ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

"ESTUDIO COMPARADO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: CASO CENTRO DE SALUD DE INGAHURCO ÁREA N°1."

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

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

MARÍA SOLEDAD PROAÑO SANTAMARÍA

Director:

PS. MARLON PAUL MAYORGA LASCANO, Dr.

Ambato – Ecuador

Abril 2017

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

"ESTUDIO COMPARADO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: CASO CENTRO DE SALUD DE INGAHURCO ÁREA N°1."

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

MARÍA SOLEDAD PROAÑO SANTAMARÍA

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. f. _____

CALIFICADOR

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Ps, Mg. f. _____

CALIFICADOR

Adriana Lorena León Tamayo, Ps, Mg. f. _____

CALIFICADORA

Aitor Larzabal Fernández, Lic. Mg. f. _____

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Abril 2017

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, María Soledad Proaño Santamaría portadora de la cédula de ciudadanía 1804528121 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva personalidad legal y académica.

María Soledad Proaño Santamaría

CI 1804528121

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinita bondad y porque me permite sonreír ante el logro alcanzado.

Agradezco a mis padres por su amor y apoyo incondicional, por haber estado conmigo en todo momento y por el esfuerzo realizado.

A mi director por participar sus conocimientos y respaldarme en el proceso de la investigación.

DEDICATORIA

A mis padres por ser mi fortaleza y haberme formado como la persona que soy ahora, por su amor infinito, sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia. Por estar presentes no solo en este aspecto sino en cada momento de mi vida. Gracias a Dios y a ustedes una meta más cumplida.

A mi hermano por ser una bendición en mi vida, por su cariño y por estar incondicionalmente conmigo.

A mi esposo por su especial amor, por apoyarme en mis logros y por ser mi compañero de vida.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar las diferencias de las estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el centro de salud de Ingahurco. Este proyecto permitirá identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los sujetos parecientes de las enfermedades mencionadas e identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento empleadas en cada grupo de estudio, considerando el tipo de enfermedad que ha sido diagnosticada, para así determinar cuáles son los factores que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las personas. El presente estudio está apoyado en la metodología de tipo descriptivo comparativo de dos grupos pareados, mediante el empleo de herramientas como entrevistas estructuradas y observación científica. Se pretende establecer un modelo explicativo de las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, para dar una mejor comprensión de la situación que atraviesan los pacientes. El resultado del trabajo es diagnosticar cuales son las estrategias de afrontamiento que emplea cada uno de los grupos estudiados y mediante el conocimiento ayudar al área de Salud a implementar mejoras en el servicio y posiblemente un plan de intervención a nivel psicológico para los pacientes que han sido diagnosticados con dichas enfermedades crónicas.

Palabras clave: estrategias, afrontamiento, diabetes, hipertensión.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the differences between the coping mechanisms adopted by patients diagnosed with diabetes mellitus, and those diagnosed with arterial hypertension, at a healthcare centre in Ingahurco, Ecuador. The research performed will allow the coping mechanisms used by each group under study to be identified, taking into account the illness with which they have been diagnosed, and therefore to determine the factors that influence quality of life and wellbeing in these patients. This project employs a descriptive, comparative methodology, using two paired groups. Investigative instruments such as structured interviews and scientific observation were used. The purpose of the research is to establish an explanatory model of coping mechanisms adopted among patients with diabetes mellitus and arterial hypertension, in order to better understand the situations they face. The result of this work is to identify the coping mechanisms adopted by each of the groups under study, and through the knowledge gained, to support the healthcare sector in the implementation of improvements in the service offered, and in some cases to provide a psychological intervention plan for patients who have been diagnosed with the abovementioned chronic illnesses.

Key words: coping, mechanisms, diabetes, hypertension.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD iii
AGRADECIMIENTO iv
DEDICATORIA v
RESUMEN vi
ABSTRACT vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS x
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 4
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO 4
CAPITULO II 13
MARCO TEÓRICO 13
2. Las enfermedades Crónicas y su Impacto en el Comportamiento 13
2.1 Enfermedades crónicas y su relación en la Psicología 13
2.1.1 Diabetes 14
2.1.1.1. Definición. 14
2.1.1.2. Epidemiología. 16
2.1.1.3. Clasificación. 17
2.1.1.4. Factores de Riesgo. 19
2.1.1.5. Efectos físicos, psíquicos y sociales de la diabetes. 21
2.1.2 Hipertensión Arterial 23
2.1.2.1. Definición. 23
2.1.2.2. Etiología. 25
2.1.2.3. Clasificación. 26
2.1.2.4. Factores de Riesgo. 27
2.1.2.5. Efectos físicos, psíquicos y sociales de la Hipertensión Arterial. 29

2.1.3 Efectos psicoemocionales de las Enfermedades Crónicas.....30
2.2 El Estrés.....32
2.2.1 Demandas externas 33
2.2.1.1. Demandas sociales. 34
2.2.2 Demandas Internas.....36
2.2.2.1. Demandas Cognitivas. 36
2.2.2.2. Demandas Emocionales. 38
2.2.2.3. Demandas Conductuales. 39
2.2.3 El Estrés y el afrontamiento emocional. 40
2.3 El Afrontamiento.....42
2.3.1 Definición del tema.....42
2.3.2 Teorías del Afrontamiento.....43
2.3.3 Estrategias y Recursos 45
2.3.4 Afrontamiento y Salud.....48
CAPITULO III.....50
METODOLOGIA 50
3.1. Metodología de investigación 50
CAPÍTULO IV.....51
ANÁLISIS DE RESULTADOS 51
CAPITULO V 79
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....79
5.1. Conclusiones. 79
5.2. Recomendaciones.....83
BIBLIOGRAFÍA 85
ANEXOS 91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico 4.1 G*rupos analizados considerando el sexo* 58

Gráfico 4.2 *Distribución de los participantes en función de la autodefinición étnica entre los grupos en comparación* *59*

Gráfico 4.3 D*istribución de los grupos en consideración al nivel de escolaridad adquirido* 60

Gráfico 4.4 D*istribución de los participantes de acuerdo al estado civil que poseen considerando los grupos de análisis* 61

Gráfico 4.5 P*articipación en actividades laborales de los grupos analizados* 633

Gráfico 4.6 G*rupos analizados en consideración del estrato socioeconómico en el que se autodefinen*.....64

Gráfico 4.7 P*articipantes en grupos de acuerdo al tipo de convivencia que mantienen* 65

Gráfico 4.8 C*iudades en las que se encuentran domiciliados los participantes de los grupos de análisis*.....67

Gráfico 4.9 P*rovincias de procedencia entre los participantes de los grupos analizados.*.....68

Gráfico 4.10 *Medias de los puntajes alcanzados en los factores del IEA y comparado con el punto de corte* 70

Gráfico 4.11 *Puntajes medios de los factores del EIA entre los grupos comparados* .74

Gráfico 4.12 *Puntajes medios de los factores del EIA entre los grupos comparados* .76

Gráfico 4.13 *Modelo explicativo de la incidencia de las enfermedades en las estrategias de afrontamiento de mayor dominancia* 78

Tablas

Tabla 2.1 *Características de la diabetes* 15

Tabla 2.2 *Principales factores de riesgo*.....20

Tabla 2.3 *Estrés y Distrés* 35

Tabla 2.4 *Recursos del sujeto*.....41

Tabla 2.5 *Estrategias propuestas para el afrontamiento del estrés según Lazarus y Folkman*.....*47*

Tabla 4.1 *Análisis de las variables sociodemográficas*.....57

Tabla 4.2 *Análisis de las variables sociodemográficas*.....62

Tabla 4.3 *Análisis descriptivos del IEA*.....69

Tabla 4.4 *Análisis de consistencia interna del IEA*.....71

Tabla 4.5 *Análisis comparado de los factores del IEA entre los grupos con diabetes e hipertensión*.....72

Tabla 4.6 *Análisis de las variables sociodemográficas*.....*75*

INTRODUCCIÓN

Con el pasar del tiempo el hombre ha tenido que enfrentarse a innumerables desafíos con los que ha luchado y a los cuales ha podido vencer, razón por la cual hoy sigue evolucionando, una de las dificultades a las que el hombre se ha enfrentado es la enfermedad, vista como un obstáculo causante de frustración, decepción y generador de un sin número de interrogantes. A lo largo del tiempo se han expuesto numerosas teorías acerca de las enfermedades, desde Hipócrates y su teoría con respecto a que el medio ambiente influía en las enfermedades, pasando por Platón con su explicación de que el alma producía cambios en la salud, sin embargo, con el transcurrir de los años y mediante varias investigaciones se determinó que las enfermedades son producto de agentes patógenos, por lo que desde ese entonces los científicos incansablemente buscan las causas y la cura de tales afecciones (Campusano, 2004).

Existen un sin número de enfermedades contra las que lucha el hombre, dentro de este inmenso grupo se encuentran las enfermedades crónicas, consideradas según investigaciones como la causa principal de discapacidad a nivel mundial (Vega y González, 2009). Dentro de las enfermedades denominadas como crónicas se encuentran las diabetes mellitus y la hipertensión arterial las cuales son las variables de estudio en la presente investigación, dichas enfermedades deterioran la productividad de la población debido a numerosos factores que aparecen junto con la enfermedad. Se ha determinado

que el factor ansiedad es uno de los predominantes en ambos padecimientos causando así depresión baja autoestima y desesperanza.

