



11226^I
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA:
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 16,
TORREÓN, COAHUILA

TÍTULO:

“ESTRESORES Y NIVEL DE ESTRES EN EL PACIENTE CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

0352123

DRA. MARÍA ALMA RAMÍREZ GONZÁLEZ

TORREÓN, COAHUILA.

2005

Reg. Nacional 2004/0502/0032



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TÍTULO:

“ESTRESORES Y NIVEL DE ESTRES EN EL PACIENTE CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ALMA RAMÍREZ GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES:


DR. JUAN JOSÉ MIRANDA GALVÁN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN TORREÓN, COAHUILA


DRA. SARA TAPIA RODRÍGUEZ
ASESORA METODOLOGÍA DE TESIS
DOCENTE DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN


DR. RODOLFO BARRIENTOS GARIBAY
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO INTERNISTA


DRA. MARÍA CECILIA CÁRDENAS HERRERA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 16,
TORREÓN, COAHUILA.

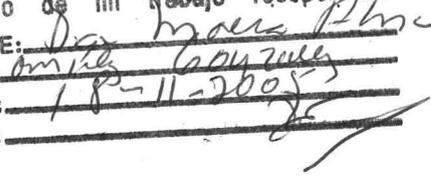
TORREÓN, COAHUILA.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo reespolonal.

2005

NOMBRE: Dra. María Alma Ramírez González

FECHA: 18-11-2005

FIRMA: 

"ESTRESORES Y NIVEL DE ESTRES EN EL PACIENTE CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL"

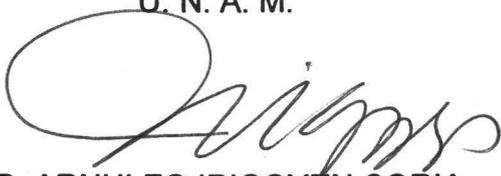
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

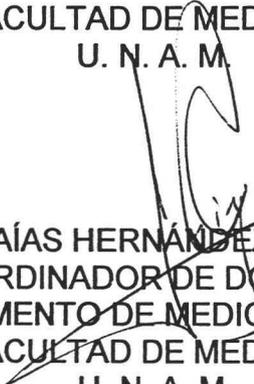
PRESENTA:

DRA. MARÍA ALMA RAMÍREZ GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

TÍTULO

“ESTRESORES Y NIVEL DE ESTRES EN EL PACIENTE CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL”

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
1. Marco teórico	1
2. Planteamiento del problema	19
3. Justificación	21
4. Objetivos:	23
a) General	
b) Específicos	
5. Hipótesis	24
a. Hipótesis conceptual	
b. Hipótesis de trabajo	
6. Metodología	27
7. Resultados	35
8. Discusión	43
9. Conclusiones	46
10. Bibliografía	48
11. Anexos	52

MARCO TEÓRICO

La hipertensión Arterial se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial. El flujo sanguíneo es pulsátil, reflejando el bombeo cardiaco. Durante la sístole, la presión de la sangre eyectada sube hasta alcanzar un máximo, convencionalmente se le llama presión sistólica (PS); durante la diástole, la presión desciende hasta un valor mínimo o presión diastólica (PD). En consecuencia, la presión arterial describe una curva, que por lo menos tiene tres puntos: la PD (inicial/final) y la PS. Su longitud depende de la frecuencia cardiaca. La diferencia entre la PS y la PD es la presión diferencial. La presión arterial media (PAM) representa la presión promedio durante todo el ciclo y es aproximadamente igual a:

$$PAM = PD + 1/3 \text{ presión diferencial. (27-28)}$$

Con frecuencia se señala que la misma es controlada por el gasto cardiaco y la resistencia periférica total ya que como se sabe ésta es igual al producto de ambas, es un padecimiento crónico, de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o ambas (27)

En el 90% de los casos, la causa es desconocida, por lo que se le llama hipertensión arterial esencial, pero se sabe que existe una fuerte influencia hereditaria (1)

En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida. La Organización Mundial de la Salud considera que los adultos hombres o mujeres de cualquier edad, cuya presión arterial es mayor de 140/90 mm Hg son hipertensos, cuando en 3 ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mmHg, en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas arriba en más del 50% de las tomas registradas (1)

La hipertensión arterial esencial es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo: afecta al 25% de la población adulta y su proporción aumenta conforme se incrementa la edad, de los individuos entre 65 y 75 años, el 50% la padece y entre los mayores de 75 años su frecuencia es del 75%; en México solo el 40% de los casos esta diagnosticado, reportándose una prevalencia de 25.3%.(1)

Debido a los mecanismos fisiológicos de compensación, el enfermo puede cursar asintomático, incluso con presión arterial diastólica de 100 mmHg. Las manifestaciones suelen ser inespecíficas o deberse a las complicaciones, por lo cual se estima, que hasta el 25% de hipertensos fallece por secuelas de esa enfermedad, no identificada a tiempo. (1)

La hipertensión arterial se puede clasificar en 3 maneras distintas:

- 1.- Por el nivel de lectura de la presión arterial,
- 2.- Por la importancia de las lesiones orgánicas, de acuerdo a lo cual se

dividen en las siguientes fases:

- Fase I. no se aprecian signos objetivos de alteración orgánica.
- Fase II. Por lo menos se aprecia uno de los siguientes signos de afectación orgánica:
 - a) Hipertrofia ventricular izquierda.
 - b) Estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas.
 - c) Proteinuria y aumento de la concentración de creatinina.
- Fase III. Aparecen síntomas y signos de lesión a órganos blanco:
 - a) Corazón: insuficiencia ventricular izquierda, angina de pecho, infarto agudo del miocardio.
 - b) Encéfalo: hemorragia cerebral, cerebelar o de tallo encefálico, trombosis arterial intracraneal, encefalopatía hipertensiva.
 - c) Fondo de ojo con hemorragia y exudados retinianos, con o sin edema papilar.
 - d) Vasos sanguíneos, aneurismas disecantes.
 - e) Riñón, insuficiencia renal.

3.- Por la etiología en:

- a) Primaria o Esencial, y
- b) Secundaria.

También existen clasificaciones de las cifras tensionales diversas, de las cuales se presentan las tres siguientes:

Valores de referencia de la presión arterial según, (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - JNC 7, de los EE.U.U.) (10 – b) (1)

Categoría*

Presión Arterial Sistólica (PAS) (mmHg)

Presión Arterial Diastólica (PAD) (mmHg)

NORMAL:	< 120 mmHg
	< 80 mmHg

PREHIPERTENSIÓN:	120 – 139 mmHg
	80 – 89 mmHg

HIPERTENSIÓN: - ESTADIO 1	140 – 159 mmHg
	90 – 99 mmHg
- ESTADIO 2	≥ a 160 mmHg
	≥ a 100 mmHg

*Se clasifica según el valor más alto de la presión arterial sistólica o presión arterial diastólica.

Valores de referencia de la presión arterial según, (The European Society of Hipertensión) (10 – a) (1)

Categoría*

PAS (mmHg)

PAD (mmHg)

ÓPTIMA:	< 120 mmHg
	< 80 mmHg
NORMAL:	120 – 129 mmHg
	80 – 84 mmHg
NORMAL-ELEVADA:	130 – 139 mmHg
	85-89 mmHg
HIPERTENSIÓN: - GRADO 1	140 – 159 mmHg
	90 – 99 mmHg
- GRADO 2	160 – 179 mmHg
	100 –109 mmHg
- GRADO 3	≥ a 180 mmHg
	≥ a 110 mmHg

*Se clasifica según el valor más alto de la presión arterial sistólica o presión arterial diastólica, es decir cuando la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica corresponden a diferentes categorías, deberá aplicarse la categoría más elevada.

Clasificación y criterios diagnósticos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-030-SSA2-1999 modificada en el 2001)

La Hipertensión Arterial Sistémica, se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:

-Con fines de clasificación y registro se utilizará la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)

-Para efectos de diagnóstico y tratamiento se utilizará la siguiente clasificación clínica:

PRESIÓN ARTERIAL ÓPTIMA:	<120/80 mmHg
PRESIÓN ARTERIAL NORMAL:	120-129/80-84 mmHg
PRESIÓN ARTERIAL NORMAL ALTA:	130-139/85-89 mmHg
HIPERTENSIÓN ARTERIAL: -ETAPA 1:	140-159/90-99 mmHg
	-ETAPA 2: 160-179/100-109 mmHg
	-ETAPA 3: $\geq 180/\geq 110$ mmHg

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica >140 mmHg y una presión diastólica <90 mmHg, clasificándose en la etapa que le corresponda. (7)

Comprendidos entre los factores de riesgo para desarrollo de Hipertensión arterial, se hallan, la dieta, el índice de masa corporal, por encima de 25, el exceso de ingesta de sodio, sedentarismo y estrés. (1, 2, 3)

Existen grupos humanos en los que la restricción de sodio de la dieta

previene o mejora los casos de hipertensión arterial. Sin embargo, la moderación alimentaria, en general, es conveniente y en especial reduce los riesgos de enfermedad cardiovascular. El tratamiento individual de la hipertensión arterial incluye la restricción de sodio, y además se ha observado en estudios de investigación que en los individuos con escasa excreción renal de sodio también esta aumentando el riesgo de infartos (1),

Las enfermedades crónicas degenerativas como son: diabetes tipo 2, enfermedad cardiaca, hipertensión arterial, pueden afectar el funcionamiento sexual de hombres y mujeres manifestado en el área genital y en el vínculo afectivo con la pareja (3)

Las enfermedades crónicas repercuten sobre la sexualidad directa o indirectamente. A nivel fisiológico, una enfermedad como la hipertensión arterial puede alterar los reflejos normales de la respuesta sexual, y en otras ocasiones es el tratamiento de la enfermedad el factor generador de la disfunción, como la prescripción de alfa metil dopa y cimetidina retirada ya del mercado por el efecto sobre la función eréctil. (3)

El papel de las alteraciones vasculares como factores participantes en la disfunción eréctil se ha ido conociendo en los últimos años. La insuficiencia vascular en la pelvis no afecta primariamente la fase de deseo u orgasmo del ciclo de la respuesta sexual. Los problemas se observan en la fase de excitación; aunque algunos hombres de edad avanzada; con insuficiencia

vascular difusa, pueden tener también complicación del sistema nervioso central que afectan el deseo y el placer sexual, generando con ello un conflicto en la pareja, por lo general la mujer piensa en una infidelidad del hombre. (3,4))

El comportamiento de las enfermedades crónico degenerativas es diferente a hace dos décadas dado que el paciente vive mas años, pero con deficiente estilo de vida lo que modifica su calidad de vida deteriorándola; por otro lado si consideramos que la naturaleza del ser humano , posee tres esferas Biológico, psicológico y social, estos factores psicológicos y sociales, afectan también las cifras tensionales desencadenando un cuadro de Hipertensión Arterial, como por ejemplo: en el caso del estrés. El estrés es una adaptación al castellano de la voz inglesa, stress, esta palabra apareció en el Inglés medieval, en la forma de distress, que a su vez, provenía del francés antiguo destresse (“estar bajo estrechez u opresión”) y actualmente se conceptualiza como estrés; “la reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda” y que se condiciona en dos términos, corre, es decir vivir de prisas y abarcar, lo que significa hacer muchas cosas en poco tiempo. (2,3)

Los vínculos afectivos y psicosociales, e interpersonales se ven afectados por enfermedades como son: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome dislipidémico y estrés, facilitadas por los cambios en nuestro entorno ecológico, incluidos el familiar y el laboral. (2)

Wilson, ha definido el estilo de vida como “el conjunto de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario” (2)

Por lo cuál Rodríguez R. M. ha utilizado este cuestionario denominado FANTASTIC_ en la población mexicana diseñado para valorar el estilo de vida y la relación que tiene con la salud y en ellos estudia a la familia y amigos, actividad, nutrición, tabaco y toxinas, alcohol, sueño, el tipo de personalidad, interior y carrera o trabajo. (18)

Correr y abarcar: dos términos que podrían resumir el estilo de vida actual, lo observamos en los demás o caemos nosotros mismos en las prisas y el deseo de realizar gran número de actividades a un tiempo. Desde que Hans Seyle propuso su teoría de que las enfermedades tienen al estrés como causa común, sus ideas se han ido confirmando y matizando: Los ejecutivos, profesores, profesionales, médicos, obreros, amas de casa, niños y adolescentes, todos sufren los efectos del estrés, la pretendida necesidad de hacer muchas cosas impone la urgencia de realizarlas cada vez a mayor velocidad. (3)

Se denomina estrés no a lo que nos arremete, sino a la forma como reaccionamos ante cualquier agresión. Los factores agresivos llamados estresores o agentes estresantes, proceden de 4 ámbitos constituyentes de

la vida de todo ser humano:

1. Ambiente Físico,
2. Esfera Mental,
3. Área Social y
4. Esfera Espiritual. (3)

El estrés tiene dos componentes básicos; Agentes estresantes o estresores, que son las circunstancias del entorno que lo producen y las respuestas al estrés, que son las reacciones del individuo ante los mencionados agentes.

