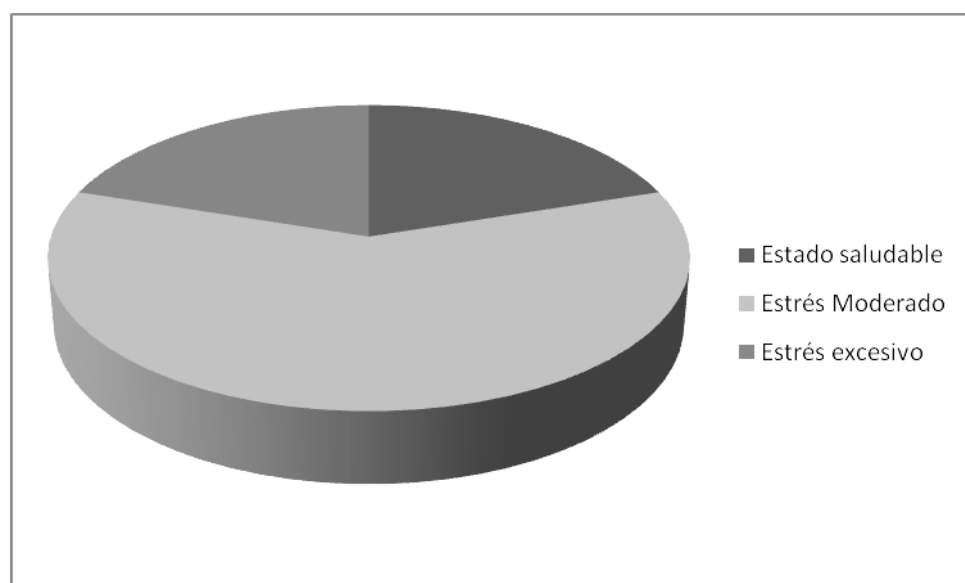
Como se ha venido comentando en el transcurso de la investigación, se tomaron diez casos para trabajar con las herramientas del trabajo práctico, de los diez sujetos a quienes se les aplicó el test de Glazer, se encontró que el 80% eran mujeres y sólo un 20% varones. Como se observa en la gráfica.



De la población con la que se trabajó se tiene que comentar que sólo el 20% se encuentran en un estado saludable respecto al nivel de estrés y son del sexo femenino. El autor describe que este tipo de personas llevan una vida tranquila y siempre tratando de vivir en equilibrio, no tienen estados excesivos de estrés.

De acuerdo con la clasificación que el test ofrece, de la población estudiada, un 60% se haya con un nivel de estrés moderado y, de ese, el 50% son del sexo femenino y un 10% del masculino. Estas personas son descritas, por autor del test, como que tienden a ser perfeccionistas, llegan a ser eventualmente autocríticos y autoexigentes, llegan a perder la paciencia sin fijarse en sus necesidades.

Sólo un 20% de la población que participó en la investigación se encuentra ubicada con un nivel de estrés excesivo, suele ser presa de la tensión y del estrés. Son personas exigentes tanto consigo mismo y con los demás. De este un 10% es femenino y el otro masculino. Como se observa en la gráfica.



Por lo anterior, se puede afirmar que el nivel de estrés que viven los pacientes en su mayoría es moderado, lo cual hace pensar que no se le puede atribuir un gran efecto sobre las manifestaciones fisiológicas, como puede ser la hipertensión arterial.

4.3.2. Estilo de vida de los pacientes hipertensos.

Antes de ver cuáles son los estilos de vida que llevan los pacientes que experimentan la hipertensión arterial, es recomendable dar un breve panorama de lo que es esta enfermedad con el objetivo de poner claros los parámetros.