El presente estudio investigativo, corresponde al campo del desarrollo humano y la salud mental, tiene la finalidad de ser una guía y ayuda para estudios posteriores que realicen profesionales y estudiantes que pretendan trabajar con personas diagnosticadas con diabetes mellitus e hipertensión arterial con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que emplean al conocer el diagnóstico de la enfermedad determinando las características y necesidades de cada persona con la finalidad de establecer las diferencias significativas que existen entre ambas enfermedades. Para facilitar el entendimiento de la investigación se la ha dividido en cinco capítulos que guardan una organización similar en su contenido. A continuación, se expone un compendio de cada capítulo que forma parte del presente estudio.

En el primer capítulo se explica el planteamiento de la propuesta de estudio, en donde se ve identificado el problema, la debida justificación, se exponen los objetivos y la hipótesis de trabajo, en el segundo capítulo se fundamenta teóricamente las variables de estudio, explicando así lo que son las estrategias de afrontamiento profundizando en el estrés, así como las demandas internas y externas de los sujeto y de igual manera las enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial detallando la definición, clasificación, incidencia, factores de riesgo en cada una de las enfermedades y los efectos. Se concluye el capítulo con un apartado que establece la correlación entre ambas variables de estudio.

En el capítulo tres se ve detallada la metodología de la investigación, en donde se describe el alcance de la investigación, los reactivos, métodos y técnicas aplicadas en la población y la manera general de cómo se llevó a cabo el estudio; el capítulo cuatro detalla el análisis de los datos y la interpretación de los resultados obtenidos tras la aplicación de los respectivos reactivos psicológicos, como también la comprobación de hipótesis; en el quinto acápite se detallan las pertinentes conclusiones y recomendaciones pertenecientes al trabajo de investigación. A posteriori se evidencia las referencias que respaldan a la fundamentación teórica a lo largo de la investigación y un capítulo de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1Antecedentes

La utilización de estrategias de afrontamiento como recurso frente a un diagnóstico de una enfermedad crónica en poblaciones de diferente procedencia, ha resultado de interés para la literatura científica, en el caso del presente proyecto de investigación, la población de estudio se ve centrada en pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas y de manera más específica los que han sido diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial. A nivel general en la actualidad existen investigaciones que muestran la importancia de la temática a tratar, siendo objeto de investigación a nivel nacional e internacional, dichos estudios han permitido obtener diferentes resultados y comprobaciones, con el fin de ayudar significativamente a la población y por ende a la comunidad.

En la investigación realizada por Riveros, Cortazar, Alcazar y Sánchez (2005) se determina que, en México, la hipertensión y la diabetes ocupan las primeras causas de mortalidad, el seguimiento de la enfermedad requiere de cuidados entre los que están: una nutrición adecuada, actividad física, el seguimiento de tratamientos farmacológicos, estos dependen directamente de la conducta que adopte el paciente. El estudio tuvo como fin examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual, mediante la

realización de un estudio cuasi experimental, se tomó a 51 pacientes con hipertensión, diabetes, o ambas y la intervención se realizó individualmente, se toma en cuenta las variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes, se realizó evaluaciones pre y post tratamiento en determinadas áreas. El estudio reveló mejoras clínicas y estadísticas significativas en la mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes y también se observó una mejora de los estilos de afrontamiento.

A nivel nacional en un estudio realizado por Mena (2015), se determina que la personalidad influye en la adaptación ante una enfermedad, el reaccionar de manera negativa repercute en la adherencia terapéutica. La investigación se realizó en Ecuador, con 35 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II e hipertensos, se obtiene como resultados que existe una relación notable entre el rasgo de apertura mental con las estrategias de afrontamiento como la espera y la religión. Se llega a la conclusión de que estas estrategias forman parte del proceso de adaptación y se requiere de una guía de intervención primaria para fortalecer el proceso de adherencia y a adaptación a la enfermedad.

De igual manera, con respecto a la sobrevivencia de las personas a enfermedades crónicas, en un estudio realizado por Vega y Gonzales (2009), se demostró que el apoyo social tiene una influencia positiva sobre el cuidado de las enfermedades crónicas y sobre los principales cuidadores, que usualmente son los familiares, a estas estrategias se las describe como un proceso, el cual permite la interacción entre individuos o grupos,

que por medio del contacto consecuente establecen vínculos de afecto y de exploración, se recibe tanto apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones frecuentes durante los períodos de crisis.

Las estrategias de afrontamiento son especialmente importantes para enfrentar el dolor frente a una enfermedad de carácter crónico. En el estudio realizado por Gonzales y Pizarro (2009), se evaluó entre los muchos aspectos la prevalencia, severidad del dolor, comorbilidad y estrategias de afrontamiento en pacientes parecientes de Hipertensión Arterial en un hospital de Chile, se aplicó algunos reactivos entre ellos el Cuestionario para Estrategias de Afrontamiento al Dolor (CAD) a 39 mujeres y 51 hombres, formando tres grupos según percentiles de edad. El análisis reveló que la estrategia de afrontamiento más empleada fue autoafirmación seguida de búsqueda de información y distracción, se demostró que la catarsis es la menos utilizada. En general y como conclusiones se llegó a que, en las dimensiones del afrontamiento, los hombres y las mujeres se comportan desemejante, con respecto a la religión y catarsis, demostrando las mujeres puntajes superiores. Se demostró así, que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas.

A partir de las investigaciones mencionadas y las ideas expuestas, la continuación del presente proyecto de investigación se vuelve imperioso para contribuir con la literatura científica ya que existe varios factores los cuales no han sido tomados en cuenta dentro de los estudios presentados y más aun tomando como referencia a la población propuesta. Es necesario la realización del estudio para la unificación de los

conocimientos expuestos y así poder dar a paso a la búsqueda de las estrategias que permitan tratar la problemática mencionada.

1.2 Problema

1.2.1 Descripción del problema

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial guardan importantes niveles de prevalencia e incidencia en la población general; así, se evidencia que, en la diabetes, según Figuerola (2003): "La prevalencia de DM va aumentando con la edad hasta la sexta y séptima década, seguida de una posterior reducción en los más ancianos" (p.18). Actualmente es considerada como uno de los principales problemas de salud a nivel mundial; mientras que la hipertensión arterial, según Hergueta (2002), es: "Un proceso de los más frecuentes e importantes, que producen morbilidad, incapacidad y muerte prematura en la población adulta" (p.7). Ambos padecimientos se encuentran vinculados funcionalmente y presentan una alta comorbilidad, además de una baja adherencia terapéutica, debido a las complicaciones que presentan por su cronicidad los sujetos están obligados a afrontarlas.

En estudios preliminares se ha demostrado que los pacientes que padecen enfermedades crónicas, inicialmente no cuentan con recursos adecuados para el desempeño de actividades cotidianas, por lo que se altera su funcionamiento general, comprometiendo así su calidad de vida. Así, los padecimientos crónicos "repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados" (Riveros,

Cortazar, Alcazar y Sánchez, 2005, p. 447). Es notoria la necesidad de un estudio en cuanto a las estrategias de afrontamiento. Existen numerosas maneras de enfrentar un hecho, pero no todas ellas son deliberadas y mucho menos voluntarias. Según lo mencionado por Buendía y Mira (1993): "Las estrategias de afrontamiento implican el dominio sobre el entorno y no meramente una responsividad ante las circunstancias" (p.42). Paralelamente, se observa una dependencia entre las estrategias de afrontamiento y la emoción experimentada ante la realidad exterior, es decir el peligro objetivo o problema.

Para propósitos de esta investigación se realizará un estudio comparado de las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con hipertensión arterial y con diabetes mellitus, ya que existen diferencias significativas en las estrategias que aplican los unos con los otros. La realización del presente proyecto es factible por que el investigador ha alcanzado niveles de conocimiento técnico y se ha familiarizado en herramientas de investigación que le permiten realizar el estudio en cuestión, además cuenta con el apoyo institucional y acceso a los objetos de estudio, para abordar la problemática en cuestión; misma que en la actualidad ha evidenciado un incremento y una consecuente mayor necesidad de atención. Por todo lo señalado, se considera importante la exploración y estudio del tema de investigación propuesto; esfuerzo que además contribuirá a crecentar la comprensión del fenómeno por parte de la comunidad científica.

1.2.2 Preguntas básicas

- **¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?**

Una persona al ser diagnosticada con diabetes mellitus o hipertensión arterial, entra en un estado de crisis, debido a lo inesperado del evento, habitualmente el sujeto emplea inadecuadas estrategias de afrontamiento frente al mismo, en algunos casos, estas estrategias son inexistentes. Debe considerarse, además, que las dos enfermedades señaladas, son crónicas, se encuentran vinculados y presentan comorbilidad, además de una baja adherencia terapéutica.

- **¿Por qué se origina?**

Porque los pacientes que padecen estas enfermedades crónicas, inicialmente no cuentan con recursos de afrontamiento adecuados para el desempeño de actividades cotidianas, por lo que se altera su funcionamiento general, comprometiendo así su calidad de vida.

- **¿Dónde se origina?**

En los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial, que asisten al centro de salud Ingahurco Área N°1.