Todos los individuos tienen un límite de tolerancia diferente, aprender a descubrirlo y no sobrepasarlo durante demasiado tiempo, es fundamental para que nuestra vida mejore en cantidad y sobre todo en calidad (3)

El estrés comprende 3 fases;

- Fase de alarma: ésta constituye aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al propio afectado que necesita ponerse en guardia, una vez apercebido de la situación, (por ejemplo: exceso de trabajo o dificultad para salir de un atolladero). La fase de alarma a su vez, contiene dos elementos:

1. de naturaleza única: cuando existe una sola fuente de estrés o
2. de naturaleza polimorfa: varias situaciones entremezcladas que producen estrés. (3)

- Fase de resistencia: se refiere a la extensión del estrés más allá de la fase de alarma, la persona, se frustra y sufre, por no poder alcanzar la tarea trazada, hay pérdida de energía y disminuye su rendimiento, se inicia un círculo vicioso ya que desea terminar gran número de actividades en poco tiempo y al no poderlo llevar a cabo, inicia con ansiedad y miedo ante un posible fracaso, lo que incrementa aún más el estrés. (3)

- Fase de agotamiento, se caracteriza: por fatiga, ansiedad y depresión pudiendo presentarse conjuntamente o en forma aislada. La fatiga, incluye en ésta fase del estrés un cansancio que no se restaura con el sueño nocturno y va acompañado de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. La ansiedad es desencadenada por situaciones triviales, que antes le parecían normales al sujeto y no generaban estrés ni ansiedad. La depresión le hace displacenteras las actividades que antes le atraían, sufre de insomnio, sus pensamientos son pesimistas y nihilistas y los sentimientos hacia sí mismo son cada vez más negativos (3)

Sin embargo el ser humano necesita de cierto grado de estrés como activador; Hans Selye una de las figuras más relevantes en el estudio del estrés afirma en su artículo "The Stress Concept Today", la ausencia absoluta de estrés significa la muerte (3)

La mayoría de los expertos en estudios sobre el estrés, coincide en considerar las relaciones humanas como causa primordial del estrés, por ello es necesario analizar la importancia de las relaciones interpersonales en la génesis de cualquier enfermedad para que las relaciones con otros constituyan una fuente de gozo y no de conflictos (2.3)

La hipertensión arterial alcanza especial importancia por el lugar que ocupa en las tasas de morbi-mortalidad del país, y su asociación con el estrés y estilo de vida. En el Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto, se analizó la experiencia obtenida en 52 pacientes hipertensos, en los que se detectó un patrón "A" de conducta o de algunos de sus componentes en el 98%, vinculados además a un empobrecido empleo del tiempo libre, entre otros factores inherentes al estilo de vida. Tales resultados precisan el contenido de la intervención psicológica con fines anti-estrés, para lo cual se informa del valor que sobre su salud ejercen los moduladores psicosociales, se les indica técnica de relajación denominada Bensón y se les refuerza la necesidad de la adherencia terapéutica (4,5)

Es conocida la evidencia de los ciclos endocrinos sobre las enfermedades cardiovasculares, se ha detectado una variación circadiana en la incidencia de muerte súbita, con un pico principal entre las 9 y las 11 de la mañana y otro hacia el final de la tarde; esto, sumado a la observación, de que los eventos tienden a producirse dentro de las 3 horas, desde el despertar de los individuos, afectados, refuerza el rol del eje adrenocortical en la

desestabilización y de un sustrato arritmogénico, que finalmente puede desembocar en arritmia fatal (8,9,21)

El estrés produce en el organismo una respuesta endocrina aguda, mediada por la liberación de adrenocorticotropina que induce a la liberación de corticoesteroides y otra respuesta mediada por catecolaminas, este mecanismo fisiológico necesario para la supervivencia, en caso de resultar excesivo por intensidad, duración o ambos, puede producir enfermedad. (8, 9,21)

En conjunto, existen cada vez más pruebas importantes que apoyan la asociación de hipertensión y sucesos cardíacos, con un número de factores psicológicos que involucran el estrés como factor causal del inicio del trastorno psicológico o que se atribuye a sus consecuencias cardiovasculares adversas (8, 9,21)

La hipertensión arterial aumenta cada día en su frecuencia, es una pandemia y se calcula que en América latina, no es la excepción, pueden padecerla personas desde los 20 años de edad y cerca del 60 % de los individuos que la padece desconoce su enfermedad (17), esto significa, que en nuestro país existen más de 13 millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco mas de 8 millones no han sido diagnosticadas, es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido

durante las últimas décadas. (4, 6,22)

Así pues las enfermedades del corazón, enfermedad vascular cerebral, y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte. los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. (4, 6,22)

Se prevé que para el 2010 el número de casos en América Latina llegará al doble de lo que hoy se conoce, ciertos grupos étnicos presentan mayor incidencia y prevalencia de hipertensión arterial. (6)

Existen factores presentes de tipo psicológico y social, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados con las diferentes fases de la enfermedad y con la eficiencia de los procesos terapéuticos (1, 2,3), lo cual justifica la investigación a desarrollar, por el nivel primario que es la puerta de contacto al sistema de salud. (6)

La frecuencia de pacientes hipertensos anual por consultorio se ha encontrado que oscila entre 350 y 400 casos, de ambos sexos, con predominio del femenino y además de edades tan tempranas como 20 a 60 años de edad por lo cual nace el: proyecto de norma oficial mexicana PROY-NOM-030-SSA2-1999 modificada en el 2001 (5), para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. El objetivo de la norma y su

campo de aplicación tiene por objeto establecer procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, es de observancia obligatoria en el territorio nacional, para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la hipertensión arterial. (7)

La Norma se justifica dado que la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años de edad la padecen, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas. (7)

En casos agudos de hipertensión arterial, por encima de cifras tensionales de 140/90 mmHg, o cuando las medidas no farmacológicas descritas no son suficientes, esta justificado el complemento farmacológico, controlado por el Médico tratante. Entre los agentes con beneficio demostrado en pacientes coronarios y personalidad tipo "A" están los betabloqueadores, que producen una reducción en la frecuencia cardiaca basal y máxima, así como en la presión arterial, con lo cual la respuesta al estrés agudo y crónico será menor, es muy frecuente agregar además benzodiazepinas y fármacos antidepresivos. Se ha observado que las técnicas recomendadas de prevención secundaria y contención psicológica están infrautilizadas, así

como la participación de los integrantes del equipo de salud. (8)

En el paciente hipertenso y con presencia de estresores, es de vital importancia la modificación del estilo de vida, para mejorar integralmente no solo su cuadro clínico sino también la calidad de vida. Es sabido que hay factores en el estilo de vida que favorecen el aumento de las cifras de tensión arterial, como es la ingesta de sal en la dieta, el sobrepeso u obesidad, el uso de gotas nasales y la ingesta de más de 80ml. de bebidas alcohólicas al día, así también, hay factores dentro del estilo de vida que si se modifican disminuyen el estrés y con ello las cifras de tensión arterial; como el dormir el número de horas adecuadas al día, comer a horas fijas, dedicar tiempo libre a leer o ver televisión, comer sin prisas y consumir frutas y verduras abundantes. (9)

Se ha encontrado en múltiples estudios que la principal fuente de estrés se genera en la relación humana, de ahí que sea necesario diferenciar entre relación interpersonal y relación intrapersonal, que son génesis de conflictos y generadores de elevación de cifras tensionales y de otras enfermedades; en efecto desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano busca compañía, cuándo se le pide a una persona que señale la situación que más estrés le produce el 95% responde que un problema interpersonal de familia o trabajo, es lo que está generando su cambio; de la misma manera, la mayor satisfacción de los individuos son las relaciones afectuosas y positivas que le rodean. (10)

Otro de los múltiples factores generadores de estrés es la tercera edad, ya que al llegar a la jubilación se inicia una nueva etapa que encierra peligro de stress. Aunque parezca contradicción, el estrés para muchos puede venir como la consecuencia de la modificación de hábitos y falta de actividad, así como el cambio brusco de un trabajo a pleno tiempo a un ocio permanente, aunado a la edad cronológica que es al final del ciclo vital donde se inician manifestaciones de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus y síndromes depresivos, se menciona lo anterior ya que se ha encontrado una asociación importante entre vejez e hipertensión arterial severa (11), el estrés se ve aumentado en esta etapa por la disminución de ingresos y una sensación de degradación personal que acarrea frustración e incrementa aún más el estrés. (3, 11,15)

El comportamiento de la presión arterial como respuesta a determinados estresores se ha utilizado como índice de reactividad vascular de sujetos con elevado número de estresores en su vida diaria. En un estudio fueron asignados al azar 30 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial ligera y presencia de estresores, 15 sujetos a un grupo de relajación muscular y 15 a un grupo placebo de ejercicio físico. se aplicó una prueba de estrés antes y después de 8 semanas de duración de un programa. Resultados: solo la presión arterial sistólica del grupo de relajación muscular descendió significativamente desde los niveles iniciales, en el grupo de contraste no hubo modificaciones. Se presentaron diferencias estadísticamente

significativas entre ambos grupos, tanto en presión arterial sistólica y la diastólica asociados a la frecuencia cardiaca; así también el estrés disminuyó en el grupo de estudio, no así en el que fue sometido al placebo. se discute la importancia y la trascendencia de estos resultados ya que la medicación por sí sola no ha logrado reducir la reactividad del paciente a estresores de la vida diaria. (12)

Entre los múltiples estudios de pacientes hipertensos con factores estresores en sus diferentes modalidades se realizó un estudio descriptivo y prospectivo con el objetivo de identificar pacientes con alto grado de estrés e hipertensos al Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Celia Sánchez Mandulei en el año 2000; fueron incluidos 730 pacientes pero solo cumplieron con los criterios de inclusión 227 los cuales integraron el estudio; se encontró predominio del sexo femenino y la mayor frecuencia de edad fue en el subgrupo de 60 a 69 años; el factor de riesgo más frecuente encontrado fue la herencia; el 40.08% de los pacientes presentó hipertensión moderada, con alteraciones en el ámbito familiar, el 80.17 % se ubican dentro del grupo de riesgo "C", ya que la hipertensión arterial sistodiastólica se presentó en más del 50% de los pacientes, con predominio en el grupo de 50 a 59 años; en las personas mayores de 80 años predominó la hipertensión sistólica aislada y la complicación más frecuente fue la retinopatía hipertensiva. (13, 16, 23, 24,25)

El marco teórico descrito justifica la presente investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los países industrializados, una de las primeras causas de demanda de consulta es el cáncer cervicouterino y de mama, en México, país en transición demográfica los padecimientos que nos demandan consulta de acuerdo al panorama epidemiológico son los crónico-degenerativos, (solo precedidos por problemas respiratorios). Dentro de los padecimientos crónico-degenerativos, la hipertensión arterial demanda el (11%) del total de la consulta del medico de primer nivel, y se presenta con mayor frecuencia en la mujer de 20 a 59 años.

La hipertensión arterial esencial constituye la gran mayoría de los casos (85-90%), y en su patología participan diversos factores hereditarios y ambientales, destacando entre los ambientales la dieta y el estrés.

El tratamiento de la hipertensión arterial esencial está destinado a llevar las cifras tensionales a niveles normales (<140/90 mmHg), para disminuir los eventos cardiovasculares y la mortalidad por esta causa. En general el tratamiento básico consiste en la disminución del consumo de sal, ejercicio dinámico constante, baja de peso y medidas nutricionales, así como también control de otros factores de riesgo cardiovasculares como es el estrés.

La hipertensión arterial esencial es la segunda causa de consulta en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16, representando un

14.93% de la población demandante con un total de 23,270 consultas durante 2003, y el problema del paciente con hipertensión arterial esencial es que la mayor parte de las veces son asintomáticos y desconocido por el paciente mismo, aunado a ello la falta de apego al tratamiento, por lo cual llevar a cabo un control adecuado es difícil, siendo el daño a los órganos blanco irreversible e incluso lo pueden llevar a la muerte.

En la población hipertensa del consultorio No. 12 del turno matutino se ha observado control irregular de las cifras tensionales, a pesar de abordajes terapéuticos múltiples, desde que se diagnostica un paciente hipertenso, hasta que llegamos a darnos cuenta de que podemos ofrecerle cambios en su estilo de vida para mejor control, incidiendo en los múltiples factores estresantes con que cursa el paciente hipertenso, como por ejemplo: el tipo de personalidad y la ocupación, que condicionan un alto grado de estrés.

Es por ello que nos planteamos la siguiente pregunta para el presente estudio de investigación:

¿CUÁLES SON LOS AGENTES ESTRESANTES Y LOS NIVELES DE ESTRÉS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

JUSTIFICACIÓN

Considerando que la morbilidad de la hipertensión arterial esencial es alta en nuestro país y en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16, es la segunda causa de consulta representando un 14.93% de la población demandante con un total de 23,270 consultas durante 2003, considerándose de gran magnitud, y trascendencia ya que el problema del paciente con hipertensión arterial esencial es que la mayor parte de las veces cursa asintomático y el paciente desconoce su enfermedad, siendo los daños a los órganos blanco irreversibles y que pueden llevarlo a la muerte.

La vulnerabilidad del padecimiento para ser atacado y llevar a cabo un control adecuado es difícil, ya que se ha revisado que influyen: el tipo de personalidad llamado "A", caracterizado por poca tolerancia a la frustración y el tipo de actividad, como: ejecutivos, médicos y profesores, por lo cual el control de dichos pacientes es muy irregular, probablemente por múltiples factores que el paciente presenta, así como un alto grado de estrés y un pobre estilo de vida, aunado a la irregularidad en la toma de su medicamento.

Es factible para un mejor control del paciente con hipertensión la creación de una clínica formada por un equipo multidisciplinario, donde participe un psicólogo, un nutriólogo, trabajadora social y el médico con actitud de servicio como cabeza del equipo de salud.

Lo descrito anteriormente justifica la presente investigación.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el nivel de estrés ocasionado por los factores estresantes de los pacientes con hipertensión arterial esencial del consultorio No. 12 turno matutino del H.G.Z. C/M.F. No. 16 de Torreón, Coahuila.

ESPECÍFICOS:

1. Determinar que niveles en el estilo de vida se encuentran más afectados de acuerdo a estresores a que están expuestos los pacientes con hipertensión arterial esencial del consultorio No. 12 turno matutino del H.G.Z. C/M.F. No. 16.
2. Determinar el grado de stress que presenta el paciente con hipertensión arterial esencial del consultorio No. 12 turno matutino del H.G.Z. C/M.F. No. 16.
3. Determinar si el nivel de estrés es mayor en la mujer que en el hombre.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL O TEÒRICA

¿EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL TIENE UN MEJOR CONTROL DE SU HIPERTENSIÓN ENTRE MENOS ESTRESORES TENGA Y MENOR SEA SU NIVEL DE ESTRÉS?