El hablar de la hipertensión arterial es un tema no bien determinado y concluido, a pesar que sus orígenes se remontan al XIX hasta la actualidad, a través de un largo proceso de conciliación se puede definir “a la hipertensión arterial como cifras de presión sistólica mayor a 140 mm Hg, presión diastólica mayor a 90 mm Hg, en los dos o más determinaciones realizadas en los días distintos con al menos una semana de diferencia o el estar bajo tratamiento antihipertensivo.” (Rubio; 2005:4-5)

Las personas que son más propensos a padecer la enfermedad de la hipertensión arterial, tal como comenta Fernández (2004), son personas de niveles socioeconómicos más bajos, con carencias económicas notables, que no pueden controlar un empleo monótono y sin relevancia, también que sufren situaciones familiares estresantes que no pueden ser controladas, los que viven solos o que carecen de apoyo social, son personas que pueden padecer con más frecuencia la hipertensión arterial.

Es importante mencionar que el hábito del tabaco también es causante de hipertensión arterial aunque no se tiene evidencia sobrada sobre el perjuicio de éste, sin embargo, sí se obtiene evidencia de que las personas que fuman tienen más posibilidades de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cardiovascular.

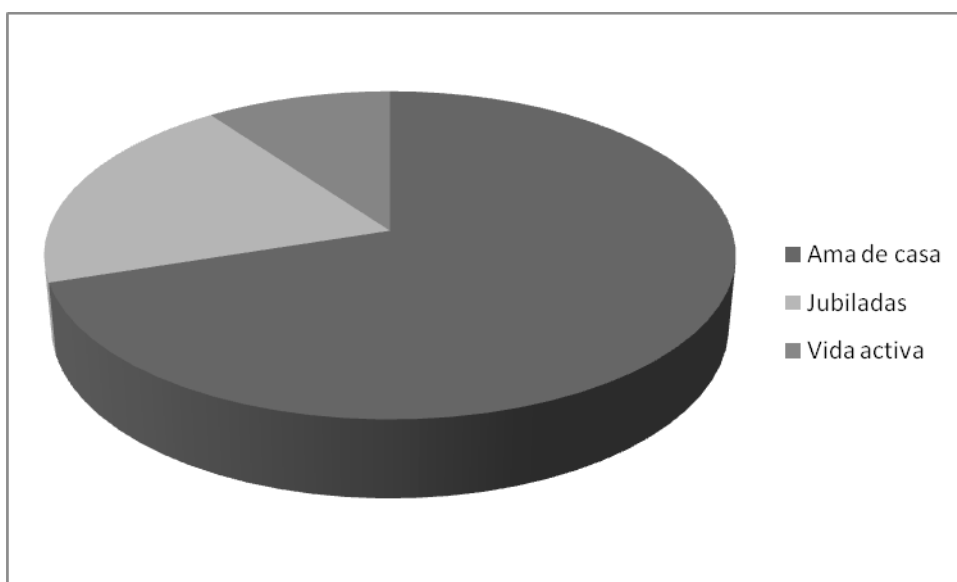
El llevar una mala alimentación que conlleve a una obesidad y teniendo un estilo de vida sedentaria, son también causas de que la persona experimente una

hipertensión arterial segura y próxima, son candidatos idóneos para adquirir esta enfermedad.