1.3. Justificación

El presente proyecto de investigación es un estudio comparativo de las estrategias de afrontamiento que poseen los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial que se encuentran asistiendo al centro de salud Ingahurco Área N°1, con el fin de determinar las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes con enfermedades crónicas, así como la posible existencia de diferencias significativas entre los grupos investigados.

Con el estudio se pretende facilitar el entendimiento de las variables de interés generando información actualizada como aporte a la comunidad científica, al respecto de las estrategias de afrontamiento en enfermedades crónicas, a partir de su descripción teórica y exploración investigativa. La investigación permite, por tanto, determinar los resultados obtenidos de la comparación entre las estrategias de afrontamiento que emplean tanto las personas diabéticas como las hipertensas.

La meta del presente trabajo fue establecer la mecánica de afrontamiento de las personas que padecen enfermedades crónicas (diabetes mellitus e hipertensión arterial). Información que resulta relevante para la comunidad científica, los organismos y el personal de salud y los pacientes.

1.4 Objetivos

1.4.1. General

Determinar las diferencias de las estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el centro de salud de Ingahurco Área N°1.

1.4.2 Específicos

1. Fundamentar bibliográficamente la investigación mediante la compilación de información científica sobre las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
2. Diagnosticar las estrategias de afrontamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
3. Realizar un estudio comparado de las estrategias de afrontamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
4. Proponer un modelo explicativo de las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

1.5 Pregunta de estudio, Meta y/o Hipótesis de trabajo

Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento entre los pacientes con diabetes mellitus y los pacientes con hipertensión arterial.

1.6 Variables

Variable 1: Estrategias de Afrontamiento.

Variable 2: Pacientes con Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU IMPACTO EN EL COMPORTAMIENTO

2.1Enfermedades Crónicas y su relación en la Psicología

Los avances tecnológicos y médicos permiten a las personas sobrevivir a enfermedades catastróficas y a su vez disminuir la incidencia de enfermedades crónicas, según lo menciona Vega y Gonzalez (2009) las enfermedades crónicas están consideradas como la causa principal de discapacidad, ya que mediante estudios recientes se ha podido encontrar una relación cercana entre la discapacidad y las enfermedades crónicas no trasmisibles. Según lo explica la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), las enfermedades no trasmisibles a nivel mundial, siguen aumentando, por lo que enfrentarse a ellas en la actualidad es uno de los desafíos más importantes, se estima que las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias de carácter crónico están causando muertes innumerables en el mundo, siendo la mayoría de muertes en países subdesarrollados, con ingresos bajos y medianos.

En el área psicosocial, se establece que las enfermedades crónicas como como la diabetes y la hipertensión arterial repercuten en afecciones a la población, de dos maneras: Mediante el deterioro de la productividad de las personas y su competencia para servir y generar ingresos. Por otra parte, el aumento en la utilización de servicios de salud y asistencia médica (Escobar, Petrásovits, Peruga, Silva y Vives, 2000). Los padecimientos de carácter crónico influyen sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas que los padecen y de sus familiares. Se toma como referencia el estudio realizado por Bradley (1997) se explica que en el caso de las personas diabéticas se ha evidenciado la existencia de niveles mayores de ansiedad, depresión, baja autoestima y sentimientos de minusvalía y desesperanza. En el caso de los sujetos que padecen hipertensión, se ha demostrado que la ansiedad es un área que se encuentra originalmente asociada a la enfermedad debido a las reacciones fisiológicas que acarrea. A continuación, se explica detalladamente lo que la diabetes significa.

2.1.1 Diabetes

2.1.1.1. Definición

La diabetes es considerada como una enfermedad crónica que surge cuando el páncreas no genera suficiente insulina o a su vez cuando el cuerpo no utiliza dicha insulina eficientemente, entonces se entiende a la diabetes como una enfermedad o un síndrome clínico del metabolismo, el cual es irreversible y si no es controlado a tiempo, se produce hiperglucemia, que es el aumento de azúcar en la sangre. La hiperglucemia

puede ser causada, por una disfunción de la producción de insulina, el aumento de la insensibilidad a la insulina, o por las dos cosas a la vez y con el tiempo destruye gravemente varios órganos y sistemas del cuerpo, en especial vasos sanguíneos y nervios (Pérez, 2008). En la diabetes se genera un aumento de glucosa, también denominada azúcar, este aumento se produce en la sangre y en la orina, debido a una baja de la secreción de la hormona insulina o a un déficit en su funcionamiento. Para llegar a dar una definición de la diabetes, es necesario identificar algunos componentes importantes. En la tabla 2.1, Pérez (2003) propone tres características fundamentales que describen a la diabetes, las cuales son:

Tabla 2.1
Características de la Diabetes

1.	La característica principal de la diabetes es la hiperglicemia, esto es un exceso de glucosa que se encuentra acumulada en el torrente sanguíneo y puede ser debido a defectos en: la producción de insulina por el páncreas, la acción de la insulina producida por el páncreas o a su vez los dos defectos.
2.	Por otra parte, la diabetes es un síndrome, esto se refiere a un conjunto de enfermedades que la conforman, se conoce como un grupo de alteraciones metabólicas que generan la existencia o la mantención de la hiperglicemia.
3.	Además de esto se sabe que la diabetes es una situación crónica, irreversible e incurable que avanza en un trascurso degenerativo, lo que lleva a complicaciones crónicas que pueden ser micro o macrovasculares y que en potencia pueden producir la muerte o circunstancias que aquejan la calidad de vida no sólo de quien padece la enfermedad sino también del entorno familiar y social en que se desarrolla.

Fuente: ***Pérez (2003)***

2.1.1.2. Epidemiología

En el continente americano, la diabetes y la obesidad están afectando a la población con más frecuencia y de forma significativa. En estudios realizados en nuestro país, las encuestas arrojan que la prevalencia de la obesidad va en aumento en todos los grupos de edad. La obesidad es el factor de riesgo principal de la diabetes, de carácter modificable. Según datos de la OMS (2005), se predice que las personas que padecen diabetes en América Latina se incrementarán en más de 50% y llegará a 32,9 millones para el 2030, según lo menciona Wild, Roglic, Green y King (2004) la diabetes y la obesidad ya no son consideradas como "enfermedades en abundancia", al contrario son tomadas como enfermedades crónicas y de riesgo, las cuales afectan desproporcionadamente a la población, con especial énfasis en los sectores de pobreza y de un bajo nivel cultural dentro de las regiones

Con respecto a la prevalencia, se puede decir que según estudios realizados a nivel del continente americano se ha demostrado que existen ciertos grupos poblacionales que tienen mayor riesgo de sufrir diabetes que otros, perteneciente a una misma región, se menciona a los afroamericanos y mexicanos como un grupo que presenta la prevalencia más elevada, esto puede deberse a causas genéticas y ambientales, como puede ser la herencia, alimentación y actividad física (Pérez, 2003). Por otro lado, mediante investigaciones realizadas por Knowler, Saad, Petitt, Nelson y Bennett (1993) se ha determinado, que un pueblo especifico de indios, en el estado de Arizona, en los Estados Unidos, todos los adultos desarrollan diabetes, es así, que el estudio establece la

necesidad de varios factores ya mencionados anteriormente para que se desarrolle la diabetes.

2.1.1.3. Clasificación

La clasificación de la Diabetes ha cambiado constantemente con el pasar de los años, a los tipos de diabetes se los ha conocido con algunos nombres, antes era conocida como diabetes insulinodependiente, diabetes tipo I o diabetes juvenil, hoy corresponde referirse a ella como, diabetes tipo 1. Por otra parte, la diabetes no insulinodependiente, diabetes del adulto o diabetes tipo II, es ahora denominada como diabetes tipo 2, por último, está la Diabetes Gestacional (Pérez, 2008). La diabetes tipo I es ocasionada por la destrucción autoinmune de las células del páncreas, usualmente aparece en niños o adolescentes, pero no están exentas otras edades, inicia bruscamente y sus factores de riesgo no se encuentran específicamente definidos, pero se los asocia a factores genéticos y ambientales, las personas que la padecen tienen peso normal o por debajo de los normal, pero no es incompatible el diagnóstico de obesidad, las personas que la padecen, pueden ser propensos a sufrir complicaciones del sistema autoinmune.

La diabetes Mellitus tipo II inicia usualmente después de los 20 años, sin embargo en la actualidad está aumentando en niños y adolescentes, los pacientes se encuentran asintomáticos antes de su diagnóstico, es caracterizada por una resistencia a la insulina asociada a un déficit en la producción de la hormona insulina por el páncreas, se dice que la obesidad es factor clave en la enfermedad, el 80% de los pacientes la padecen y

requieren insulina para controlar los niveles de glucosa, es de carácter hereditario y a la vez progresiva, se presentan sesenta mil muertes por año debido a su causa (Pérez, 2008).

La diabetes tipo 1 aparece con más frecuencia en niños y en adultos jóvenes, la diabetes tipo 2 es más frecuente en personas de más de cuarenta años, sin embargo, en los últimos años se ha venido evidenciando un incremento en la frecuencia de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, especialmente en los Estados Unidos y una parte en el norte de México. La prevalencia de diabetes va incrementando con la edad en hombres como en mujeres, siendo similar en ambos sexos, se dice que el sexo no es considerado un factor de riesgo de diabetes, sino que la prevalencia de diabetes se relaciona en mayor frecuencia con la obesidad. Hoy en día no se puede negar que existe una predisposición genética para desarrollar la diabetes tipo 2, la búsqueda de genes específicos continúa brindando información nueva pero aún no es concreta.