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel de estrés Indicadores de medida

Zonas de estrés	Nivel de estrés	Puntaje
Zona 1	Nivel peligrosamente pobre de estrés	0 a 48
Zona 2	Nivel bajo de estrés	49 a 72
Zona 3	Nivel normal de estrés	73 a 120
Zona 4	Nivel elevado de estrés	121 a 144
Zona 5	Nivel peligroso de estrés	>145

(tabla 1)

Indicadores de medida

Factores estresantes o estresores: presentes-ausentes

VARIABLE DEPENDIENTE

Control de hipertensión arterial esencial

Indicadores de medida de la hipertensión arterial esencial:

Control: Cifras tensionales $<140/90$ mmHg

Descontrol: Cifras tensionales $\geq 140/90$ mmHg

HIPÓTESIS DE TRABAJO

HIPÓTESIS ALTERNATIVA o H_1

Expresión matemática:

$$A > B$$

¿EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL TIENE UN MEJOR CONTROL DE SU HIPERTENSIÓN ENTRE MENOS ESTRESORES TENGA Y MENOR SEA SU NIVEL DE ESTRÉS?

HIPÓTESIS NULA: (H_0)

EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL TIENE IGUAL CONTROL DE SU HIPERTENSIÓN INDEPENDIENTEMENTE DE LOS ESTRESORES Y EL ESTRÉS QUE TENGA.

Expresión matemática

$$A = B$$

Tamaño de la muestra: 100 pacientes.

Fórmula para poblaciones finita, muestreo sin reemplazo, de acuerdo a Daniel Wayne, (introducción a ciencias de la salud).

$nz2pq$

$(n-1) xz2pq$

Número de muestras; una, integrada por 100 pacientes hipertensos con presencia de estresores , adscritos al consultorio No. 12, turno matutino del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.16

Número de grupos: 2, independientes y mutuamente excluyentes

- Pacientes hipertensas femeninas que acuden a cita mensual de control.
- Pacientes hipertensos masculinos que acuden a cita mensual de control.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio es de tipo prospectivo, por basarse en la relación cronológica entre el inicio del estudio y la observación de las variables de interés y las variables independiente y dependiente ocurren en forma contemporánea al inicio del estudio; es observacional porque solo se observó, describió y analizaron los fenómenos tal y como se dieron; es descriptivo porque solo se describen las variables conforme se fueron presentando sin intervención alguna; es longitudinal por tener más de dos mediciones y la población es analizada a lo largo del tiempo como en este caso que se consideró a los pacientes hipertensos del consultorio No. 12 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16 del Instituto Mexicano de Seguro Social en la Ciudad de Torreón, Coahuila de Enero a Diciembre de 2004; es comparativo porque establece comparaciones y diferencias entre grupos, además permite sugerir asociaciones entre variables como es en el presente estudio en que se comparó a las variables entre sexos y años de evolución.

La muestra no es aleatoria, es de población finita, menor de 5000, el total de la muestra fue de 100 pacientes adultos hipertensos de ambos sexos adscritos al consultorio No. 12 del turno matutino del Hospital general de Zona con Medicina Familiar No. 16 de la Ciudad de Torreón, Coahuila del mes de Enero al mes de diciembre de 2004 y que acudieron a consulta de

control de hipertensión, el muestreo fue sin reemplazo de acuerdo a Daniel Wayne en Introducción a Ciencias de la Salud, nz2pq, (n-1)xz2pq.

El número de grupos fue de 2, independientes y mutuamente excluyentes:

- Pacientes hipertensos masculinos que acuden a control a consulta externa
- Pacientes hipertensas femeninas que acuden a control a consulta externa

Una vez que aceptaron participar en el estudio, se les solicitó el consentimiento de ellos para ingresar al mismo y se firmó por escrito, se anexó al estudio el formato del Instituto Mexicano del Seguro Social y avalado por el comité de ética. (Anexo 1)

Se utilizó un cuestionario previamente diseñado para complementar la información, se tomaron datos generales, considerando como variables sociodemográficas: sexo, edad en años, presencia de enfermedades adyacentes, si lleva a cabo ejercicio o hay sedentarismo presente, estado civil, nivel educativo, ocupación y adicciones. (Anexo 2).

Posteriormente a la recolección de variable sociodemográficas y previo consentimiento informado se les aplicó el cuestionario "FANTASTIC" para valorar el estilo de vida y la relación que tiene con la salud (anexo 3), así como el "Test" Inventario del estrés, ¿Cuánto estrés tengo? (anexo 4)

- Se tomó el peso y talla para análisis del Índice de Masa Corporal de acuerdo a la fórmula:

$$\text{IMC} = T/\text{Peso}^2$$

En cuanto a las variables y la información a recolectar se consideró lo siguiente:

Se diseñó una hoja de recolección para los datos, de la cual se efectuó una prueba piloto en el consultorio siendo evaluada por cinco médicos familiares adscritos a dicha clínica y determinando las características del mismo así como las variables a recolectar lo cual se llevó a cabo por lo menos en dos rondas previas a la aplicación definitiva, quedando estructurada de la siguiente manera: Nombre, Afiliación, Sexo, Edad en años, Ocupación, Escolaridad, Estado civil, Peso, Talla, Actividad física actual, Adicciones, Sexualidad, Presencia de patología adyacente, Tipo de dieta Entrevistador y Fecha de entrevista. (Anexo 2)

Una vez terminada la recolección de la información, se organizó por sexos; posteriormente con el programa SPSS se obtuvieron estadísticos de centralización, media, moda, mediana así como desviación estándar

Como prueba de ensayo de hipótesis se utilizó, z para diferencia de medias y X^2 para 2 grupos independientes y mutuamente excluyentes, con un nivel de confianza de 0.95

El criterio de rechazo de hipótesis de nulidad fue si z experimental mayor de 1.96 y si x_2 experimental fuese mayor de 3.846, el segundo criterio de rechazo de hipótesis nula es, si el nivel de confianza fuese mayor de 0.95 y el nivel de $p < 0.05$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se consideraron los siguientes:

- Pacientes hipertensos mayores de 25 años
- De ambos sexos
- Individuos ambulatorios con diagnóstico de hipertensión,
- Independientemente de la ocupación
- Independientemente de las complicaciones de la enfermedad
- Que Acudan a la consulta externa a control periódico de su hipertensión durante los meses de Enero a Diciembre del año 2004
- Paciente que acepte participar en el estudio y firme la carta de consentimiento informado. (anexo 1)
- Adscritos al consultorio 12 turno matutino del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no.16.

Se consideraron las variables de control y la clasificación correspondiente para factores de riesgo cardiovascular y daño a órgano blanco.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no acepten entrar al estudio,
- Que no acudan a control mensual,
- Extravío de expedientes clínicos

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que cambian de adscripción de clínica
- Pacientes que desertan del estudio
- Pacientes que fallecen, en el transcurso del estudio

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN VALIDADOS.

Como instrumentos para el presente estudio se utilizo: el cuestionario FANTASTIC, Formato que aparece en la revista medica del IMSS del año 2003; volumen 41 creado para ayudar a los médicos de atención primaria a medir estilos de vida de sus pacientes, del cual se anexa. (Anexo 2)

Los estilos de vida se validaron también con el Test Conócete a ti mismo "Inventario del Estrés" para valoración del estrés individual. (Anexo 3)

El Inventario del Stress para la evaluación del stress individual y comprende: Estilo de Vida, Medio Ambiente, Síntomas de Stress, Estresores Laborales (que se refieren a empleo / ocupación), Relaciones Interpersonales y Tipo de

Personalidad, Cada escala se encarga de medir el grado de estrés que maneja la persona y consta cada una de 16 reactivos, con puntajes que van del 0-3, por lo cual el puntaje máximo es de 48 en cada escala y de 288 para el total de la prueba, que se considera peligrosa cuando la puntuación total alcanzada es superior a 144 puntos.

Se aplicaron los Test con sus 6 escalas correspondientes y se calificaron, cada una de ellas, para efectuar la sumatoria de las mismas, el grado de estrés se representa por siguientes zonas:

Zona 1: comprende las personas que obtuvieron como puntaje máximo 48 puntos.

Zona 2: el puntaje de 49 a 72, son aquellas personas de naturaleza tranquila y apacible, clasificada con bajo nivel de estrés, se caracterizan por que se hallan alejadas de riesgos de infarto.

Zona 3: comprende las personas que alcanzan puntajes de 73 a 120, considerada como zona normal del estrés, la mayoría de las personas se encuentran en este nivel y se caracterizan por poseer cierto grado de tensión y alternan con momentos de relajación. Es una zona amplia, cuya puntuación puede estar cerca de los límites de estrés elevado.

Zona 4: comprende aquellas personas que obtienen puntajes entre 121 a 144, se considera zona de estrés elevado. Ellas reciben un aviso claro y contundente de peligro, para prevenir trastornos psicológicos mayores.

Zona 5: corresponde a las persona que alcanzan una puntuación superior a 144 puntos, pertenece a grupos de personas muy estresadas y con múltiples problemas, que requiere atención inmediata, al obtener puntajes superiores

de 120 o valores mayores por lo general han desencadenado ya enfermedades como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Depresión o Ansiedad.

En lo referente a la ética se contemplo y analizó la Declaración de Helsinki que trata de la recomendación para orientar a los médicos que realizan investigación en humanos. La idea de un documento sobre este tema se presentó por primera vez al comité de ética médica (14), y en la 19ª Asamblea Médica Mundial celebrada en 1964, la Asociación Médica Mundial, (AMM) adoptó la Declaración de Helsinki ("Helsinki 1), la cual se define como un conjunto de reglas para orientar a los Médicos en las Investigaciones Clínicas Terapéuticas o no Terapéuticas. En la 29ª Asamblea Mundial, celebrada en 1975. La AMM revisó dicha declaración (Helsinki II) y amplió su campo de aplicación a fin de incluir "La Investigación Biomédica en sujetos humanos".

La versión revisada de la declaración contiene nuevas e importantes disposiciones que prevén que los protocolos experimentales para Investigaciones en sujetos humanos se remitan a un Comité Independiente especialmente designado, para que considere, haga observaciones y proporcione asesoramiento (Artículo 1 y 2), y que dichos protocolos han de contener "Una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y deben indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración".

El Código de Nuremberg y la primera declaración de Helsinki de 1964 han sido sustituidos por la declaración de Helsinki II.

Las presentes normas tienen en cuenta la diferencia que se establece en la Declaración de Helsinki II, entre la Investigación Médica Asociada a la Atención Profesional (Investigación clínica) y la Investigación Biomédica no Terapéutica (No clínica). Su validez es universal.

La declaración requiere que no se utilice sujetos humanos en Investigaciones Médicas, sin que se obtenga su libre Consentimiento Informado, después de haberles indicado debidamente “los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles”.

RESULTADOS

El total de pacientes estudiados fueron 100 casos de los cuales 75 (75%) fueron del sexo femenino y 25 varones (25%), DES con predominio del sexo femenino: χ^2 exp. 25.0. $p < 0.005$

EDAD:

Para el sexo femenino el promedio de edad fue de 58.43+-13.48 en años y para el sexo masculino la media fue de 62.56+-10.57 años de edad.

PESO

Sexo Femenino el promedio fue de 74.53+- 11.56 Kg., para el sexo masculino 80.20+-15.28 Kg.

TALLA: en la Mujer 1,61+-0.07 y en el varón 1.69+-0.07

INDICE DE MASA CORPORAL

Se clasificó en el rango siguiente:

- < 20 IMC desnutrido
- 20 A 25 Sano
- 26 a 30 sobrepeso
- 31 a 40 Obesidad

En el sexo femenino se encontró un paciente con IMC < de 20 (1.33%) y 2 masculinos (8%) en la misma clasificación

Con IMC de 20 a 25, los hallazgos fueron para el sexo femenino 19 casos (25.33%), 4 (16%) del sexo masculino.

Con IMC de 26 a 30, se encontró 34 (45.33%) casos con sobrepeso y 14 (56%) en el sexo masculino.

Con IMC de 31 a 40 clasificados como Obesidad 19 (25.33%) casos en el sexo femenino y 5 (20%) en el sexo masculino.

Con obesidad mórbida es decir IMC > de 41, 2 (2.66%) casos en la mujer, cero casos en los varones.

AÑOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO:

Para el sexo femenino fue de 7.83 +- 4.24 años de evolución, en el sexo masculino el tiempo promedio de evolución fue de 7.88+-4.20. DNS $p > 0.05$.

ASPECTOS METABOLICOS.:

GLUCOSA:

Para el sexo femenino el promedio fue de 96.11+-18.26 mg/dl, en el sexo masculino la media fue 93.20+-10.15 mg/dl, se consideran dentro de los parámetros normales. DNS $p > 0.05$.

COLESTEROL:

Para el sexo femenino el promedio fue de 191.48 +- 38.37, el rango varió de 275 a 98 mg/dl es decir 177 mg/dl

Para el sexo masculino el promedio fue de 215.96 +- 35.80 mg/dl, con un rango de 269 a 160 mg/dl es decir 109 mg/dl

CIFRAS TENSIONALES

Las cifras tensionales captadas en nuestros pacientes se analizaron de acuerdo a la clasificación del The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure – JNC 7, de los EE.UU., por considerar que es la más actual de las tres clasificaciones mencionadas en el marco teórico. Conforme a la siguiente tabla:

Categoría	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Normal	< 120	y	< 80
Prehipertensión	120 – 139	o	80 – 89
Hipertensión:			
-Estadio 1	140 – 159	o	90 – 99
-Estadio 2	Mayor o igual a 160	o	Mayor o igual a 100

* Se clasifican según el valor más alto de la PAS o PAD. (Tabla 2)

Los hallazgos fueron:

Casos Normales:

Sexo femenino 3 (4%), varones 1 (4%).

Prehipertensión:

Sexo femenino 38 (50.67%) casos, varones 8 (32%) casos.

DES X^2 exp. 19.56 $p < 0.05$

Hipertensión:

Estadio 1:

Sexo femenino 27 (36%) casos, varones 12 (48%) casos.

DES con X^2 exp. 5.76 y una $p < 0.05$

Estadio 2:

Sexo femenino 7 (9.33%) casos, varones 4 (16%) casos.

DNS con X^2 exp. de 0.82 y $p > 0.05$.