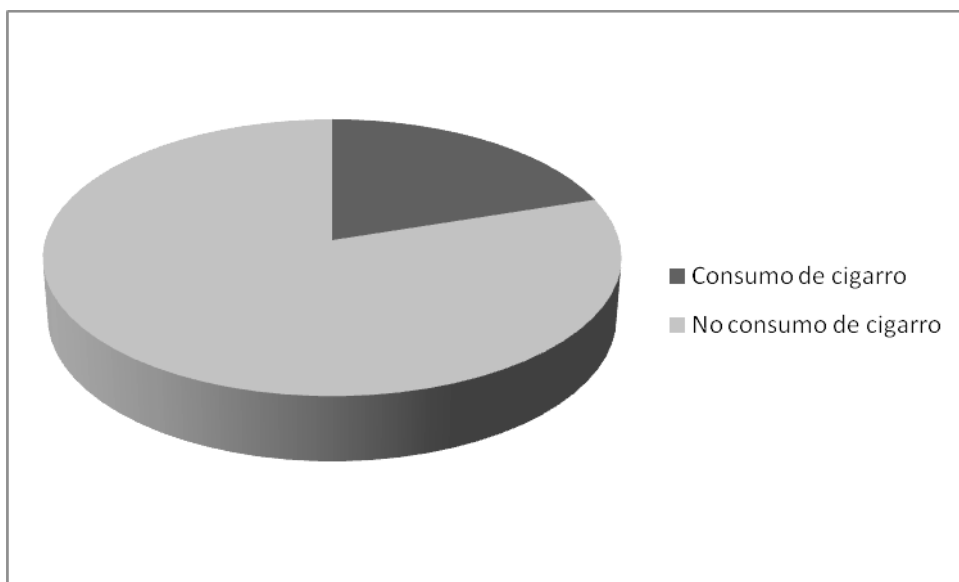
Lo que se buscó en uno de los instrumentos de aplicación de la investigación, el cuestionario, fue el descubrir qué estilo de vida llevaban los sujetos que participaron en el trabajo de investigación con la finalidad de corroborar la parte teórica.

Respecto a una de las causas de que las personas padezcan la enfermedad de la hipertensión arterial y que es la edad, se encontró que el 60% son gente de la tercera edad; el 10% se encuentra en los sesenta años, el 20% son personas que se ubican en los cuarenta años y sólo el 10% están ubicadas en veinte años. Siendo que las personas con más edad son candidatas a experimentar la hipertensión arterial.

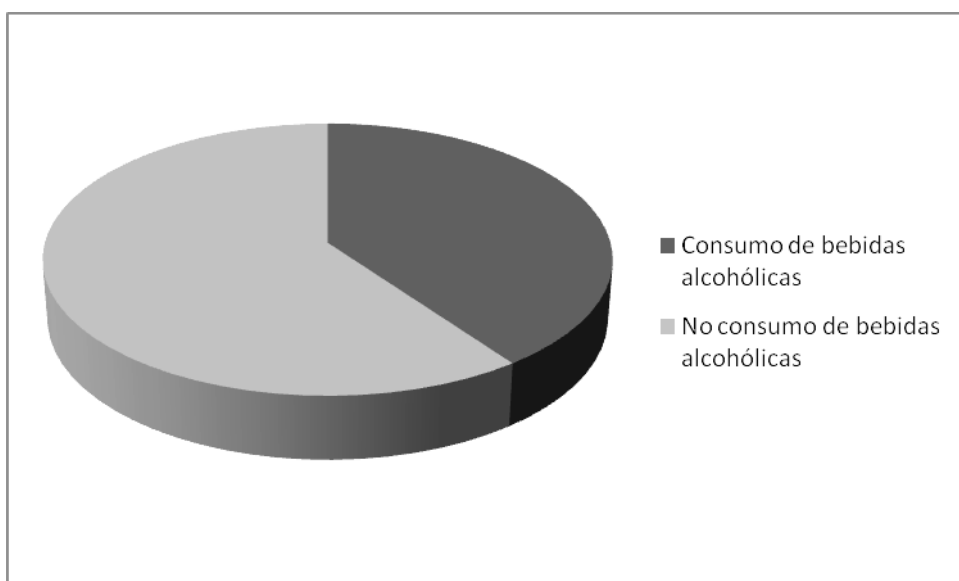
Dentro la información recabada se obtuvo que el 70% desempeña la función de ama de casa, el 20% se encuentra ya jubiladas y sólo el 10% lleva una vida activa en el campo laboral administrativo. Por lo que el 80% de la población experimenta quehaceres estrictos por cumplir y sólo el 20% se encuentra en una etapa de la vida de reacomodo, ya sin tantas presiones. Como se observa en la gráfica.