La diabetes gestacional es la intolerancia a los carbohidratos, la cual se presenta por vez primera en la etapa del embarazo, libremente de como se la maneje y de que su estado cambie al final del embarazo, existe el riesgo de que una falta de tolerancia a la glucosa que no ha sido reconocida pueda haber aparecido antes o empezado conjuntamente con el embarazo, ocurriendo usualmente en el tercer trimestre (Pérez y Bonilla, 2010). Se debe asumir que existe un elevado riesgo de padecer diabetes y a su vez afrontar, que en la actualidad se está haciendo muy poco con respecto a los factores que pueden ser modificados, basándose en sencillos cambios en el estilo de vida.

2.1.1.4. Factores de Riesgo

Los factores involucrados en la diabetes, son principalmente las modificaciones que los sujetos han adquirido en su forma de vida habitual, se puede considerar como un factor central de riesgo de la Diabetes Mellitus al síndrome metabólico o del nuevo mundo, la importancia de identificar al Síndrome Metabólico está en el riesgo que tiene para la aparición de Diabetes Mellitus tipo II y algunas otras enfermedades (Ruiz, Escolar, Mayoral, Corral y Fernández, 2006). Otro de los factores importantes para la adquisición de la enfermedad es la alta prevalencia de obesidad que en la actualidad existe, hipertensión, tabaquismo, alcoholismo e ingesta de calorías excesivas, estas son consideradas una clara consecuencia de la diabetes (Pérez, 2008), en la tabla 2.2 se puede evidenciar algunos de los principales factores de riesgo que deben ser tomados en cuenta.

Tabla 2.2
Dentro de los principales factores de riesgo que existen están:

1. Edad más de 45 años
2. IMC mayor a 25kg/m2
3. Circunferencia de cintura de 60 cm o más en hombres y 80 cm en mujeres
4. Sedentarismo
5. Haber pesado más de 4 kg al nacer
6. Familiares de primer grado con diabetes
7. Pertenencia a un grupo étnico de alto riesgo (latinos)
8. Hipertensión arterial más de 140/90 mmHg
9. Antecedente de intolerancia a la glucosa o alteración de la glucosa en ayuno
10. Antecedente de diabetes gestacional
11. Haber tenido un hijo con peso de 4 kilos o más al nacer
12. Dislipidemia o HDLc menos de 35 mg/dl o triglicéridos en más de 250 mg/dl
13. Ovarios poliquísticos
14. Hesteatosis hepática no grasa
15. Antecedente de enfermedad vascular cerebral o cardiovascular

Fuente: Pérez y Bonilla (2010)

A través de una serie de investigaciones se ha encontrado que existen características específicas, las cuales tienen una predisposición de riesgo para desarrollar diabetes, en algunos casos únicamente se trata de vínculos genéticos con pacientes que padecen diabetes, como familiares de primer grado o a su vez madres que han tenido hijos nacidos con más de 4 kilos, otro factor importante es formar parte de grupos raciales o étnicos que se han establecido como grupos de alto riesgo (Pérez y Bonilla, 2010).

En la actualidad existe un riesgo sumamente alto de desarrollar diabetes y con respecto a esto se está haciendo muy poco, existen factores que pueden ser modificados con sencillos cambios en el estilo de vida de la persona, como puede ser: incrementar la actividad física, cambios saludables en el estilo de alimentación y chequeos constantes, estos y otros más podrían hacer que disminuya drásticamente el riesgo de desarrollar diabetes, a continuación se detalla cuáles son los efectos y consecuencias de la Diabetes, a su vez que se explican distintas maneras para sobrellevar la enfermedad.

2.1.1.5. Efectos físicos, psíquicos y sociales de la diabetes

En la actualidad la diabetes genera una serie de efectos y complicaciones, que repercuten significativamente en la vida del ser humano, dichos efectos son psíquicos, sociales y físicos. Los efectos psíquicos a los que el enfermo de diabetes se enfrenta es alarmante, debido a que se conoce un diagnostico que modificara su vida e incluso puede acortarla, enfrentándose a la responsabilidad de cuidad día a día de su salud, siguiendo indicaciones que ha proporcionado el médico en cuanto a la alimentación, ejercicio, medicamentos y monitoreo de la glucosa, esto implica cambios en el modo de vida, siendo el reto más importante de la enfermedad (Campusano, 2004). La depresión y los trastornos ansiosos son considerados los principales efectos de carga psíquica que afecta a la mayoría de diabéticos, las personas depresivas y ansiosas tienden a estresarse con mayor facilidad, lo que ocasiona el aumento de la negatividad que a su vez modifica su comportamiento y su estado de ánimo de manera paulatina.

Al mencionar los efectos sociales se determina que la diabetes demanda un alto costo socioeconómico y a su vez una carga para los servicios de salud pública en países pobres, en países ricos afecta de mayor manera a los sectores de escasos recursos, en los cuales no se puede tener un control sanitario de toda la población y mucho menos dar un tratamiento para las personas que ya han adquirido la enfermedad. Según lo menciona Ruiz, Escolar, Mayoral, Corral y Fernández (2006), para sobrellevar el problema de la Diabetes Mellitus se necesitan cambios en diferentes áreas, como por ejemplo se requiere disponer de suficientes recursos, una coordinación práctica en administración sanitaria, equipos multidisciplinarios de salud, profesionales capacitados en el área y generar programas de autoayuda para las personas diabéticas.

Dentro de los efectos físicos se encuentra la neuropatía diabética, a esta se la define como una complicación de la misma enfermedad donde se producen daños a los nervios, puede ser asintomático o a su vez presentar síntomas, consiste en restringir la circulación de oxígeno y nutrientes hacia los nervios, lo que conlleva a una hipoxia neural. Este efecto es crónico y precoz, pero es el último en ser diagnosticado. Según lo menciona Zorrilla, Frati, Lozano, Villalpando y Boulton (1994), la neuropatía diabética es considerada la principal causa de amputación de pie en diabéticos

La diabetes es la causa principal de enfermedad renal, especialmente cuando no existe un control metabólico adecuado, los riñones empiezan decaer a nivel funcional y estructural, la Retinopatía Diabética como se la conoce es una de las 4 causas principales de ceguera a nivel mundial, las personas que padecen diabetes son 25 veces más

propensas de presentar ceguera, en comparación con la población, existe también un elevado riesgo de padecer hipertensión arterial, debido a que las dos forman parte del Síndrome metabólico, incluso la hipertensión arterial puede aparecer antes de que la diabetes pueda ser diagnosticada. Según estudios realizados por Gugliucci (2000), se dice que una tercera parte del total de los pacientes que han sido diagnosticados con diabetes mellitus, presentaban previamente hipertensión arterial la cual será detallada en el siguiente postulado.

2.1.2 Hipertensión Arterial

2.1.2.1. Definición

La Hipertensión arterial (HTA), o presión alta, se explica cuando los vasos sanguíneos están constantemente en alta tensión, lo que ocasiona un daño grave en ellos, cada vez que da latidos el corazón bombea sangre hacia los vasos, dichos vasos transportan la sangre a cada uno de los rincones del cuerpo, es entonces que la tensión arterial es una fuerza que despliega la sangre bombeada por el corazón hacia las paredes de los vasos, conocidos como las arterias, mientras la tensión es más alta, se necesita de un esfuerzo más grande del corazón para poder bombear (OMS, 2016). Se entiende entonces como hipertensión arterial al exceso de presión arterial que ejerce la sangre sobre las distintas arterias del cuerpo, generando esfuerzos que sobrepasan la capacidad normal del corazón.

A lo largo del tiempo y mediante varias investigaciones realizadas, se ha establecido la existencia de dos tipos de tensión arterial, dentro de estas están: Tensión Sistólica, se explica como una tensión de 120 mm Hg en personas adultas, cuando el corazón está latiendo y tensión diastólica, que es una tensión de 80 mm Hg cuando el corazón está relajado. En el momento en que la tensión sistólica es semejante o sobrepasa los 140 mm Hg y/o la Tensión Diastólica es semejante o sobrepasa los 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada (Gallegos y Moreno, 2011). Actualmente la hipertensión se mide en relación a los porcentajes de presión sistólica y diastólica, considerándolos como factores determinantes de riesgo cardiovascular.

Las personas que padecen hipertensión arterial en su mayoría no demuestran síntomas específicos, es por ello que esta enfermedad puede ser un mal silencioso, en algunas ocasiones, la hipertensión puede provocar síntomas como: dificultad para respirar, dolores de cabeza, vértigos y mareos, dolor en el tórax, latidos del corazón y hemorragias a nivel nasal, existe probabilidad de que los sujetos presenten este tipo de síntomas, sin embargo no sucede siempre, es por eso que en algunas ocasiones las personas hipertensas no se enteran de su enfermedad sino cuando ya está bastante avanzada (Gallegos y Moreno, 2011). La HTA es un proceso extenso, que involucra factores genéticos y ambientales, generadores de cambios en el sistema cardiovascular a nivel estructural, provocando el estímulo hipertensivo y posteriormente el deterioro cardiovascular, se conoce que en dicho proceso participa alteraciones del riñón, sistema nervioso simpático y elementos humorales, posteriormente se dará a conocer la etiología a profundidad.