Los resultados anteriores para un mejor análisis se transformaron en La presión arterial media (PAM) acorde a la siguiente fórmula:

$$\underline{PAM = PD + 1/3 \text{ presión diferencial}}$$

Obteniéndose los resultados de la gráfica No. 6, que a continuación se refieren en la tabla 3:

PRESIÓN ARTERIAL MEDIA EN AMBOS SEXOS

Categoría	MUJERES	HOMBRES
Normal	0	0
Prehipertensión	4	1
Hipertensión:		
-Estadio 1	37	10
-Estadio 2	34	14

(Tabla 3)

De acuerdo a lo anterior y considerando como control de la hipertensión las cifras $<140/90$, tenemos que solo 4 pacientes femeninas (4%) y 1 paciente masculino (1%) están dentro de este parámetro y las 71 (71%) mujeres y 24 (24%) hombres restantes de este estudio no cuentan con un buen control de sus cifras tensionales.

El instrumento de medición aplicado y diseñado por el doctor Raymundo Rodríguez Moctezuma denominado "FANTASTIC" arrojó los siguientes resultados:

En familia y amigos, que se refiere a la comunicación con los demás es honesta, abierta y clara, doy y recibo afecto obtengo el apoyo moral que necesito que tiene un valor de 12 puntos. Obtuvo un promedio de 9.95 ± 2.29 en el sexo femenino, en el sexo masculino obtuvo un promedio de 9.84 ± 2.33 .

Actividad, donde se valora el ejercicio activo 30 min. (Correr, andar en bicicleta, etc.), relajación y disfrute del tiempo libre con un total de 8 puntos a evaluar obteniendo un promedio de 5.35 ± 2.54 en el sexo femenino, en el sexo masculino 5.72 ± 2.66 .

Nutrición, se refiere a la alimentación balanceada, desayuna diariamente, exceso de azúcar, sal, grasa animal, comida chatarra y peso ideal con un total de 16 puntos a evaluar obteniéndose un promedio de 11.61 ± 3.39 en el sexo femenino y en el sexo masculino de 12.92 ± 2.76 .

Tabaco y toxinas, valúa el consumo de tabaco, abuso de drogas prescritas y sin prescribir, café, te, refresco de cola con un total de 12 puntos obteniéndose un promedio en el sexo femenino de 10.80 +- 1.44 y en el sexo masculino es de 10.60 +- 2.32.

Alcohol, evalúa el promedio de consumo a la semana, bebe alcohol y maneja con un total de 8 puntos con un promedio en el sexo masculino de 7.60 +- 0.94 y en el sexo femenino de 7.72 +- 1.15.

Sueño, cinturón de seguridad y estrés que valúa si la persona duerme de 7 a 9 horas por noche, con que frecuencia usa el cinturón de seguridad y eventos importantes de estrés el año pasado con un valor de 12 puntos y un promedio de 9.40 +- 1.97 en el sexo femenino y en el sexo masculino 9.80 +- 1.74

Tipo de personalidad, que valúa sensación de urgencia o impaciencia, competitividad y agresividad, sentimientos de ira y hostilidad con un valor de 12 puntos con un promedio en el sexo femenino de 8.99 +- 2.45 y en el sexo masculino con un promedio de 9.68 +- 2.29.

Interior, que evalúa el pensamiento de manera positiva, ansiedad preocupación y depresión con un total de 12 puntos y en el sexo femenino se obtuvo un promedio de 9.01 +- 2.85 y en el sexo masculino 9.68 +- 2.68.

Carrera, (trabajo, labores del hogar, etc.) que valora la satisfacción en el trabajo o labores que desempeñan, buenas relaciones con quienes lo rodean con un valor de 8 puntos en el sexo femenino obtuvo un promedio de 6.72 +- 1.62 y en el sexo masculino 6.44 +- 1.90. Obteniendo en promedio el puntaje

total de 81.40 +- 16.28 para el sexo masculino y para el sexo femenino de 77.41 +- 14.83.

(Gráfica 9 y tabla 4)

El resultado del estudio "FANTASTIC" es el siguiente:

PUNTAJE	HOMBRES	MUJERES
85 – 100 (excelente)	16	29
70 – 84 (bueno)	3	25
60 – 69 (regular)	2	8
40 – 59 (malo)	4	13
– 39 (peligro)	0	0

(Tabla 4)

INVENTARIO DEL ESTRÉS, PARA VALORACIÓN DE STRESS INDIVIDUAL

De acuerdo a Zonas y por sexos los hallazgos fueron:

Zona 1. Pacientes que se encontraran entre 0 a 48 sus puntajes, donde se registraron 2 (2.67%) casos en el sexo femenino y 2 (8%) casos en el sexo masculino.

Zona 2. Pacientes con puntajes de 49 a 72 unidades: Femenino 9 (12%) casos, masculino 5 (20%) casos.

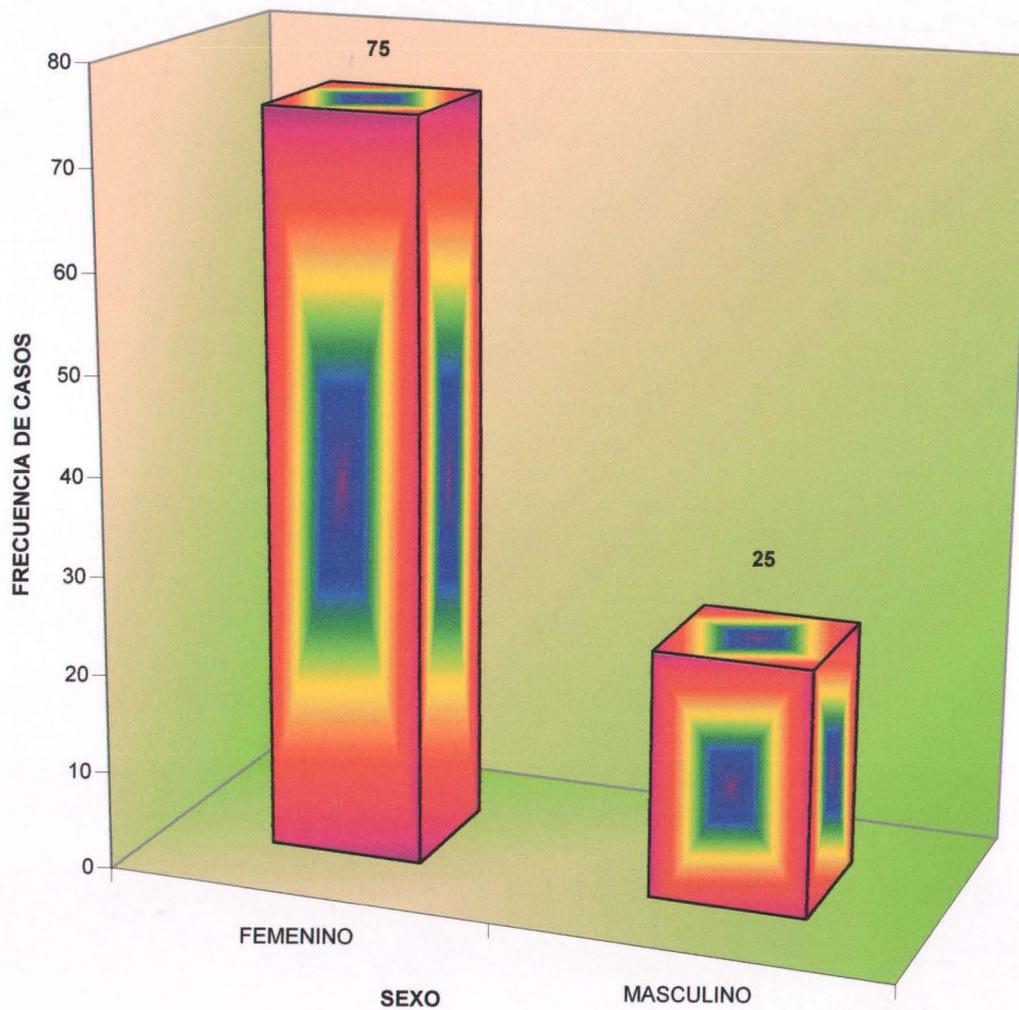
Zona 3. Pacientes que obtengan puntajes de 73 a 120, en el sexo femenino se presentaron 25 (33.33) casos y en los varones 11 (44%) casos.

Zona 4. Pacientes con puntajes de 121 a 144, se presentaron 9 (12%) casos, ningún caso en los varones. DES $P < 0.05$

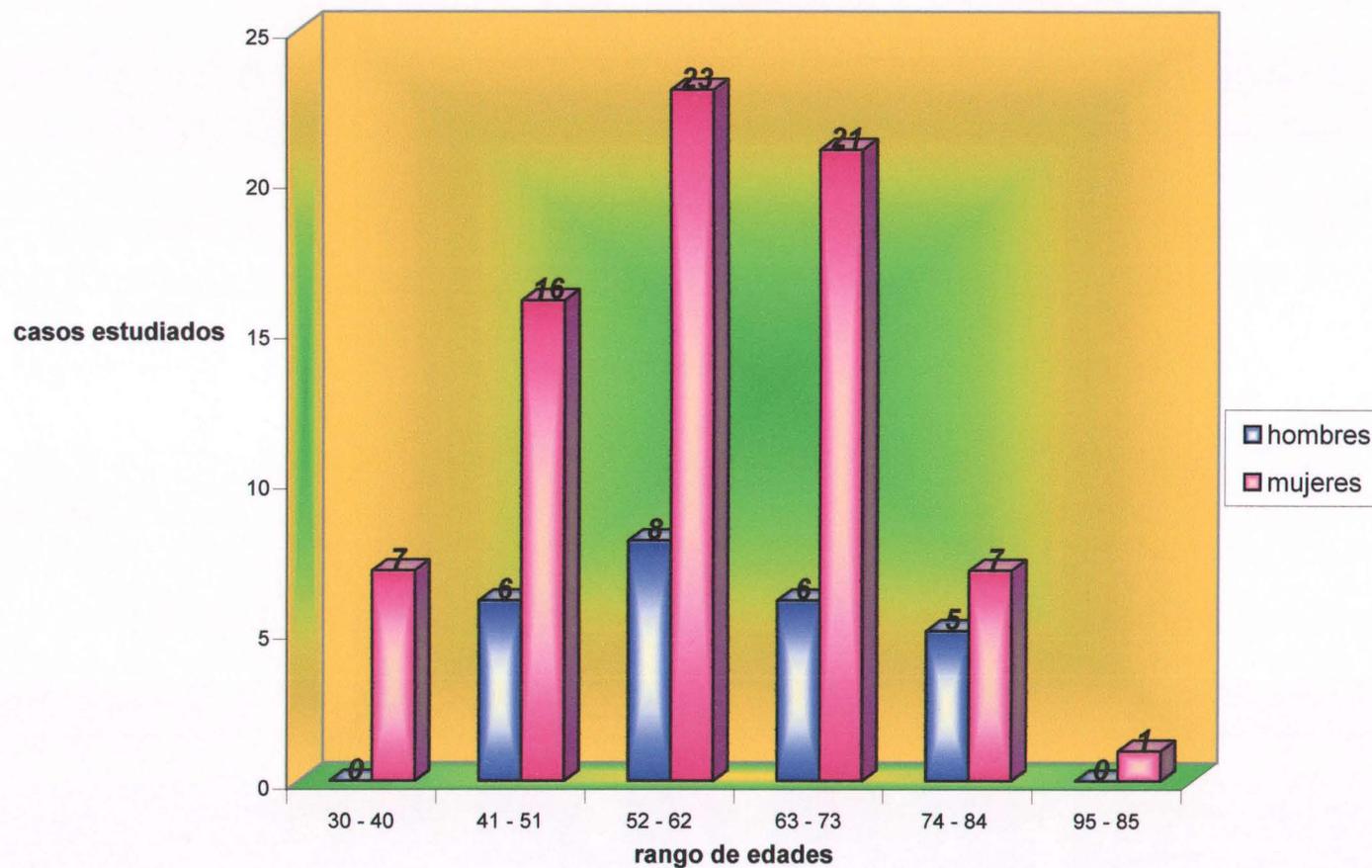
Zona 5. Pacientes con puntajes mayores de 145, en la mujer se registraron 30 (40%) casos y en los varones 7 (28%) casos.