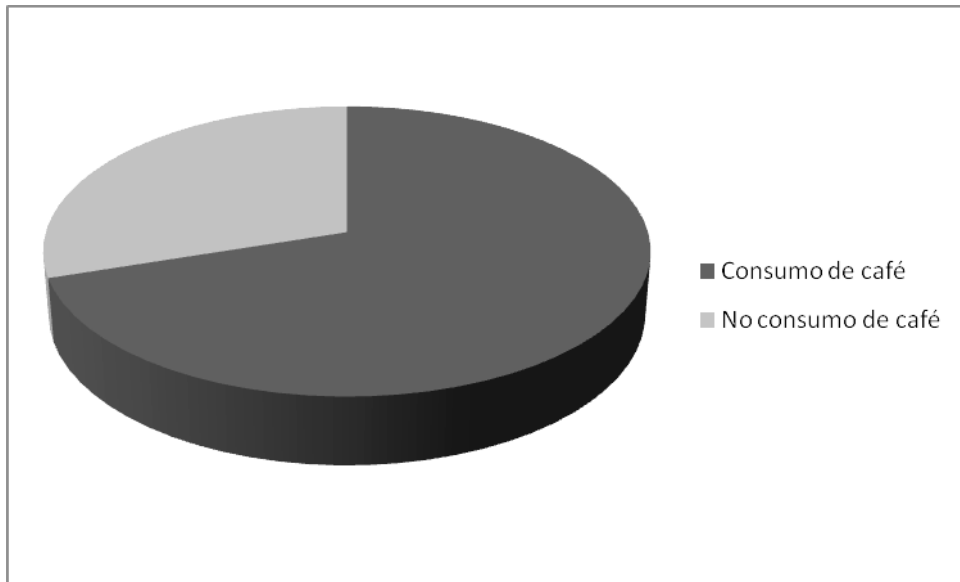
Como se ha venido comentando con anterioridad, el consumo del cigarro es un mal hábito para las personas que padecen hipertensión arterial debido que no ayuda al control de la enfermedad, se señala que el 80% no consume cigarro y sólo el 20% sí lo consume. Como se observa en la gráfica.



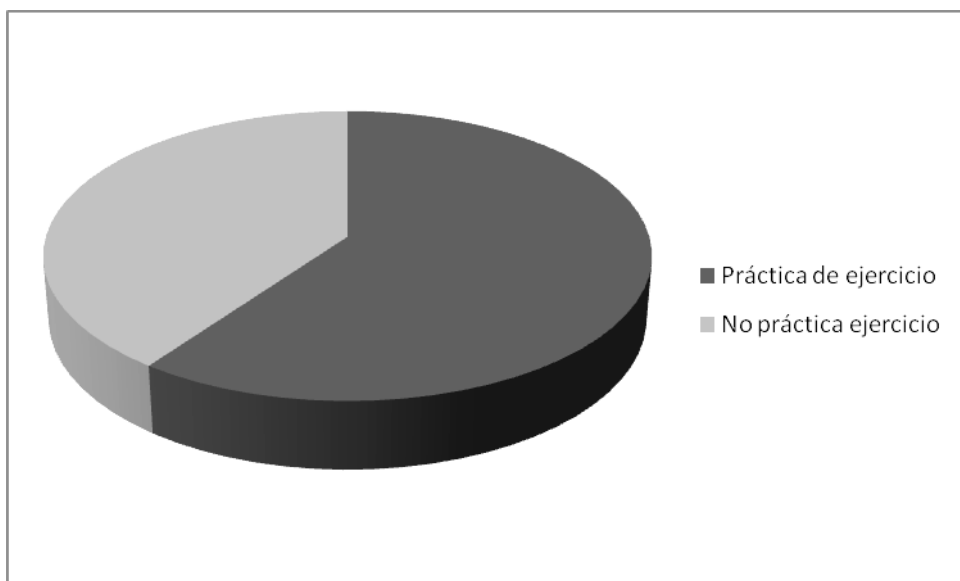
El consumir bebidas alcohólicas no es recomendable para las personas que tienen hipertensión arterial, por lo que fue una cuestión que se tomó en cuenta al momento de aplicar el instrumento con la finalidad de observar sus hábitos. Los resultados obtenidos fueron que el 60% de las personas no consumen bebidas alcohólicas, y el 40% sí. Como se ve en la gráfica.