2.1.2.2. Etiología

Se establece que en el 95% del total de las enfermedades de hipertensión no existe una etiología determinada, dicho porcentaje conforma la HTA primaria, esencial o idiopática, mientras que el 5% son llamadas secundarias y estas se dan por diferentes causas, frecuentemente por fármacos o drogas, el feocromocitoma, enfermedades renovasculares, el hiperaldosteronismo y el fallo renal. En los factores etiológicos está la interacción entre diferenciaciones genéticas y elementos ambientales, como puede ser la alimentación, la actividad física y el nivel de estrés, favoreciendo al desarrollo de la hipertensión arterial esencial (Maicas, Lázaro, Alcalá, Hernández y Rodríguez, 2003). De esta relación se genera los llamados fenotipos intermedios, son elementos que fijan el fenotipo final, que es la hipertensión arterial a través de la resistencia vascular y el gasto cardíaco.

Adicionalmente el aumento de masa corporal es un factor predisponente de HTA, si a este elemento se le añade otro como por ejemplo el consumo de alcohol, aumentará la probabilidad de desarrollar la enfermedad y por ende más personas serán hipertensas (Coca, Aranda, Marín y Calvo, 2000). Existen límites difusos entre la influencia ambiental y la genética, cuando existe una detección en el retardo del crecimiento intrauterino es un indicador de predicción de hipertensión arterial futura.

A partir de investigaciones se ha comprobado que la probabilidad de desarrollar hipertensión aumenta en hermanos de sangre, así como de padres a hijos y madres a

hijos, existe también una probabilidad muy superior que los gemelos monocigotos desarrollen juntos la enfermedad antes que los dicigotos (Gallegos y Moreno, 2011). Un factor predecible y significativo va a ser la historia familiar de hipertensos, determinando la incidencia en los miembros de una misma familia.

La fuerza de incidencia va depender del sexo, la edad, el riesgo y la historia familiar positiva, sabiéndose que existe un mayor riesgo en las personas con familiares en primer grado parecientes de hipertensión arterial, si es que aquellos familiares fueron diagnosticados a temprana edad, existe riesgo de adquirir HTA, también hay mayor probabilidad de que se desarrolle la enfermedad en las mujeres. Según investigaciones realizadas por Maicas, Lázaro, Alcalá, Hernández, y Rodríguez (2003) se demuestra que menos de la mitad del total de casos son explicados por factores genéticos, es así que la genética no es un factor determinante en la adquisición de la enfermedad, sin embargo, se menciona a los factores ambientales como elementos altamente predisponentes en los dos tipos existentes de Hipertensión arterial, los cuales serán detallados a continuación.

2.1.2.3. Clasificación

En la clasificación actual existen dos tipos de HTA, la primera es la alta elevación de la presión que ejerce la sangre en las arterias, sea diastólica, sistólica o las dos a su vez, es considerada una alteración funcional y se la conoce como hipertensión arterial primaria o esencial, alrededor del 90 a 95% de las personas que padecen hipertensión arterial primaria no tienen causa definida del aumento tensional, sin embargo se considera de

importancia la interacción entre los genes y el medio ambiente (Gallegos y Moreno, 2011). La hipertensión arterial secundaria es el incremento crónico de la presión sanguínea, y su inicio puede ser endocrino, psicógeno, renal, neurológico, farmacológico, gestacional, vascular, por abuso de sustancias o aumento del volumen intravascular (OMS, 2003), es escasa la población que padece este tipo de hipertensión.

A la HTA se la clasifica con valores de leve, moderada y grave, empleados únicamente para determinar los niveles de la presión arterial más no corresponde a la cronicidad o avance del estado clínico del sujeto (Maicas, Lázaro, Alcalá, Hernández y Rodríguez, 2003). Los pacientes con hipertensión arterial leve, tienen valores levemente superiores a los mínimos, por lo que se les da más importancia a otros factores determinantes de riesgo, antes que a la misma HTA, los pacientes que padecen hipertensión arterial moderada o grave, obligatoriamente requieren de un tratamiento farmacológico independientemente de la existencia de otros factores de riesgo, dichos factores se detallan a continuación en el siguiente punto.

2.1.2.4. Factores de Riesgo

La obesidad está dentro de los principales factores de riesgo, existe una frecuencia muy alta en niños, el crecimiento de la grasa abdominal, está relacionado con consecuencias metabólicas catastróficas, con displemia e incluso con la Diabetes Mellitus tipo II, y obviamente con la HTA, la pérdida de peso disminuye notoriamente la prevalencia (Coca, Aranda, Marín y Calvo, 2000). Otro factor importante es la resistencia a la

insulina, considerada como es un trastorno metabólico manifestado por la disminución del empleo de glucosa en el músculo esquelético periférico. Se ha demostrado en investigaciones realizadas por Sacanella, Badía, Nicolás, Fernández, Antúnez y Urbano (2002) que el consumo de alcohol y la HTA guardan relación, de igual manera para hombres y mujeres, en cuanto al tabaco se dice que eleva la presión arterial transitoriamente, por ende, el tabaco se debe evitar en la población general y especialmente en hipertensos, ya que eleva notoriamente los riesgos de enfermedades.

La edad y el sexo son factores que elevan la prevalencia, en el hombre aumenta gradualmente hasta los 70 años, en los cuales se estabiliza o disminuye levemente, en las mujeres el máximo incremento se da en los 50 años, acrecentando paulatinamente hasta los 80. El sedentarismo es un factor decisivo, se ha demostrado la asociación entre el ejercicio constante y la actividad física con bajos niveles de presión arterial. El estrés es considerado estímulo del sistema nervioso simpático, las personas que padecen hipertensión arterial y las que tienen probabilidad de padecerla, presentan un mayor nivel de estrés o responden a él de diferentes maneras (Maicas, Lázaro, Alcalá, Hernández y Rodríguez, 2003). Se determina que las personas expuestas al estrés por causas psicológicas o emocionales sin etología bilógica, son propensos a desarrollar hipertensión con más frecuencia que aquellos que no lo sufren, repercutiendo significativamente en la vida de las personas y generando efectos como los que se detalla a continuación.

2.1.2.5. Efectos físicos, psíquicos y sociales de la Hipertensión Arterial

La presencia de HTA aumenta dos veces más la posibilidad de una cardiopatía coronaria, ya que destruye la capa interior de las arterias, provocando un depósito de colesterol y calcio, disminuyendo el lumen de los vasos coronarios. A su vez la hipertensión eleva cinco veces el riesgo de sufrir insuficiencia cardiaca, hace trabajar sobrecargado al corazón provocando un aumento significativo de la resistencia, con el tiempo vencerá al músculo cardiaco dilatándolo (Guevara y Galán, 2010). La HTA aumenta al doble el riesgo de padecer arterioesclerosis o enfermedad arterial oclusiva, mediante la destrucción de la capa interna de las arterias, facilita la formación de placas de calcio que tapan las arterias, otra enfermedad consecuente es la insuficiencia renal, el riñón es como una esponja de vasos arteriales, la mayoría pequeños, lo que genera la hipertensión es que los vasos se dañen, provocando que el riñón se endurezca y consecuentemente pierda tejido.

La hemorragia cerebral es otro de los efectos consecuentes de la hipertensión arterial, esto se debe a que la presión sanguínea alta destruye la arteria, inflándola hasta que se revienta. Un accidente cerebrovascular también está dentro de las consecuencias de padecer HTA, existen dos tipos de accidente cerebrovascular: accidente cerebrovascular hemorrágico, en el cual se rompe la arteria; y accidente cerebrovascular isquémico, en donde la arteria se tapa. El deterioro cerebral, denominado también demencia por múltiples micro infartos cerebrales, es generado por el estrechamiento de la arteria producido por la hipertensión arterial, esta provoca el taponamiento y la muerte lenta de

neuronas, causando así múltiples mini infartos cerebrales, generadores de las demencias seniles (Guevara y Galán, 2010). Según datos estadísticos se establece que quienes sufren presión arterial alta poseen un 20% más de posibilidades de padecer demencia senil y otros efectos psicológicos y emocionales que se describen en el siguiente postulado.

2.1.3 Efectos psicoemocionales de las Enfermedades Crónicas

Existen varios tipos de enfermedades crónicas, entre las cuales están la diabetes, hipertensión arterial, artritis, SIDA, incluido el cansancio persistente, se puede decir que la medicina avanza cada día en cuanto a los diagnósticos y tratamientos, obteniendo así progresos eficaces para contrarrestar los efectos físicos y emocionales de muchas personas que padecen enfermedades crónicas, quienes enfrentan un gran desafío para su salud mental y emocional (Vinaccia y Quiceno, 2011). La enfermedad crónica puede generar varios cambios estresantes en el estilo de vida de la persona que la padece, como puede ser el excluirse de actividades placenteras, ajustarse a circunstancias físicas cambiantes, mayor dependencia de otros, nuevas necesidades, medicamentos y demás, este conjunto de cambios irrebatiblemente desestabiliza emocional y psicológicamente a la persona, llegando al punto de que la vida diaria le resulte difícil.