DES con X^2 exp. 14.29 y $p < 0.05$, predominan significativamente las mujeres con manejo de alto grado de stress. (Grafica 10)

POBLACION DE HIPERTENSOS POR SEXO

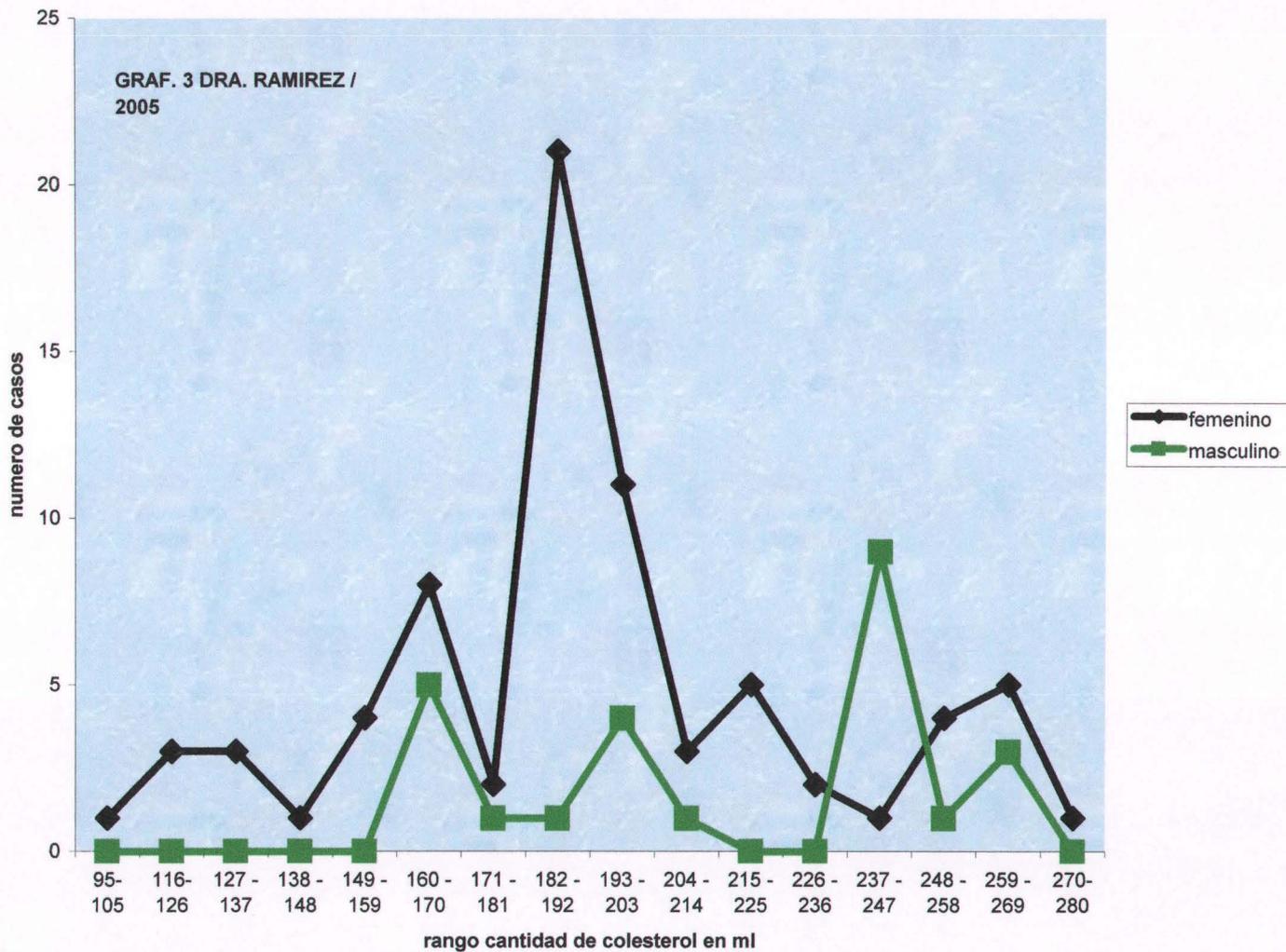


EDAD (AMBOS SEXOS)

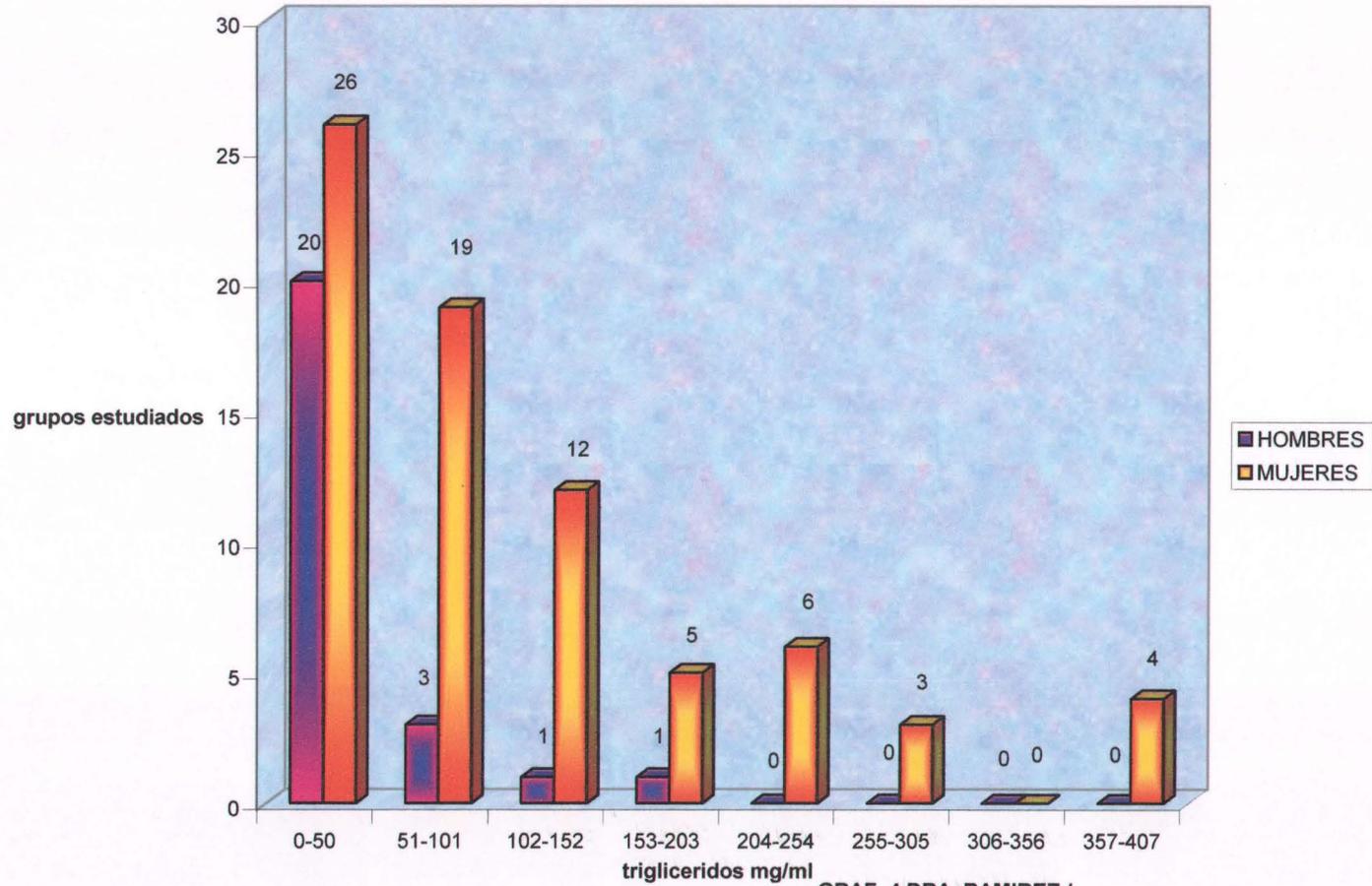


GRAF. 2 DRA.
CAMBES / 2005

COLESTEROL (AMBOS SEXOS)

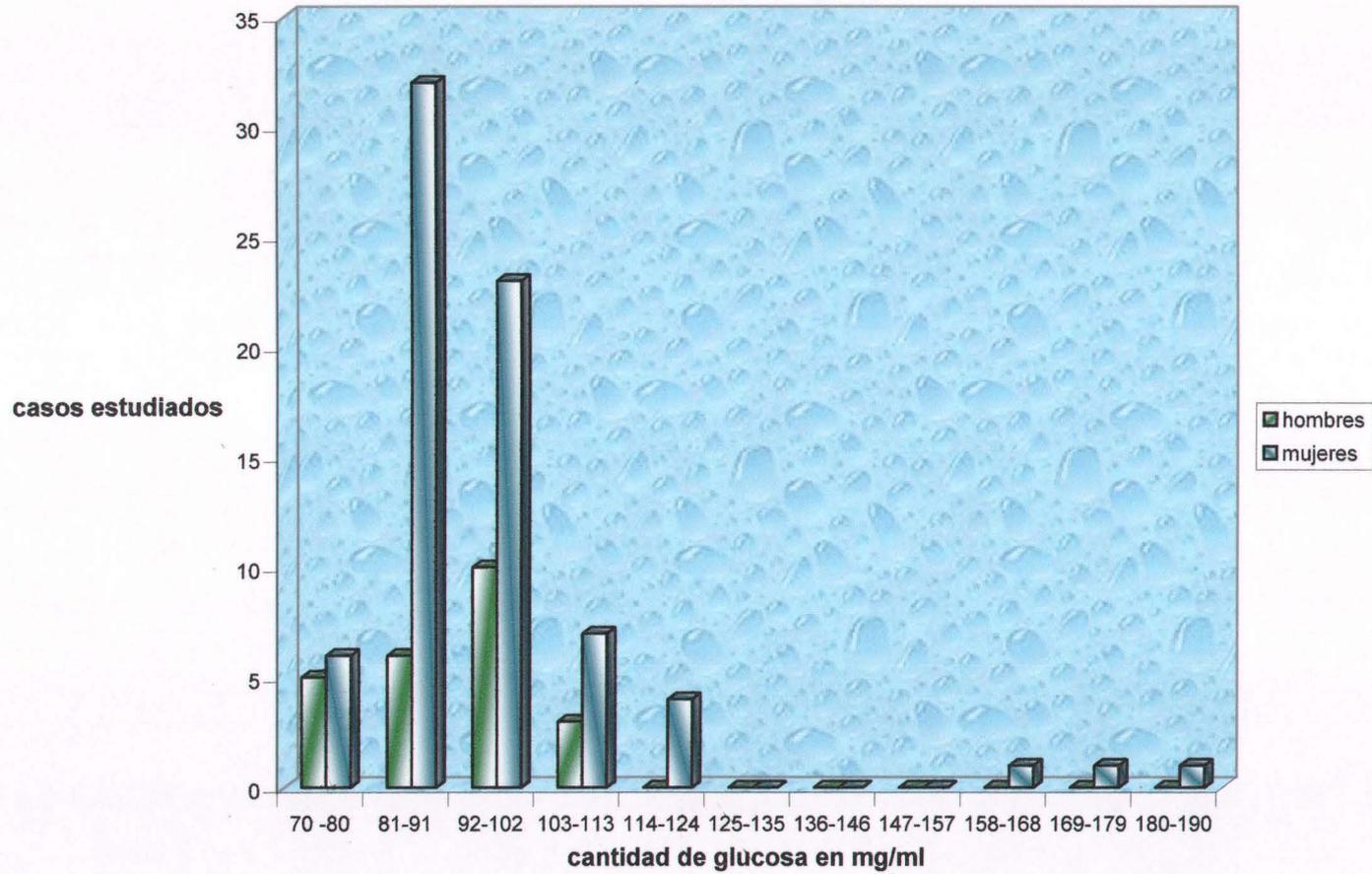


TRIGLICERIDOS (AMBOS SEXOS)



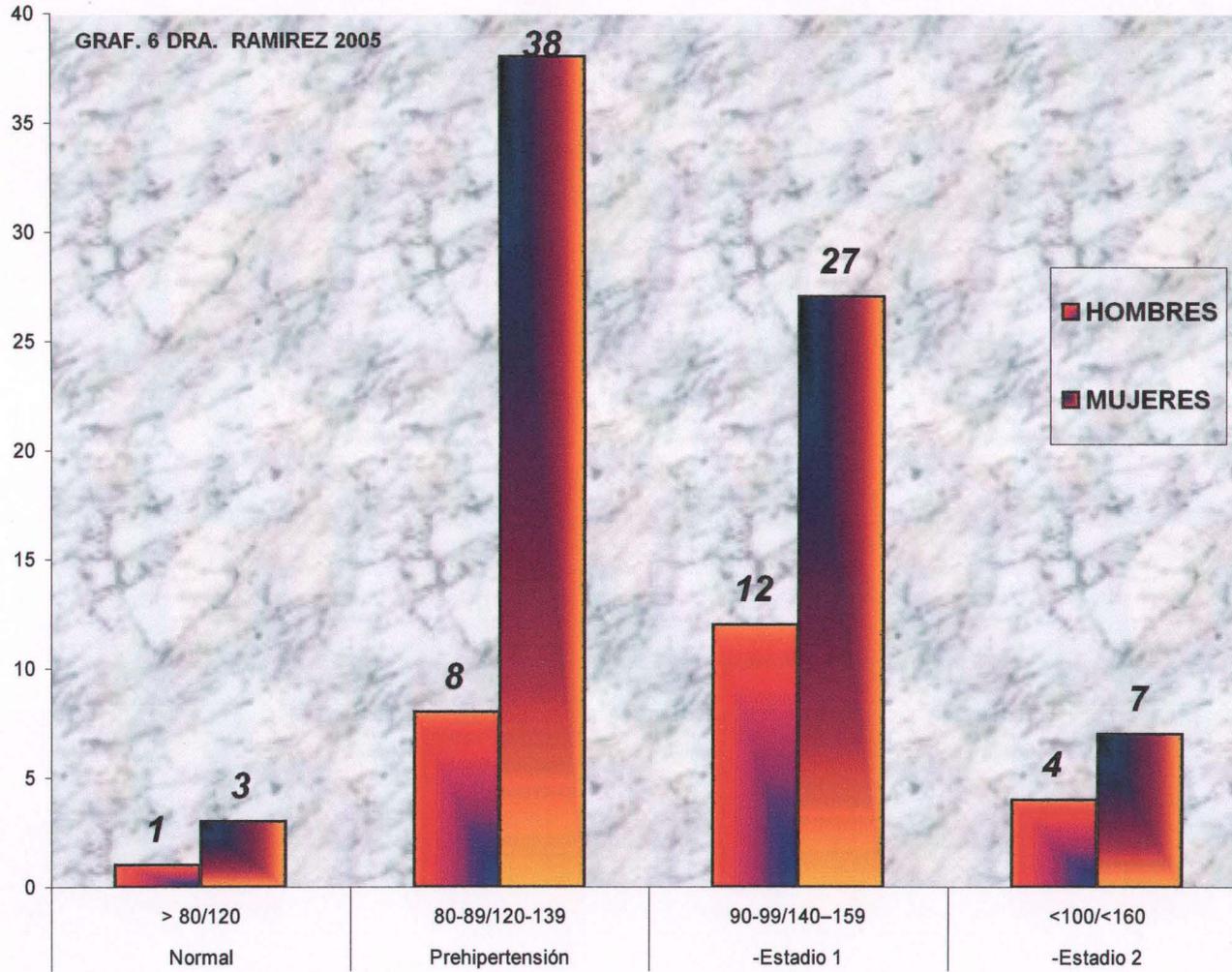
GRAF. 4 DRA. RAMIREZ /

GLUCOSA (AMBOS SEXOS)