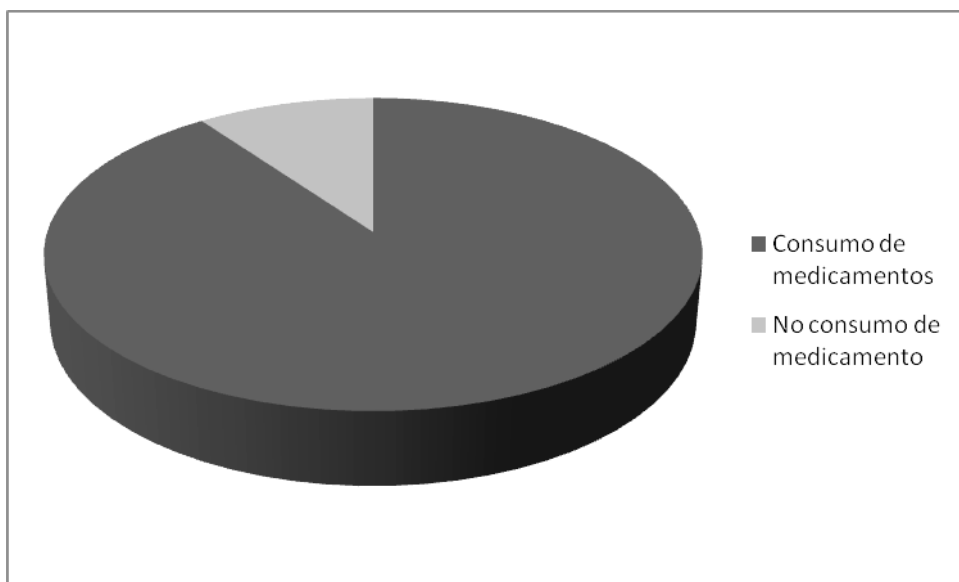
En el cuestionario se tomó en cuenta el consumo de cafeína debido que también es una causal y factor de desequilibrio en la enfermedad de la hipertensión arterial: se obtuvo que el 70% de la población consume café en su día y el 30% no. Como se observa en la gráfica.



El ejercicio es muy importante para todas las personas, en especial para los que padecen hipertensión arterial, es importante que realicen un ejercicio moderado, por lo menos media hora diaria, sin agotarse. El 60% de la población llevan a cabo un tipo de ejercicio y el 40% no practican ejercicio. Como se presenta en la gráfica.



Es muy importante para el que padece hipertensión arterial que lleve de una manera constante y ordenada la ingesta de sus medicamentos. Se encontró que del 90% la población encuestada sí toma sus medicamentos y sólo un 10% no lo hace. Como se observa en la presente gráfica.



Sería necesario agregar que de los pacientes investigados, el 100% presenta con sobrepeso u obesidad, lo cual es un factor de riesgo importante para una enfermedad como ésta.

El 100% de la población que se tomó como muestra de investigación se encuentra con su presión arterial descontrolada.

Por los datos que se presentan, se observa que la gran mayoría de los pacientes llevan un control farmacológico de su enfermedad. Además se plantea que el único hábito de vida perjudicial para su salud que practican es la ingesta de café. La mayoría de los pacientes hacen ejercicio saludable en el día y no consumen bebidas alcohólicas, ni fuman, por lo que se puede considerar que en general, mantienen hábitos de vida saludables.

Sin embargo, como factor de riesgo, se puede señalar el sobrepeso y la obesidad que presentan todos los pacientes.

CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación se tiene que ver qué tanto se llegaron a cumplir los objetivos señalados al inicio de la investigación, de ahí que sea oportuno dar paso a la etapa correspondiente a las conclusiones.