Las personas son universos diferentes, por lo que se debe tener presente que los efectos psicoemocionales varían en cada individuo y a su vez generan distintas respuestas en relación a la situación que atraviesan, por esta razón cada uno tendrá diferentes

sentimientos iniciando desde el diagnóstico, posteriormente con la noticia de la enfermedad y sobre todo mientras dure el tratamiento, el proceso de una enfermedad crónica tiene como característica la inestabilidad con periodos de remisión e intensificación de la enfermedad.

Según lo menciona Vinaccia y Orozco (2005) la personalidad del paciente influye directamente en el afrontamiento de la enfermedad, por esta razón, los mecanismos de defensa empleados, positivos o negativos, permiten al individuo lidiar con los eventos considerados por el cómo traumáticos, así como existen personalidades que favorecen a la enfermedad también existen aquellas que obstaculizan el progreso.

Dentro de la enfermedad crónica existe una etapa catalogada como crítica, en la cual se establecen una serie de reacciones frecuentes cuyo fin es conservar un equilibrio emocional moderado. Brannon y Feist (2001) explican estas reacciones: conservación de la autoimagen de manera agradable, conservación de los lazos familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta etapa crítica se toman diferentes estrategias de afrontamiento siendo la negación la más usual, también está la búsqueda de información sobre la enfermedad y una red de apoyo. Por otra parte, Lazarus y Folkman (1986) explican que la negación aparece justo después del diagnóstico, teniendo una función defensora al disminuir el estrés, siendo indispensable en el control de la enfermedad, la negación junto con el miedo permite una conducción adecuada del proceso de ajuste después de la enfermedad, los autores señalan a las reacciones emocionales como

normales y explican que su ausencia puede causar problemas psicológicos y una lenta y dolorosa recuperación, a continuación se detalla con profundidad lo que es el estrés.

2.2 El Estrés

El estrés es un proceso psicológico originado frente a una demanda del organismo, ante tal demanda el cuerpo no posee los recursos adecuados para proporcionar una respuesta acorde a la situación. Por lo cual entra en acción un mecanismo emergente dicho mecanismo actúa como un medio de almacenamiento de información, posteriormente esta información va a ser procesada e interpretada de manera rápida y eficiente mediante una activación psicológica, es así que por medio de este proceso el organismo puede actuar adecuadamente frente a la demanda expuesta. La OMS (2008) define al estrés como un conjunto de reacciones orgánicas que dispone al cuerpo para enfrentarse a una situación. Se puede decir que el sujeto asume al estrés como un desequilibrio percibido frente a las demandas y a la capacidad que tiene para poder enfrentarlas o realizarlas. Siendo así el resultado de la relación entre el sujeto y el medio circundante.

El estrés es considerado un estereotipo en las respuestas del cuerpo a influencias, exigencias o presiones que rodean al individuo. Siempre existe en el cuerpo un cierto nivel de estrés, del mismo modo que, por establecer un paralelo un poco burdo, un país mantiene un cierto grado de preparación militar, incluso en tiempo de paz. De vez en cuando esa preparación se intensifica, unas veces por causa justificada y otras veces sin ella (Sauter, Murphy, Hurrell y Levi, 2001). De tal forma que el sujeto está sometido a

un nivel de estrés constante y paulatino, en ocasiones este es desencadenado por causas reales y en otras ocasiones, las causas simplemente no existen, dichas causas inexistentes son interpretadas como demandas internas propias del sujeto, independientemente de cual fuere la situación causante de estrés el individuo está forzado a realizar ajustes mediante una activación psicológica.

Existen situaciones que generan mucho más estrés que otras, los niveles de estrés tienen consecuencias proporcionales en el sujeto, dependiendo de la magnitud con la que se ha procesado el hecho activador, se establece que según sea la magnitud de dicho acontecimiento, el estrés afectará tan rápido, como los procesos de desgaste afectan a las personas, es decir, a manera de metáfora, mientras más se acelera una persona, más de prisa funciona el motor del cuerpo y más pronto se agota el combustible y se desgasta dicho motor (Sauter, Murphy, Hurrell y Levi, 2001). Es así que el problema no radica en la exposición al estrés, el problema está en el grado de estrés al que se ve expuesta la persona y por ende a la magnitud de sus reacciones ante una situación estresora, considerada como una demanda externa, misma que se explica en el siguiente punto.

2.2.1 Demandas externas

Una demanda externa se considera una exigencia constante con el medio, el sujeto intenta llegar a tener un ajuste psíquico con el entorno, en diferentes áreas de su vida, esto se da, tanto de manera objetiva como subjetiva, dichos ajustes están en interacción con diferentes factores. Las exigencias que el entorno tiene sobre un sujeto, no

corresponden necesariamente a la capacidad individual, o las oportunidades que el medio puede ofrecer, estas exigencias sobrepasan las expectativas del individuo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000). Dentro de las exigencias externas están involucrados diferentes aspectos, los cuales dependen no solamente del ambiente, sino también de factores individuales, entre estos están: el interés que tiene la persona por determinada situación, la comprensión del hecho, el esfuerzo que realiza en afrontar la demanda expuesta y la capacidad para superar dicha exigencia, todo esto junto con el comportamiento frente al entorno conforman las exigencias externas, por otra parte tenemos a las demandas o exigencias sociales que se explican en el siguiente postulado.

2.2.1.1. Demandas sociales

El individuo es capaz de tolerar una cierta cantidad de demandas, sin embargo, el medio circundante le exige cada vez más, por lo cual es necesario para la persona sentirse parte de la sociedad, con el fin de percibir una sensación de pertenencia y así poder darle un significado a su vida, frente a esto aparecen las demandas sociales, con el fin de sentir la aceptación externa, el sujeto accede a las demandas que la sociedad le impone (Sauter, Murphy, Hurrell y Levi, 2001). En varias ocasiones existe la posibilidad de que al sujeto no se le dé la oportunidad de compensar sus necesidades dentro del entorno real, por lo cual el ajuste a la demanda es deficiente. Estudios realizados por Kerckhoff y Back (1968), concluyen que cuando no se alcanza a adoptar las medidas consideradas como necesarias para hacer frente a las demandas del medio se genera en el comportamiento los síntomas de tensión y estrés.

Se entiende que cuando las exigencias o demandas psicológicas sociales son grandes y el individuo tiene poca o escasa capacidad de toma de decisiones, se produce las reacciones indeseadas, conocidas como estrés y es ahí cuando el individuo pone a prueba su capacidad de ajuste o desajuste a las demandas del medio. Todo ajuste va a depender tanto de factores situacionales y circunstanciales como de las características individuales de la persona y del medio en que se desarrolla. Las exigencias del medio están consideradas en términos positivos y negativos, siempre y cuando sea congruente con la situación vivida, es así que mencionando lo expuesto por Sauter, Murphy, Hurrell y Levi (2001) se dice que existe un estrés positivo (estrés) y un estrés negativo (distrés), detallados en la tabla 2.3, los cuales exigen de maneras diferentes y tienen distintos objetivos, demostrando así que existen diferentes mecanismos defensivos frente a las demandas psicológicas.

Tabla 2.3
Estrés y Distrés

ESTRES	DISTRES
Es la activación psicofisiológica positiva.	Consecuencia perjudicial de una excesiva activación psicofisiológica
Permite terminar con éxito una determinada prueba o situación complicada.	Impide la conclusión de actividades determinadas.
Malestar del individuo adaptado	Malestar del individuo inadaptado
Permite la salida triunfante ante una crisis.	Provoca un estancamiento en la crisis.

Fuente: (Selye, 1978)

2.2.2 Demandas Internas

El concepto de demandas internas está enfocado en el propio individuo, es considerado como un proceso universal y constante, por medio del cual los sujetos continuamente se exigen de diferentes maneras ante situaciones de la vida diaria, percibidas como necesidades de ajuste interno, es decir el sujeto siente que su propia estabilidad, ya sea emocional, cognitiva o conductual se encuentra amenazada, es ahí que las demandas internas están íntimamente relacionadas con el bienestar personal (Rick, Briner y Daniels, 2001). Todo lo que pasa en el entorno va a repercutir sobre los actos y las decisiones que tome la persona, el significado que se le dé a determinada exigencia va a estar definido por un proceso previo de evaluación cognitiva, cuando las demandas sobrepasan o exceden los recursos que posee la persona. Según lo estudiado por Del Pino y Tenorio (2008), el sujeto va a reconocer tres evaluaciones primarias frente a dicha exigencia, las cuales son: 1. Daño, 2. Pérdida, 3. Amenaza o Reto. Esto va a depender de varios factores, como los rasgos de personalidad, el estilo de afrontamiento y la presión del ambiente que están relacionados con las demandas cognitivas explicadas a continuación.

2.2.2.1. Demandas Cognitivas

La toma de decisiones a las que los sujetos se enfrentan en la cotidianidad, son las denominadas demandas cognitivas, dentro de estas demandas están: el idear nuevas estrategias tanto para desenvolverse como innovarse en el ámbito personal, familiar,

social, educativo y laboral, también está la memorización, a su vez manejar nuevos conocimientos que se adquieren en el diario vivir, controlar varios aspectos a la vez, y existe un sin número de actividades en las cuales están involucradas las demandas cognitivas. Las exigencias cognitivas desde un punto de vista biológico no se las puede considerar como perjudiciales ni a su vez como beneficiosas, según lo menciona Rick, Briner y Daniels (2001), si el medio facilita su desarrollo las exigencias cognitivas logran favorecer al desarrollo de habilidades en el sujeto, ya que en ellas está involucrada la constante necesidad de aprender y por ende más que una amenaza es tomada como un reto.