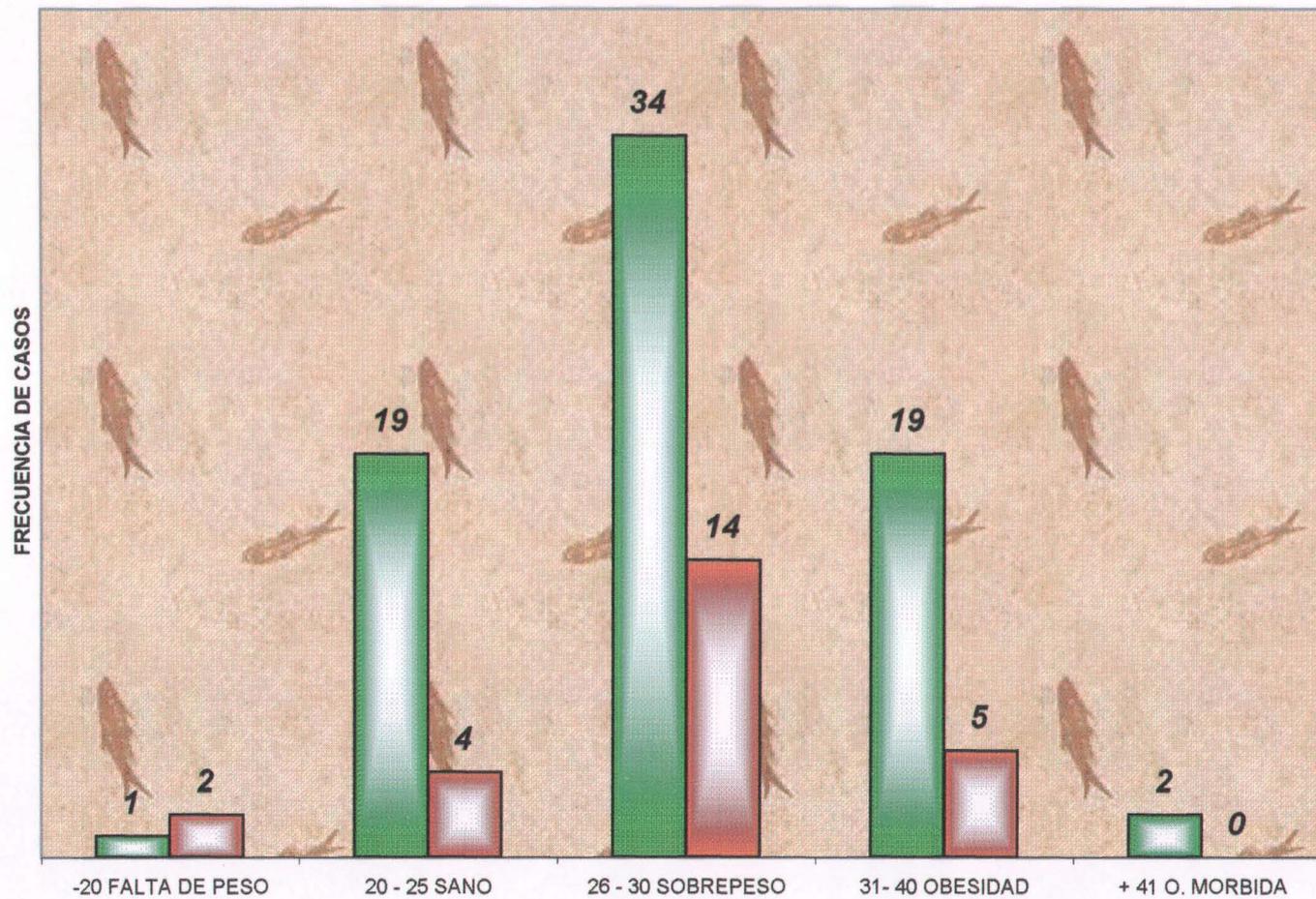
GRAF. 5 DRA. RAMIREZ / 2005

PRESION ARTERIAL MEDIA



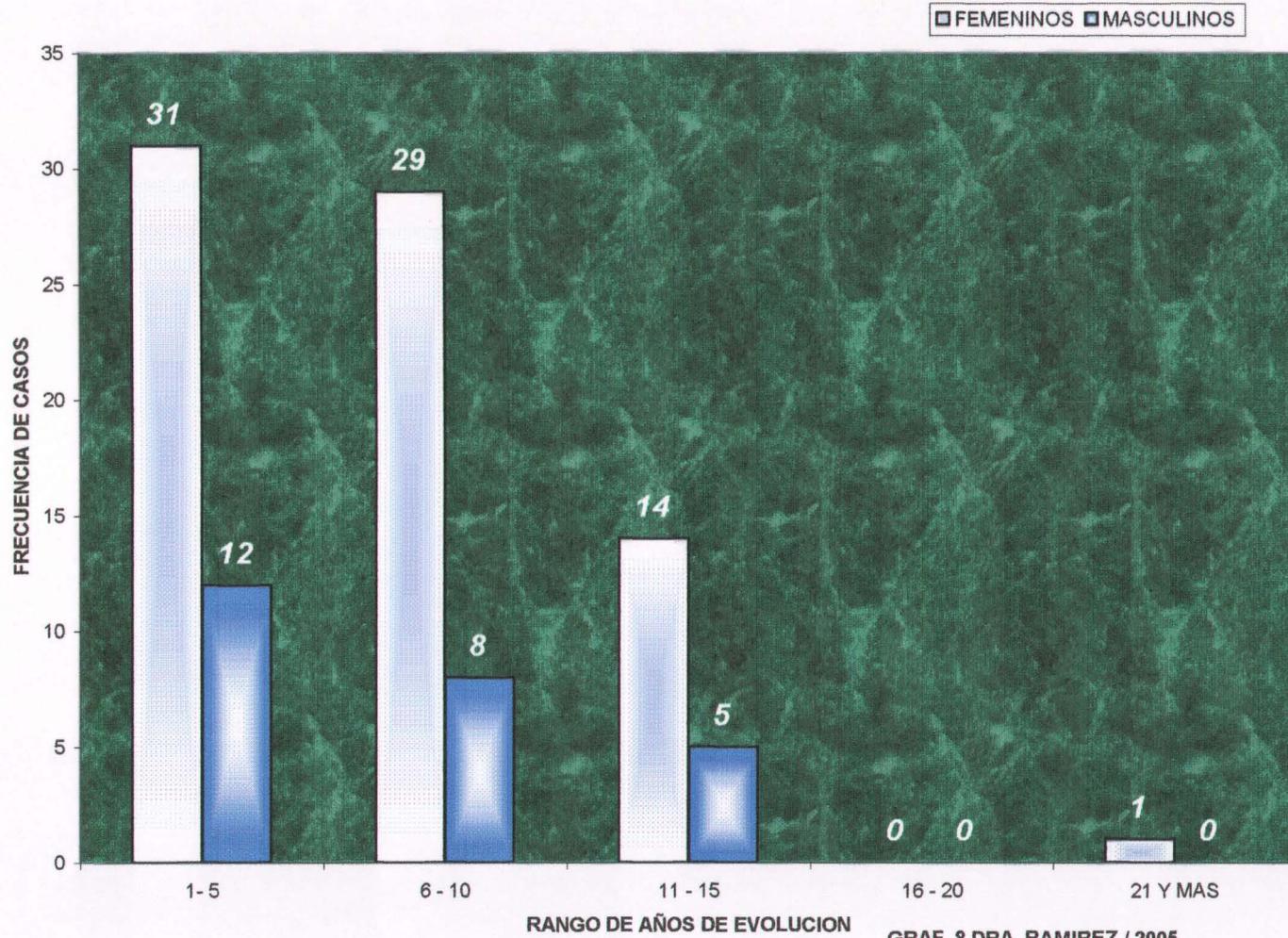
IMC EN PACIENTES HIPERTENSOS

■ FEMENINO ■ MASCULINO

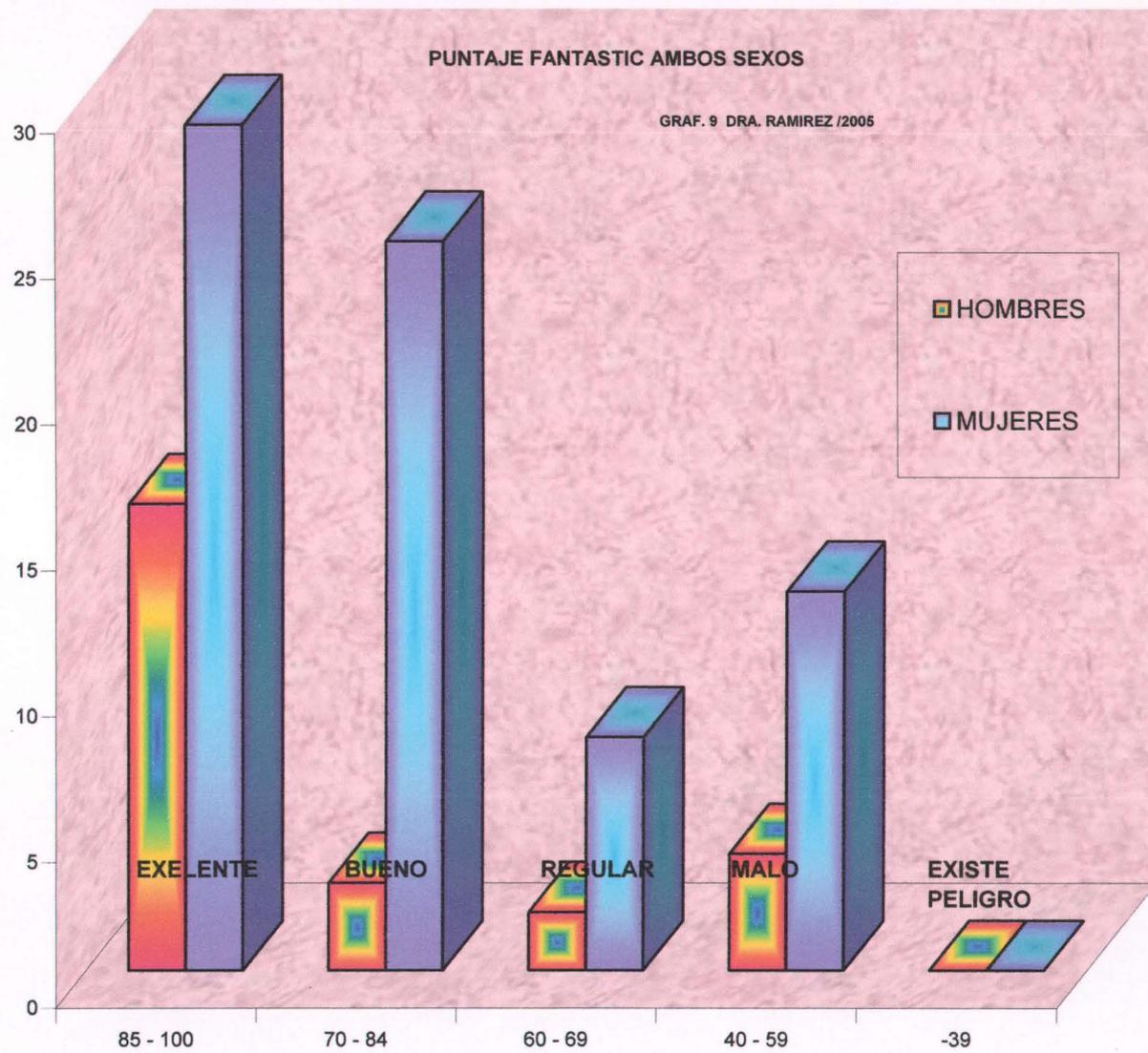


RANGO DE IMC GRAF. 7 DRA. RAMIREZ / 2005

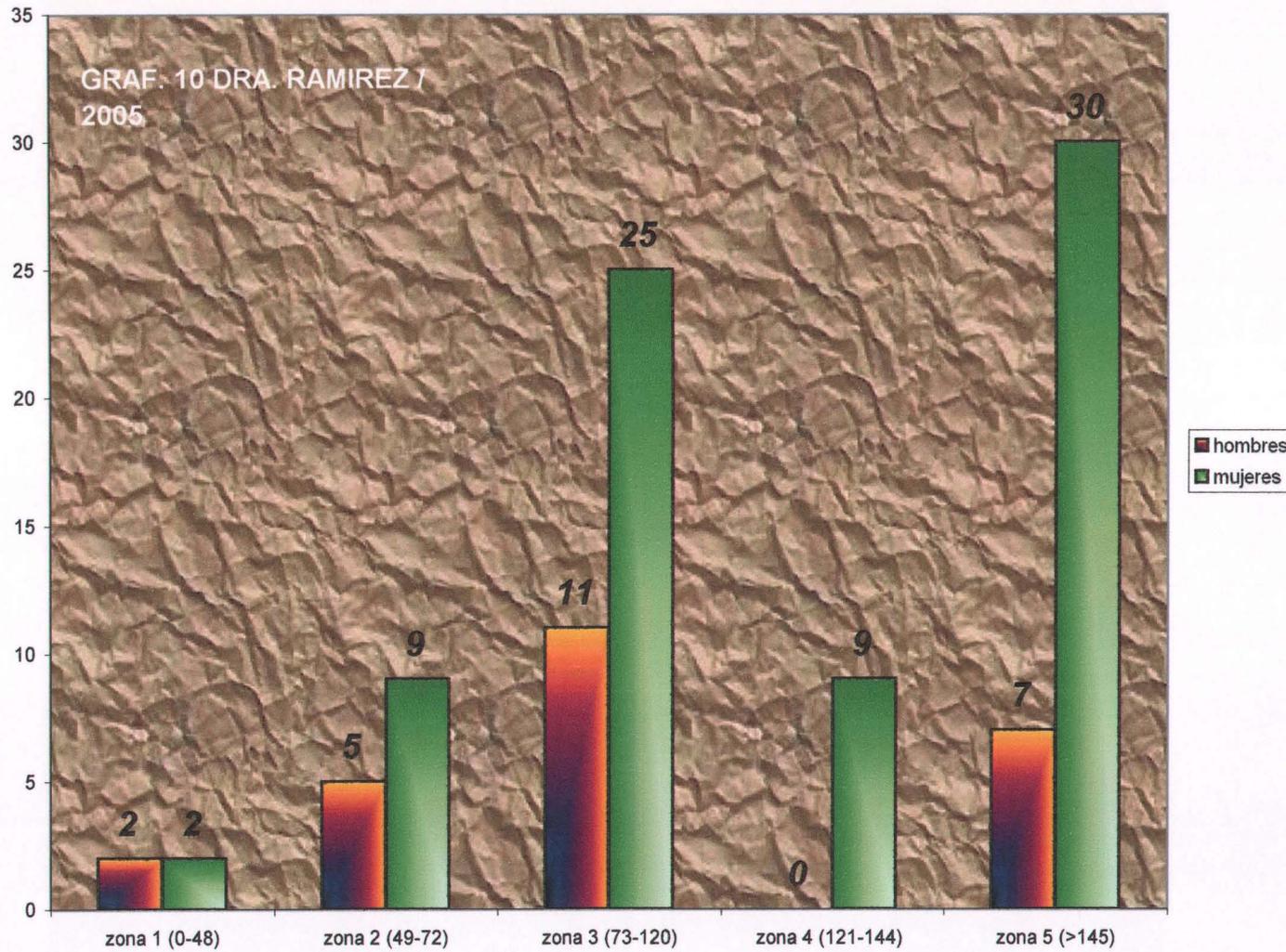
AÑOS DE EVOLUCION EN AMBOS SEXOS CON HTA