Al hablar del primer objetivo específico, el cual hacía referencia a la conceptualización del estrés desde diferentes perspectivas, se tiene que comentar que este objetivo fue alcanzado en la investigación, ya que se destinó un capítulo para hablar sobre el estrés y en el mismo se destino un apartado para tocar el tema de la definición, tomando las opiniones de diferentes autores.

El objetivo que hacía referencia a la descripción del proceso del estrés, tanto en sus causas como en sus efectos, fue un también logrado, debido a que en la parte teórica se describió cómo el estrés lleva su proceso, desde la percepción de la situación hasta la revolución que se da fisiológicamente, con el único fin de mantener el equilibrio del organismo ante tal situación eventual. En el mismo capítulo se habló sobre la posibles causas y de los efectos que se dan para que se produzca el estrés.

En cuanto a la segunda variable de la investigación se propuso como objetivo conceptualizar al trastorno de la hipertensión arterial, objetivo que se llegó a buen cumplimiento debido que en el segundo capítulo se habló desde la historia de la enfermedad hasta llegar a la definición que se le da en diferentes organizaciones, tanto la americana o la europea. En suma, se presentó se con claridad la definición de dicha enfermedad.

En cuanto al objetivo específico en el que se proponía estudiar teóricamente las posibles causas de la hipertensión arterial, fue otro de los objetivos logrados debido a que se habló de las causas que pueden hacer que una persona sea candidata idónea para que adquiriera dicha enfermedad, entre las que destacan la parte genética- hereditaria, la alimentación, el estilo de vida que se lleve, entre otras, que se mencionan en la investigación.

Cuando se hablaba de mencionar las distintas alternativas de tratamiento y del manejo de hipertensión arterial, como otro de los objetivos específicos, se buscaba ver cuáles eran. Se debe decir que dicho objetivo también fue alcanzado en el trabajo, debido que el capítulo dos se habló del tratamiento que es estrictamente médico, y también se dio la alternativa de un tratamiento que va más enfocado a llevar un mejor estilo de vida, para prevenir o disminuir las consecuencias de dicha enfermedad en las personas.

En la parte práctica de la investigación, en donde se propuso el objetivo específico de medir el nivel de estrés en pacientes de la clínica No. 76 del IMSS, se tiene que decir que también fue logrado gracias a la aplicación del Test de Glazer, mismo que proporcionó dicha información.

Llegando al último de los objetivos específicos, se tiene que comentar que también fue satisfactoriamente logrado, debido que se propuso describir los estilos de vida que presentaban los pacientes, en cuanto a prácticas de riesgo que experimentan, siendo éste alcanzado a través de cuestionario que se administró.

Después de revisar el logro los objetivos específicos, es oportuno dar cuenta del objetivo general que se propuso en la investigación y que se logró satisfactoriamente. En el se enuncia, el nivel de estrés y estilo de vida de pacientes con hipertensión arterial, se logró medir el nivel de estrés en los diez pacientes con los que se trabajó, obteniendo como resultado que se encuentran en un nivel de estrés moderado y en la mayoría de los diez casos se observó que consumían café y se encontraban con sobre peso u obesidad, que son factores que no favorecen al buen cuidado de la hipertensión arterial. Con esto, así mismo, se da respuesta a la pregunta de investigación.

BIBLIOGRAFÍA.

Araril Suzanne y Webe A. Michael. (2002)
Hipertensión, el rincón de Brenner y Rector.
Ed. Mc Graw Hill. México.

Adams, Jenni. (2001)
Estrés, un amigo de por vida.
Ed. Kier. México.

Bobes García, Julio. (2000)
Trastorno de estrés postraumático.
Ed. Masson, España.

Colbert, Don. (2006)
Emociones que Matan
Ed. Grupo Nelson. E.U.A.

Cooke P. John. y Frohlich D. Edward. (1993).
Hipertensión arterial y enfermedad vascular.
Ed. Masson – Salvat Medicina, España.