Las exigencias psicológicas cognitivas pueden estar consideradas como las dos caras de la moneda, ya que existen ambientes en los cuales es de carácter necesario el manejo de conocimientos y dichas demandas pueden significar un desafío, cuya finalidad está en desarrollar e impulsar las habilidades propias del sujeto, no obstante, cuando la demanda empieza a sobrepasar el nivel de tolerancia que tiene el individuo, es cuando puede ser motivo de desgaste, repercutiendo negativamente a nivel cognitivo y generando una pérdida de oportunidades importantes (Rick, Briner y Daniels, 2001). Esto se evidencia comúnmente en personas que se enfrentan a retos a los cuales no habían estado expuestos antes o a su vez retos en los que no existe por parte de la persona, un conocimiento suficiente, lo que le dificulta o impide enfrentarse a la situación, empleando un esfuerzo cognitivo excesivo, que desborda la capacidad de tolerancia a la demanda, lo que nos conduce a las demandas emocionales que se explican mejor en el siguiente apartado.

2.2.2.2. Demandas Emocionales

Se denominan a aquellas demandas que interfieren significativamente en los sentimientos y emociones del sujeto, en especial cuando estas sobrepasan la capacidad que tiene la persona para comprender y asimilar las situaciones del mundo externo, o al presenciar emociones y sentimientos en los otros que por distintas razones pueden ser transferidos hacia el mismo sujeto y a su vez, este reacciona ante dicha emoción inicial (Sennet, 2000). Las exigencias emocionales son difíciles de diferenciar, ya que en ocasiones son excesivas y desequilibradas, esto se debe a que la emocionalidad del ser humano es un factor delicado y complicado, la persona tiende a involucrarse en situaciones externas y confundirlas con las suyas propias. Según Sennet (2000), esto sucede de manera frecuente en aquellas personas que tienden a usar en exceso sus habilidades profesionales y a su vez sus capacidades personales dejando de lado su vida privada.

Las exigencias emocionales se derivan también de las relaciones interpersonales, dichas relaciones están presentes en todos los ámbitos de la vida, ya sea familiar, social, laboral o educativo. Las demandas emocionales se activan con más fuerza cuando el sujeto crea un vínculo cercano con otra persona y lo que pretende mediante estas exigencias, es modificar aspectos en el otro, que no ve adecuados, son molestos, están interfiriendo con su capacidad de desarrollo en determinada área, o a su vez ha tomado sentimientos o emociones de dicho sujeto como suyos. Por lo tanto, se necesitan habilidades especiales, las cuales se deben ir adquiriendo con el paso del tiempo y con la experiencia, una

consecuencia de este tipo de demanda es la fatiga emocional, una vez que se llega a ella es difícil contrarrestar lo que ha causado en el sujeto y por ende se deben tomar otro tipo de medidas (Sennet, 2000).

2.2.2.3. Demandas conductuales

El estrés afecta también los hábitos de conducta del sujeto, de tal forma que no permite que el mismo invierta energía en su propio autocuidado, el cual está considerado un amplio conjunto de conductas que este utiliza en el diario vivir y que incluyen, actividades tales como sueño, alimentación, deporte, recreación, entre otras. Es así, que el autocuidado implica varias estrategias aplicadas a cada situación de la vida cotidiana (Hidalgo y Moreira, 2000). Se entiende entonces, que cada vez que el sujeto cuida de sí mismo y favorece su bienestar, ejerce conductas de autocuidado, las cuales a menudo se ven obstaculizadas por la influencia del estrés. Morales, Pérez y Menares (2003) enfatizan la importancia de factores como: la mantención de adecuadas condiciones de vida, el apoyo de redes sociales, realizar distintas actividades distractoras, no dejar de emplear el sentido del humor, dialogar acerca de las experiencias pasadas y metas futuras con los demás, participar en actividades recreativas, mantener un buen estado físico mediante ejercicio y deporte, finalmente saber llevar una buena alimentación.

El autocuidado es un conjunto de tareas, tanto voluntarias como involuntarias las cuales son ejecutadas por las personas para ejercer un control sobre determinadas exigencias o factores internos, dichos factores pueden estar interfiriendo en su desarrollo y

comprometiendo su vida. Es así que al autocuidado es considerado como una conducta, que más allá de estar enfocada en sí mismo, su función primordial es la conservación del individuo, quien, en base a objetivos claros puede desenvolverse durante su vida, superando obstáculos y tomándolos como parte de su experiencia (Betta, Morales y Rodríguez, 2007). Para que pueda existir la capacidad de ejecutar conductas en beneficio propio, la persona se debe involucrar en sus acciones, siendo capaz de reconocer su potencial, y teniendo en cuenta que existirán obstáculos en la vida que dificultaran la llegada a las metas planteadas. En el siguiente punto se explica lo que es el estrés y el afrontamiento.

2.2.3 El Estrés y el afrontamiento emocional.

El estrés es un fenómeno cada vez más importante dentro de la sociedad, y a la vez es un problema digno de estudio, ya que su adquisición va en aumento. El estrés es definido como un proceso en el que la persona responde a las situaciones psicológicas como a las del medio ambiente, las mismas que resultan amenazantes. Los sucesos que pueden originar estrés se los conoce como “estresores”, debido a que son percibidos como peligrosos o desafiantes (Worchel, 2001). Dichos estresores ocasionan en la persona una sensación de desequilibrio con el mundo, sin embargo, están ligados directamente a la percepción, cada persona es diferente, y vive los sucesos basándose en experiencias personales, mientras que determinada situación puede ser considerada como desafiante para unos, otros no lo consideran de esa manera.

El afrontamiento, es considerado el punto central dentro del enfoque cognitivista del estrés, predisponiendo así al individuo a reaccionar de manera determinada, frente a situaciones conflictivas. El afrontamiento en situaciones estresantes es la lucha constante por la vida y gravita en afrontar o superar las adversidades existentes, alcanzando así aspiraciones, metas, objetivos, por esta razón es inevitable la presión interna, que permite al sujeto ejecutar mecanismos moderadores con los que cuenta. A partir del modelo de Lazarus y Folkman (1984), el enfoque del estrés y de algunas otras respuestas emocionales están ejercidas por la valoración cognitiva del sujeto, en primera instancia, basándose en los resultados que obtuvo frente a una determinada situación, denominándola valoración primaria, posterior a esto, si la consecuencia de dicha valoración es amenazante o desafiante, el sujeto calcula las estrategias con las que cuenta para impedir o disminuir las secuelas negativas, esto es, valoración secundaria.

Tabla 2.4
Los recursos con lo que cuenta el sujeto son:

–	**Salud o la energía física**
–	Las creencias positivas del individuo
–	Técnicas sociales y de resolución de problemas
–	Recursos de afrontamiento de naturaleza ambiental
–	El entorno material
–	El entorno social

Fuente: Lazarus y Folkman (1986)

El afrontamiento del estrés se ve determinado por las habilidades y los recursos con los que cuenta cada sujeto, para ser empleados en la situación considerada como estresante,

en la tabla 2.4 se muestran los recursos de afrontamiento que han sido propuestos por Lazarus y Folkman (1986). En investigaciones recientes acerca del estrés y afrontamiento, diversos autores han propuestos dos líneas fundamentales para afrontar el estrés, las cuales son: la aproximación o lucha y la evitación o huida. El afrontamiento de aproximación contiene estrategias de confrontación al problema que genera distrés o un sentimiento negativo, mientras que el afrontamiento de evitación contiene estrategias cognitivas o de comportamiento, las cuales permiten la huida o evitación del problema.

2.3 El Afrontamiento

2.3.1 Definición del tema.

El término afrontamiento es complejo y polisémico, diversos autores, pueden definirlo de variadas maneras; el modelo transaccional de Lazarus y Folkman es uno de los de mayor aceptación científica ya que aporta importantes conceptualizaciones en cuanto al tema estudiado, además de haber sido fuente de inspiración para una gran cantidad de estudios e investigaciones en cuanto a las maneras en que las personas pueden afrontar las dificultades y las situaciones estresantes en su vida. El afrontamiento y las acciones que se desprenden del mismo, son definidas por Lazarus y Folkman (1984) como: "Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como exentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p.164). De lo que se deprende que la psiquis del individuo trata de generar ajustes, no siempre efectivos, frente a las nuevas exigencias ambientales.

La persona percibe una situación como estresante, cuando se ve amenazada por el medio circundante con el cual ha establecido una relación y siente que su bienestar se encuentra en riesgo. Al respecto de lo mencionado, Cassaretto, Chau, Valdez y Oblitas (2003) citando a Lazarus y Folkman (1986) señalan que el afrontamiento se forma por algunas cogniciones y conductas que se realizan en respuesta a situaciones estresantes específicas, más no es un tipo de personalidad propio e invariable del sujeto. El afrontamiento ejecuta una serie de pasos previamente establecidos, que la persona realiza para enfrentar las situaciones estresantes, la realidad es que no en todos los casos, la ejecución del proceso va a garantizar el éxito. Algunos autores (Martín, Jiménez y Fernández, 1997) explican que cuando una persona tiene éxito para resolver un evento determinado, va a repetir el mismo mecanismo ante situaciones similares e incluso ante situaciones totalmente diferentes, de no ser válidas aplicará otro recurso, a esto lo denominan situación de aprendizaje por ensayo y error. A continuación, se detalla lo que son las teorías del afrontamiento.