GRAF. 8 DRA. RAMIREZ / 2005



GRAFICA DE INVENTARIO DEL ESTRES (AMBOS SEXOS)



DISCUSIÓN

Hans Seyle propuso, hace más de medio siglo, que las enfermedades tienen al stress como causa común y los efectos del mismo se manifiestan a través del desarrollo de enfermedades orgánicas, como la Hipertensión Arterial, sobre todo en profesiones de alto grado de stress, como médicos, profesores, ejecutivos, y personal con trato al público, esto lo demuestra la Investigación efectuada. Encontramos 39 mujeres con alto grado de stress, incluidas en la zona 4 y 5, dichas zonas se caracterizan por estrés elevado, frecuencia alta de ansiedad y depresión, problemas digestivos y circulatorios.

Es relevante notar que es menor el numero de varones que presentan elevado grado de stress, en nuestro estudio solo 7 casos. Debemos aclarar que es mayor el número de mujeres que acuden a consulta para control de su hipertensión que varones, en nuestro estudio la relación fue 3 a 1 y algunos autores afirman que la hipertensión arterial esencial se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre. Semejante a los hallazgos de Banegas J, en su estudio "Epidemiología de la hipertensión arterial en España", en el año de 1999.

Dentro del panorama epidemiológico de las enfermedades, que demandan consulta en el primer nivel de atención y donde se otorgan por año mas de sesenta y siete millones de consultas al derechohabiente, los motivos de

demanda incluyen entre sus primeras veinte causas la hipertensión arterial (11%) y la diabetes mellitus tipo II (9%). Resultados semejantes se han encontrado en otros países como España y Cuba, acorde a los artículos: "Hipertensión arterial y estrés, Una experiencia" de la Tte. Coronel Dra. Teresa González Valdéz del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto".

Los grupos que acuden con mayor frecuencia a consulta y clasificados por edad son las mujeres de veinte a cincuenta y nueve años (38%) seguidos por adultos mayores (22%) y varones de veinte a cincuenta y nueve años (17%). Congruente con el estudio efectuado, donde el número de mujeres con hipertensión que ingresaron fue de 75 casos y solo 25 varones.

Este perfil requiere que la institución se prepare y organice para hacer frente a un patrón de demanda diferente al de hace una década ya que es complejo y alto en costos por la cronicidad de los padecimientos y complicaciones inherentes, según fuente: sistema de población y servicios médicos otorgados (SUI 10) publicado en Rev. Med. IMSS 2003; vol 41 (5): pp 441-448. En el estudio efectuado con cien pacientes predominó el sexo femenino con un 75%, lo que es congruente al estudio publicado.

Dentro del panorama epidemiológico de las enfermedades que demandan consulta en el primer nivel de atención y donde se otorgan por año mas de sesenta y siete millones de atención al derechohabiente, los motivos de

demanda incluye entre sus primeras veinte causas problemas respiratorios (16%), hipertensión arterial (11%) y diabetes mellitus tipo II (9%).

Conforme las relaciones humanas y laborales se desarrollan y tecnología avanza, el stress se hace presente y se convierte en un disparador de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II entre otras enfermedades como la depresión, obesidad y síndromes de ansiedad generalizada. Acorde a los resultados que se obtuvieron con la aplicación del test FANTASTIC utilizado.

La vida moderna se asocia con estrés y aumento de actividades, lo que resta tiempo a la vida familiar y aumenta la ingesta de comida rápida, la cual contiene gran cantidad de conservadores y de sodio en particular, así observamos en nuestra población, aparición de casos de hipertensión arterial en pacientes cada vez más jóvenes, y presas de un gran sedentarismo que fomenta el sobrepeso y la obesidad, así como las toxicomanías, como el cigarro y la ingesta de alcohol. En el estudio efectuado con 100 pacientes hipertensos de la consulta externa en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.16, predominaron en forma significativa las mujeres sobre los varones, al igual que se menciona en la literatura.

CONCLUSIONES:

Considerando que la hipertensión arterial afecta al 25 % de la población de la edad adulta y su proporción aumenta conforme se incrementa la edad ya que los individuos de 65 a 75 años el 50% la padece y entre los mayores de 75 su frecuencia es del 75%, datos acordes a los resultados del presente estudio realizado en 100 pacientes con hipertensión arterial esencial ya que se encontró que el número de casos es mayor en el sexo femenino en un total de 75 (75%), de la consulta externa de medicina familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.16, y la cifra más alta que predominó en el sexo femenino fue de 150/100 y en el sexo masculino de 140/100.

De los pacientes estudiados 47 de los pacientes se encontraron en el estadio 1 entre 90 y 99 y 48 pacientes en el estadio 2 que es mayor de 100 en la Presión Arterial Media, siendo en estos predominante el sexo femenino.

Considerando que los factores de riesgo que están implicados para el desarrollo de enfermedad cardiovascular que es una de las principales causas de muerte en el mundo y entre ellos se encuentra la hipertensión arterial esencial, y que la morbilidad de la hipertensión arterial esencial es alta en nuestro país y que en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16, es la segunda causa de consulta representando un 14.93% de la población demandante con un total de 23,270 consultas

durante 2003, se considera de gran magnitud, y trascendencia ya que el problema del paciente con hipertensión arterial esencial es que la mayor parte de las veces cursa asintomático y el paciente desconoce su enfermedad, siendo los daños a los órganos blanco irreversibles y que pueden llevarlo a la muerte.

El control del paciente hipertenso es muy irregular, probablemente por los múltiples factores que presenta, así como un alto grado de estrés y un pobre estilo de vida, aunado a la irregularidad en la toma de su medicamento, pero creo que es factible para un mejor control del paciente con hipertensión en la población del consultorio No. 12 del turno matutino donde se llevó a cabo el presente estudio promover la educación del paciente hipertenso para modificar su estilo de vida actual, incidiendo en los factores que predisponen a estrés como serían sedentarismo, tabaquismo, obesidad, ocupación, y relaciones familiares e interpersonales y lograr un mejor control de sus cifras tensionales.

En la población del consultorio No. 12 del turno matutino donde se llevó a cabo el presente estudio se considera necesario promover la educación del paciente hipertenso para modificar su estilo de vida actual, desde que se diagnostica un paciente hipertenso, hasta que llegamos a darnos cuenta de que podemos ofrecerle cambios en su estilo de vida para mejor control de sus cifras tensionales incidiendo en los factores que predisponen a estrés como serían sedentarismo, tabaquismo, obesidad, ocupación, y relaciones familiares e interpersonales.

Finalmente consideramos que el presente estudio tiene limitaciones por la población seleccionada y sus resultados solo son aplicables a ella ya que no pueden extrapolarse a poblaciones con otras características, siendo necesario continuar en la búsqueda de mejores abordajes para el estudio y control del paciente con hipertensión arterial esencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Santana Ga. et al. Descontrol de Paciente Hipotenso e Incumplimiento del Tratamiento. Farmacológico. Rev. Med. IMSS vol 39. 2001. No.6.pp. 523-28.
2. Wilson Dm. Ciliska D. Life-Syle Assessment; Development and use of the Fantastisc Checklist can pam. Physician 1984; vol.30: pp 1527-1532.
3. Melgosa JS. Sin Stress. cap.1 Qué es el Stress? Ed, Interamericana. 1ª ed.2003. Asoc. Publicadora Interamericana Méx. pp. 15-22. pp94-96.
4. Díaz M. La Sexualidad en las Enfermedades Crónicas. Antología de la Sexualidad Humana, tomo III. Ed. Porrúa. México.1998 pp. 595-621.
5. Tte. Cor. González V. T. y col. Hipertensión Arterial y Estrés: una Experiencia. Hipertensión; Stress;Morbidity;Life Style; behavioral medicine rev.cubana med.milit.2000; pp 26-29
6. Pierrot M, R. y R. Rubin, Diabetes y Calidad de Vida: para el médico 2000.Vol.25 pp. 585-590
7. Proyecto de Norma Oficial Mexicana Proy-Nom-030-SSA2-1999.Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. rev. med. IMSS Vol. 39.no.1 ene-feb.2001 pp. 67-88
8. Bumental J.A. Jiang W,Babyak M.A. et al.Stress Management and Ascercise Training in Cardiac Patients with Myocardial Ischemia;

- Effects on Prognosis and Evaluation of Mechanismos. Arch.Intern Med. vol 157: pp 2213-2223. 1998.
9. McClelland DC. Inhibited Power Motivation and High Blood Pressure in Men. J. Abnorm Psychol. 8:pp 182-190, 1989.
 10. Nash, W. At Easy with Stress. The aproach of wholeness. London: darton, longman and todd, 1998.
 11. Kane R. L. M. D. Estrés y Depresión en la Tercera Edad. Geriatria Clínica. ed. 4ª. Editorial Mc Graw Hill. México 2000. pp. 139–273.
 12. González A. B.; Amigo I. O.; Manejo del Estrés y Reactividad Cardiovascular en Pacientes con Estresores. Universidad de Oviedo Congreso Ibero. pp. 1,2.
 13. Cordies JL. Hipertensión Arterial en el Anciano. Acta Médica 1997, 7(1):pp. 133-143.
 14. Declaración de Helsinki.
 15. Prevalencia y Factores de Riesgo, Asociados a Complicaciones Vasculares en Pacientes con Diabetes Mellitus no Insulino-Dependiente. rev. med. IMSS 1997; 2: pp. 19-23
 16. Harris M.L. Medical Care for Patients With Diabetes.Epidemiology Aspects. Ann Intern Med: 1996; 124: pp. 117-122.
 17. Rodríguez M. M, Guerrero-Romero J. L. “Importancia del Apoyo Familiar” en el control de la glucemia. Salud Pública Méx. 1997; 39: 44-4.
 18. Rodríguez R. M. López C J. M. Munguía mc, Validez y Consistencia del Instrumento Fantastic “Para Medir Estilo de Vida en Diabéticos”.

- Rev. Med IMSS 2003. 41(3) pp.211-220.
19. http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/hta.htm European Society of Cardiology: "Directrices para el Tratamiento de la Hipertensión" 2003. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention.
 20. Jama. Revisiones Bibliográficas para el Médico General .Dic de 1997 Programa nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General. Academia Nacional de Medicina 1996;VOL.2.NUM.10
 21. Muller J.E. Et al Circadian Variation and Triggers of Onset of Acute Cardiovascular Disease. Circulation 1999, pp.79:733
 22. Spierlberg C. D. Moscoso D. Reacciones Emocionales del Estrés, Ansiedad y Cólera. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana 1996; 14:pp.59-66.
 23. Carretero O. A., Oparil S. Essential Hipertensión, Part I: Definition and Etiology Circulation 2000:101:pp.329-335
 24. Pastor Torres L. F. et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la Valoración del Riesgo Quirúrgico del Paciente Cardiópata Sometido a Cirugía no Cardíaca. Rev.Esp.Card. 2001,54:pp.186-193.
 25. Abellan A. J., Hipertensión en el Anciano. Hipertensión 2001.18(2)pp.78-84.
 26. Salivan N. J. Hipertensión Arterial en Pacientes Mayores de 85 años; Hipertensión 2000;17:pp.208-217.
 27. Delgado V. M. Fisiopatología de la hipertensión Arterial "Folleto Complementario" Universidad de la Habana, Cuba

2004:mdelgado@finlay.cmw.sld.cu.

28. <http://escuela.med.poc./paginas/cursos/servicio/program/clasesenfer/opotq.D.C>

ANEXOS

ANEXO (1)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "ESTRESORES Y NIVEL DE ESTRÉS EN EL PACIENTE
HIPERTENSO"

Yo _____ reconozco que me han informado sobre los beneficios que representan para el mejoramiento de la atención médica el permitir que se me apliquen los "Test": "FANTASTIC" y "CUÁNTO ESTRÉS TENGO" por el médico familiar y que en la elección de los mismos se han considerado mis expectativas personales y mi condición de salud actual.