Cruz, Abel. (2006)
Nervios, estrés e insomnio.
Ed. Selector, México.

De la Fuente Ramón. (1994).
Psicología medica.
Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

Díaz Martínez, Alejandro. (2007)
Actualización de la guía práctica “manejo del espectro depresión- ansiedad”.
Ed. UNAM Allis Vivire. México.

Fontana, David. (1989).
Control del Estrés.
Ed. Manual Moderno. México.

Guyton, Arthur C. (1986)
Tratado de Fisiología Medica
Interamericana Mc Graw Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto y Otros (2008)
Metodología de la investigación.
Ed. Mc Graw Hill, México.

Hoyle R. John y English W. Fenwick. (2002)
Aptitudes del director de centros docentes.
Ed. Centro de estudios Ramón Arce S. A. México.

Méndez Domínguez, Aurelio. (2004)
La hipertensión arterial y sus consecuencias cerebrales.
Ed. Archivos de Cardiología de México, México.

Mingote Adán J. C. y Pérez Corral F. (1999).

El estrés.

Ed. Selector. México.

Moragrega AJL y Otros (2001)

Definición, causas, clasificación, epidemiología, prevención de cardiología.

Ed. Rev. Mex. Cardiología, México.

Ortiz Quesada, Federico. (1995).

Sombras y sueños.

Ed. Médico Moderno, México.

Palmero Francesc y Otros (2004)

Psicología de la motivación y la emoción.

Ed. Mc Graw Hill, México.

Plekering G. Thomas. (2000)

Buenas noticias sobre Hipertensión Arterial.

Ed. Salud, España.

Rubio Guerra, Fco. Alberto. (2005).

Hipertensión arterial Vol. 1.

Ed. Manual Moderno. México.

Rosenzweig R Mark y Leiman I. Arnold (1992)

Psicología Fisiológica

Ed. Mc Graw Hill, México.

Trianes Torres, María Victoria (2003)

Estrés en la infancia: su prevención y tratamiento.

Ed. Narcea, México.

HEMEROGRAFÍA

Academia Americana de Médicos de Familia (2000)

Resumen de recomendaciones para las evaluaciones periódicas de salud

Alonso de Valenzuela, Tabi O. (2008)

Estrés, enfermedad de nuestro tiempo como reconocerlo y evitarlo

Adminístrate hoy, 167, 26 – 30.

Cruz Fernández, José M. (2004)

Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica

Revista Cardiología de México

Exaire, M. y Otros (2001)

Problemas Especiales

Revista Mexicana de Cardiología

Exaire, M. y Otros (2001)

Problemas Especiales

Revista Mexicana de Cardiología

Doris, Gómora (2006).

60 consejos para combatir el estrés

Entrepreneur, vol. 14 N° 1, pp. 202-209

Teresa González Valdés, y Otros (2000).

Hipertensión Arterial y Estrés. Una experiencia

Revista Cubana Medicina Militar 2000;29(1):26-9

J. Carlos Hidalgo Meza, y Otros (2007)

Drogas viejas vs drogas nuevas. ¿controversia en el tratamiento inicial de la hipertensión arterial?

Medicentro, 11(2) Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” Santa Clara, Villa Clara Comunicación

Ulises Jiménez Ortega. (2007)

Comportamiento de los estilos de vida de pacientes hipertensos en un consultorio médico de familia.

Medicentro 2007; 11(3)

Aurelio Méndez Domínguez. (2007)

La hipertensión arterial y sus consecuencias cerebrales

Archivos de Cardiología de México, Supl. 2 Abril-Junio Vol. 74

Osana Molerio Pérez, y Georgina García Romagosa. (2004).

Influencia del Estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial

Revista Cubana Medica vol.43 n.2-3

Osana Molerio Pérez, y Otros (2004).