Por lo que declaro que se me informó lo siguiente:

- 1.- Existen diversos métodos de investigación del quehacer diario de mi médico familiar.
- 2.- La aplicación de los "Test" en mi consulta, son con fines de investigación educativa.
- 3.- El proyecto de Investigación actual por mi médico familiar repercutirá en la mejora continua del proceso de atención médica.
- 4.- Que si al termino de mi consulta existiera de mi parte alguna inconveniencia en cuanto al proceso en sí, en ese momento se me permitirá retractarme en cuanto a que los "Test" que se me aplicaron sean utilizados, por lo que se destruirán en mi presencia.
- 5.- Que he comprendido todas y cada una de las posibles molestias o efectos que se puedan ocasionar durante el presente evento.
- 6.- Que tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique.
- 7.- Que es mi decisión, libre, consciente e informada aceptar que:

ME SEAN APLICADOS LOS "TEST": "FANTASTIC" Y "CUANTO ESTRÉS TENGO", POR MI MÉDICO FAMILIAR Y QUE SEAN UTILIZADOS CON FINES DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA COMO SE ME INFORMO.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia de mi médico familiar, mis familiares, la asistente médica y sin haber estado sujeto(a) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha: _____, Coah., a los ____ días del mes de _____ de 20____.

Unidad Médica de Adscripción: _____.

Nombre y firma (o huella digital) del paciente.

Nombre, firma y matrícula del médico tratante

Nombre, firma y matrícula de la asistente del médico

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

ANEXO (2)

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES:

-ESTA HOJA ES IMPORTANTE PARA SU ATENCIÓN.

-LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y SERÁ ÚTIL PARA AYUDAR A CONSERVAR O RESTABLECER LA SALUD DE USTED Y SU FAMILIA.

- NOMBRE _____.

- AFILIACIÓN _____ . SEXO _____.

- EDAD EN AÑOS _____ . OCUPACIÓN _____.

- ESCOLARIDAD _____ . ESTADO CIVIL _____.

- PESO _____ . TALLA _____.

- ¿REALIZA EJERCICIO FÍSICO CON REGULARIDAD? SÍ _____ NO _____

- ¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO Y CON QUÉ FRECUENCIA?

- ¿TIENE ALGUNA ADICCIÓN? SÍ _____ NO _____ ¿CUAL? _____.

- ¿QUE DETECCIÓNES SE LE HAN EFECTUADO DURANTE SUS CONSULTAS?

- ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN?, SOBRE:

- ACTIVIDAD FÍSICA _____ , NUTRICIÓN _____ , SEXUALIDAD _____ ,

- ¿TIENE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD ACTUALMENTE? SI _____ NO _____

¿CUÁL? _____.

- TIPO DE DIETA _____.

- ENTREVISTADOR _____.

- FECHA DE ENTREVISTA: DÍA _____ . MES _____ . AÑO _____.

el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes. Le solicitamos responder todas las preguntas

F amilia y amigos	La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
	Doy y recibo afecto	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
	Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
A ctividad	Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido, etc.)	4 veces o más a la semana	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez	Nunca	
	Relajación y disfrute de tiempo libre	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Casi nunca	
N utrición	Alimentación balanceada	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
	Desayuna diariamente	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
	Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario	
	Peso ideal	Sobrepeso hasta de 2 kg	Sobrepeso hasta de 4 kg	Sobrepeso hasta de 6 kg	Sobrepeso hasta de 8 kg	Sobrepeso mayor a 8 kg	
T abaco y toxinas	Consumo de tabaco	Ninguno en los últimos 5 años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana	
	Abuso de drogas: prescritas y sin prescribir	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario	
	Café, té, refresco de cola	Nunca	1 o 2 al día	3 a 6 al día	7 a 10 al día	Más de 10 al día	
A lcohol	Promedio de consumo a la semana	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 20 bebidas	Más de 20	
	Bebe alcohol y maneja	Nunca	Casi nunca	Sólo ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuentemente	
S ueño, cinturón de seguridad, estrés	Duerme 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
	Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca	
	Eventos importantes de estrés el año pasado	Ninguno	1	2 o 3	4 o 5	Más de 5	
T ipo de personalidad	Sensación de urgencia o impaciencia	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	
	Competitividad y agresividad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	
	Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	
I nterior	Piensa de manera positiva	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca	
	Ansiedad, preocupación	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	
	Depresión	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	
C arrera (trabajo, labores del hogar, etc.)	Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
	Buenas relaciones con quienes le rodean	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca	
Total							

TEST

Inventario del estrés

¿Cuanto estrés tengo?

1. ESTILO DE VIDA	N	CN	F	CS
1. Duermo un número de horas adecuado a mis necesidades	3	2	1	0
2. Como a lloras fijas	3	2	1	0
3. Cuando estoy nervioso tomo tranquilizantes	0	1	2	3
4. Para ocupar mi tiempo libre veo la televisión o el vídeo	0	1	2	3
5. Hago ejercicio físico de forma regular	3	2	1	0
6. Como con prisa	0	1	2	3
7. De los alimentos ricos en colesterol (huevos, hígado, queso, helados) como cuanto me apetece	0	1	2	3
8. Consumo frutas y verduras abundantemente	3	2	1	0
9. Bebo agua fuera de las comidas	3	2	1	0
10. Como entre, horas	0	1	2	3
11. Desayuno abundantemente	3	2	1	0
12. Ceno poco	3	2	1	0
13. Fumo	0	1	2	3
14. Tomo bebidas alcohólicas	0	1	2	3
15. En mi tiempo libre busco la naturaleza y el aire puro	3	2	1	0
16. Practico un "hobby o afición que me relaja	3	2	1	0
Total ESTILO DE VIDA	<hr/>			

2. AMBIENTE	N	CN	F	CS
17. Mi familia es bastante ruidosa	0	1	2	3
18. Siento que necesito más espacio en mi casa	0	1	2	3
19. Todas mis cosas están en su sitio	3	2	1	0
20. Disfruto de la atmósfera hogareña.	3	2	1	0
21. Mis vecinos son escandalosos	3	2	1	0
22. Suele haber mucha gente en la zona donde vivo	0	1	2	3
23. Mi casa está limpia y ordenada	0	1	2	3
24. En mi casa me relajo con tranquilidad	3	2	1	0
25. Mi dormitorio se me hace pequeño	0	1	2	3
26. Siento como si viviésemos muchos bajo el mismo techo	0	1	2	3
27. Cuando contemplo la decoración de mi casa me siento satisfecho/a	3	2	1	0
28. Considero mi casa lo suficientemente amplia para nuestras necesidades	3	2	1	0
29. En mi barrio hay olores desagradables	0	1	2	3
30. La zona donde vivo es bastante ruidosa	0	1	2	3
31. El aire de mi localidad es puro y limpio	3	2	1	0
32. Las calles y los jardines de mi barrio están limpios y cuidados	3	2	1	0

Total AMBIENTE

3. SÍNTOMAS	N	CN	F	CS
33. Sufro de dolores de cabeza	0	1	2	3
34. Tengo dolores abdominales	0	1	2	3
35. Hago bien las digestiones	3	2	1	0
36. Voy regularmente de vientre	3	2	1	0
37. Me molesta la zona lumbar	0	1	2	3
38. Tengo taquicardias	0	1	2	3
39. Estoy libre de alergias	3	2	1	0
40. Tengo sensaciones de ahogo	3	2	1	0
41. Se me agarrotan los músculos del cuello y de la espalda	0	1	2	3
42. rengo la tensión sanguínea moderada y constante	3	2	1	0
43. Mantengo mi memoria normal	3	2	1	0
44. Tengo poco apetito	0	1	2	3
45. Me siento cansado y sin energía	0	1	2	3
46. Sufro de insomnio	0	1	2	3
47. Sudo mucho (incluso sin hacer ejercicio)	0	1	2	3
48. Lloro y me desespero con facilidad	0	1	2	3
Total SÍNTOMAS	<hr/>			

4. EMPLEO / OCUPACIÓN	N	CN	F	CS
49. Mi labor cotidiana me provoca mucha tensión	0	1	2	3
50. En mis ratos libres es pienso en los problemas del trabajo	0	1	2	3
51. Mi horario de trabajo es regular	3	2	1	0
52. Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en casa	3	2	1	0
53. Me llevo trabajo a casa para hacerlo por las noches o los fines de semana	0	1	2	3
54. Practico el pluriempleo	0	1	2	3
55. Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando	3	2	1	0
56. Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones	3	2	1	0
57. Tengo miedo a perder mi empleo	0	1	2	3
58. Me llevo mal con mis compañeros/as de trabajo	0	1	2	3
59. Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe	3	2	1	0
60. Considero muy estable mi puesto	3	2	1	0
61. Utilizo el automóvil como medio de trabajo	0	1	2	3
62. Me olvido de comer cuando estoy tratando de terminar alguna tarea	0	1	2	3
63. Me considero capacitado para mis funciones	3	2	1	0
64. Tengo la impresión de que mi jefe y/o familia aprecian el trabajo que hago	3	2	1	0
Total TRABAJO / OCUPACIÓN	<hr/>			

5. RELACIONES

	N	CN	F	CS
65. Disfruto siendo amable y cortés con la gente	3	2	1	0
66. Suelo confiar en los demás	3	2	1	0
67. Me siento molesto/a cuando mis planes dependen de otros	0	1	2	3
68. Me afectan mucho las disputas	0	1	2	3
69. Tengo amigos/as dispuestos/as a escucharme	3	2	1	0
70. Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales	3	2	1	0
71. Me importa mucho la opinión que otros tengan de mí	0	1	2	3
72. Deseo hacer las cosas mejor que los demás	0	1	2	3
73. Mis compañeros/as de trabajo son mis amigos/as	3	2	1	0
74. Tengo la paciencia de escuchar los problemas de los demás	3	2	1	0
75. Pienso que mi esposo/a tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena (para los no casados: novia/o o amigo/a íntimo/a)	0	1	2	3
76. Hablo demasiado	0	1	2	3
77. Al disentir con alguien me doy cuenta de que pronto empiezo a levantar la voz	0	1	2	3
78. Siento envidia porque otros tienen más que yo	0	1	2	3
79. Cuando discuto con alguien pienso en lo que voy a decir mientras el otro habla	0	1	2	3
80. Me pongo nervioso cuando me dan órdenes	0	1	2	3

Total RELACIONES

6. PERSONALIDAD

	N	CN	F	CS
81. Me siento generalmente satisfecho de mi vida	3	2	1	0
82. Me gusta hablar bien de la gente	3	2	1	0
83. Me pone nervioso/a cuando alguien conduce su automóvil despacio delante de mi	0	1	2	3
84. Cuando hay cola en una ventanilla o establecimiento, me marchó	0	1	2	3
85. Suelo ser generoso/a conmigo mismo/a a la hora de imponerme fechas tope	3	2	1	0
86. Tengo confianza en el futuro	3	2	1	0
87. Aun cuando no me gusta, tiendo a pensar en lo peor	0	1	2	3
88. Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible	0	1	2	3
89. Tengo buen sentido del humor	3	2	1	0
90. Me agrada mi manera de ser	3	2	1	0
91. Me pone nervioso si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad	0	1	2	3
92. Soy perfeccionista	0	1	2	3
93. Pienso en los que me deben dinero	0	1	2	3
94. Me pongo muy nervioso cuando me meto en un atasco automovilístico	0	1	2	3
95. Me aburro pronto de las vacaciones y quiero volver a la actividad "productiva"	0	1	2	3
96. Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como el cáncer	0	1	2	3
Total PERSONALIDAD	<hr/>			

Sexo* varón ___ mujer ___

Edad* años ___

Estado civil* casada/o ___ soltera/o ___
viuda/o ___ otro ___

Calcule su puntuación

I Anote los puntos de cada ámbito

1. ESTILO DE VIDA _____

2. AMBIENTE _____

3. SÍNTOMAS _____

4. TRABAJO _____

5. RELACIONES _____

6. PERSONALIDAD _____

II Anótese 3 puntos si usted...

Tiene entre 35 y 60 años _____

Es separado/a o divorciado/a _____

Vive en una ciudad grande _____

Tiene en casa tres hijos o más _____

Está desempleado/a _____

III Anótese 2 puntos si usted

Tiene entre 25 y 34 años _____

Es soltero/a o viudo/a _____

Vive en una ciudad pequeña _____

Tiene en casa uno o dos hijos _____

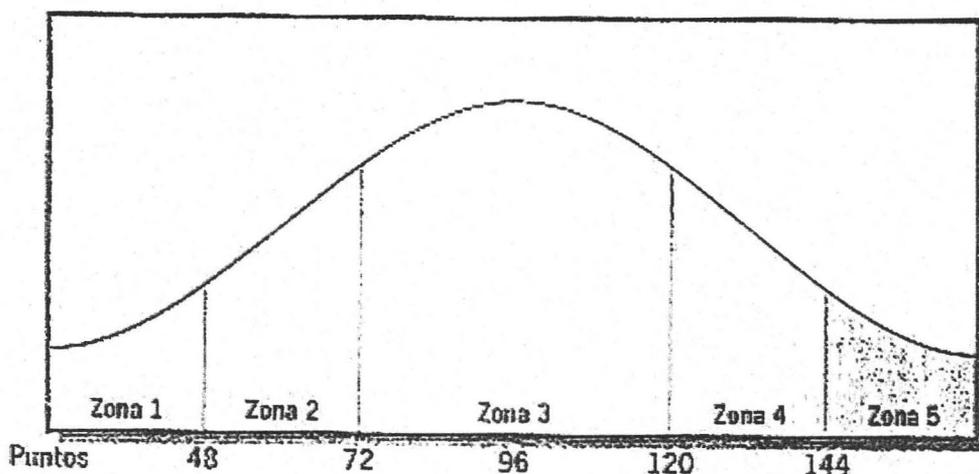
Su trabajo es temporal _____

PUNTUACIÓN TOTAL

Y ahora, según la puntuación total obtenida, vea en que zona de estrés se encuentra usted en el gráfico de la página siguiente.

Estos datos pueden incluirse si este test se realiza a modo de encuesta, por ejemplo en un "Plan de 5 Días para Controlar el Estrés". Al conocer estos datos de todos los encuestados, se pueden evaluar los resultados por sectores de población, y con ello sacar conclusiones de interés general.

Grafico de las zonas de estrés



Zona 1: Su nivel de estrés es peligrosamente pobre.

Zona 2: Disfruta usted de un nivel bajo de estrés.

Zona 3: esta en la zona normal del estrés.

Zona 4: el estrés en esta zona es considerado elevado.

Zona 5: esta zona se considera peligrosa.