El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial

Revisión Bibliográfica Universidad Central de Villa de Clara

M. Alberto Oviedo Mota, y Otros (2007)

Enfermedades Crónicas

Guía Clínica para el diagnóstico y el manejo de la hipertensión arterial.

M. Alberto Oviedo Mota, y Otros (2003).

Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

Centro Médico Nacional Siglo XXI

M. Rosas, y Otros (2008)

Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica en México Vol. 78 supl. 2/Abril-Junio

Javier Vega Rugerio. (2006)

Estrés en el trabajo

Adminístrate hoy, N° 148, p.p. 33 – 34,

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Ünal Karagüven, M. Hülya. (1999).

The Relationships Between Work Accident, Educational Backgrounds and Stress Levels of Textile Workers

<http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/000001146.htm>

<http://www.geocities.com/psicoresumenes/>

ANEXO 1

EL COMPORTAMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES HIPERTENSOS.

1- Datos generales

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

2- Ocupación

Administrativo: _____

Obrero: _____

Estudiante: _____

Ama de casa: _____

Jubilado: _____

Desocupado: _____

3- ¿Se siente Ud. sometido a algún tipo de presión?

Laboral: _____ Educacional: _____ Familiar: _____

Social: _____

4-¿Usted fuma? Sí: _____ No: _____ ¿Cuántos cigarrillos al día?: _____

5-¿Consume bebidas alcohólicas? Sí: _____ No: _____

6- ¿Toma café? Sí: _____ No: _____

Una tasa al día: ____ Dos tasas al día: ____ Tres tasas al día: ____

Más de tres tasas: ____

7- ¿Consumes drogas? Sí: _____ No: _____

8- Dieta que realiza:

Sin sal: ____ Baja de sal: ____ Excesiva en sal: _____

Una cucharadita o más de sal al día: _____

Grasa (Tipo) Animal: _____ Vegetal: _____

(Cantidad) Sin grasa: ____ Baja de grasa: ____

Excesiva en grasa: _____

Consumes verduras y vegetales más de 5 Sí: _____ No: _____ cuantas veces
por semana

9- ¿Practica ejercicio físico? Sí: _____ No: _____

Monta bicicleta: _____

Corre: _____

Trota: _____

Caminata: _____

Círculo de abuelos: _____

Area terapéutica: _____

10-¿Cumple Ud. el tratamiento medicamentoso para su enfermedad?

Sí: _____

No: _____

¿Cuál o cuáles medicamentos consume?:

11- Evaluación nutricional: Peso: _____ Talla: _____

Anexo 2

The Relationships Between Work Accident, Educational Backgrounds and Stress Levels of Textile Workers

M. Hülya Ünal Karagüven

*Technical Education Faculty
Department of Educational Sciences
Marmara University, Turkey*

***Paper Presented at the European Conference on Educational Research,
Lahti, Finland 22 - 25 September 1999***

Abstract

The purpose of this study is to determine the relationship between work accident, stress level and educational background of textile workers. The study is conducted in two parts. In the first part, "The Glazer Stresscontrol Life-Style Questionnaire" scale is adapted to Turkish population. And a questionnaire is developed in order to gather information a demographic characteristics of the textile industry workers. In the second part, the relationship among work accident, stress level and educational background is studied. For the first part of the study subjects are 20 English Language Teachers and 32 university student and for the second part of the study subjects are 248 Turkish and 41 English Textile workers. The results indicated that stress level and educational background is significantly related with work accident.

<http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/000001146.htm>

Table 4

Cronbach Alpha, Mean and Standard Deviation of The Glazer Stres Ölçeđi

	N	Alpha	Mean	SD
English language teachers	20	.88	90.25	19.20
University students	32	.72	82.25	13.65
English textile workers	248	.58	89.53	15.93

The reliability coefficients obtained for different age groups suggest an alpha range of .67-.89 for English form (Table 3) and .58-.88 for the Turkish form (Table 4) of the Glazer Stress Questionnaire. These values are satisfactory and provide reliability of the inventory.