2.3.2 Teorías del Afrontamiento

Desde un punto de vista cognitivo, se establece que las situaciones ambientales por si solas no desencadenan una reacción emocional en el sujeto, se determina que el factor que permite las emociones es la interpretación que el individuo le da a dichas situaciones ambientales (Alcoser, 2012). De tal forma, que un evento desagradable no genera automáticamente una reacción emocional inadecuada, la verdadera causa, es la

interpretación cognitiva que el sujeto hace del evento en cuestión. Mediante esta explicación se entiende que el modelo de la valoración cognitiva ha sido uno de los más sobresalientes en los últimos tiempos y del cual se han desprendido innumerables teorías e investigaciones acerca del afrontamiento.

Una de las teorías del afrontamiento que ha ido lentamente imponiéndose desde la década del 70, es el modelo propuesto por Richard Lazarus y Susan Folkman, el cual acabo por avasallar todo el campo de la psicología aplicada. Según Dahab, Rivadeneira y Minici (2010) es denominado: "Modelo cognitivo-transaccional o modelo interactivo del estrés, publicado en 1984 en una obra que se tradujo al castellano como Estrés y procesos cognitivos" (p.2). El modelo explicado anteriormente se describe en tres fases que conforman el proceso de estrés, las cuales son: 1. Evaluación Primaria, se basa en la valoración que la persona hace de la situación estresante; 2. Evaluación Secundaria, es la creación mental de una respuesta dada ante la situación estresante; 3. Afrontamiento, o la manera de responder del sujeto, a nivel cognitivo-conductual, frente a la situación estresante (Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro 2013).

El enfoque cognitivista del estrés, considera al afrontamiento como el punto central de la teoría, del cual parte la investigación, este enfoque está basado en la predisposición que tiene el sujeto para reaccionar frente a situaciones estresantes de forma cambiante, es decir empleando una gama de estrategias que ya habían sido utilizadas por el mismo en situaciones pasadas y que en ocasiones obtuvo resultados positivos. El modelo de afrontamiento cognitivo según lo explica Lazarus y Folkman (1984) está definido como

una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales, los cuales se encuentran en constante cambio con el fin de poder controlar las demandas externas e internas del individuo, los esfuerzos cognitivos empleados por el sujeto son factibles de cambio, estos van a estar determinados por el tipo de situación que está viviendo la persona.

2.3.3 Estrategias y Recursos

Las estrategias de afrontamiento se definen como una serie de procesos los cuales tienden a cambiar constantemente dependiendo de las circunstancias en que se desarrollen y son utilizados en situaciones específicas. Las situaciones que enfrenta la persona influyen directamente sobre el mecanismo que se empleará como defensa, ya que cada persona tiene estilos o estrategias de afrontamiento, que ha dominado, estos pueden ser aprendidos o adquiridos durante su vida, mediante la experiencia. Las estrategias de afrontamiento según Girdano y Everly (1986), pueden ser adaptativas o desadaptativas, las adaptativas se encargan de disminuir el estrés e incentivar la salud a futuro, mientras que las desadaptativas pueden estar reduciendo el estrés, pero a corto plazo, a la larga van a provocar efectos perjudiciales e irrevocables para la salud.

Inicialmente se distinguen dos estrategias propuestas por Lazarus y Folkman (1986), las cuales están dirigidas al problema y a la emoción, la primera está relacionada con el bienestar psicológico y la segunda se ve fomentada en la salud, las mismas son consideradas por autores como Galán, (2000) y Berra, (2014) estrategias útiles y adecuadas a la práctica. Las estrategias propuestas se relacionan entre sí con la finalidad

de obtener un buen funcionamiento y una respuesta correcta hacia el ambiente, por esta razón se las debe aplicar juntas, más no por separado o excluidas una de la otra.

Las estrategias de afrontamiento, no corresponde directamente al éxito, en algunas ocasiones pueden trabajar bien y en otras incorrectamente, la realidad es que van a depender específicamente de la persona, las circunstancias vividas y el contexto en que se desarrollan. Por lo tanto, se puede considerar eficiente al afrontamiento cuando se logre la capacidad del individuo para aplicar las estrategias adecuadas que le permitan reducir y controlar el estrés. Es de gran importancia entender al afrontamiento como un proceso y como una estrategia. Las estrategias de afrontamiento efectivas permiten al individuo retornar a una situación de equilibrio, facilitando el proceso y reduciendo los efectos del estrés, generando una disminución de emociones negativas (Fernández 2009). Queda definido que mediante el empleo correcto de estrategias de afrontamiento la persona puede retornar a un estado de tranquilidad el cual fue desestabilizado en un inicio.

Tabla 2.5

Estrategias propuestas para el afrontamiento del estrés según Lazarus y Folkman (1986).

Confrontación	Acciones directas y agresivas para afectar una situación.
Distanciamiento	Acciones que se emplea para distanciarse de la situación.
Autocontrol	Esfuerzos que permiten la regulación de los sentimientos y acciones propias del individuo.
Búsqueda de apoyo social	Acciones que permiten la búsqueda de consejo, comprensión o empatía.
Aceptación de la responsabilidad	Reconocer la responsabilidad en el problema.
Huida o evitación	De la situación estresante.
Planificación	Esfuerzos que alteran las circunstancias, las cuales implican aproximación analítica.
Reevaluación positiva	Esfuerzos para instaurar significación positiva centrada en el desarrollo personal.

Fuente: Jiménez (2012)

Las estrategias propuestas por Lazarus y Folkman (1986), detalladas en la tabla 2.5, están orientadas específicamente a la interpretación que cada persona le da a una situación, la cual puede estar considerada, o no, como estresante, a su vez proponen una serie de situaciones que son realizadas a diario en circunstancias de la vida cotidiana. Según la OMS (2006) existen otras estrategias que el sujeto puede adoptar para afrontar una situación estresante, como: apoyo, respeto de la individualidad, enfrentarse a los conflictos mediante el empleo de procesos cognitivos y emocionales que incentiven a la comunicación. Por medio de esta propuesta se espera que el sujeto adopte las medidas necesarias para reducir el estrés frente a las situaciones vividas y consideradas por él como estresantes.

A partir de lo propuesto por Lazarus se elabora el inventario de estrategias de afrontamiento por Cano, Rodríguez y García (2007) cuenta con ocho escalas primarias: 1) Resolución de problemas: se denomina a las estrategias cognitivas y conductuales orientadas a disminuir el estrés mediante la modificación de la situación que lo genera. 2) Reestructuración cognitiva: son estrategias cognitivas que permiten modificar el significado de la situación estresante. 3) Apoyo social: son aquellas estrategias que están encaminadas a la búsqueda de apoyo emocional. 4) Expresión emocional: aquellas estrategias enfocadas a descargar las emociones que surgen en el proceso de estrés. 5) Evitación de problemas: se denomina a las estrategias que encierran negación y evitación de pensamientos o actos concernientes con el hecho estresante. 6) Pensamiento desiderativo: se toma como aquellas estrategias cognitivas que demuestran el deseo de que la realidad no fuera estresante. 7) Retirada social: estrategias empleadas para la retirada o el alejamiento de familiares, amigos, compañeros y personas significativas relacionadas con la reacción emocional en el proceso estresante. 8) Autocrítica: son estrategias fundamentadas en la autocrítica y la autoinculpación por el concepto de la situación estresante o su manejo inoportuno.

2.3.4 Afrontamiento y Salud

La realidad es que varios autores señalan que el estrés frente a las demandas no siempre genera efectos negativos, el efecto que genera el estrés en la salud va a depender directamente de lo apropiadas o inapropiadas que sean las estrategias de afrontamiento. Lazarus (2000) explica que un elemento fundamental para tener una buena salud es la

adecuada manera de afrontar situaciones y experiencias que transcurren en la cotidianidad. Según lo menciona Perez y Sánchez (2008), el afrontamiento es considerado un aspecto importante dentro de la vida del individuo, ya que está relacionado estrechamente con la salud, mediante el uso de estrategias de afrontamiento seguras, las emociones del sujeto se adaptan a las circunstancias y por esta razón el acontecimiento estresante va disminuyendo, facilitando al individuo el regreso a un período de equilibrio, entonces queda determinado que los efectos negativos de una situación estresante se ven disminuidos independientemente de que dicha situación encuentre solución.

Existen algunas estrategias de afrontamiento como son: la reinterpretación positiva y la planificación, las cuales pueden tener un efecto positivo en la salud, al contrario de estrategias de afrontamiento inadecuadas como el distanciamiento, que eleva los efectos negativos en la salud y deterioran el bienestar. La presencia de la estrategia de autocrítica representa debilidad y la persona es propensa a adoptar sintomatología somática (Martínez, Reyes, García y González, 2006). Es fundamental hablar de la relación que existe entre el estrés y la alimentación, ya que el estrés condiciona los hábitos de alimentación y a su vez el metabolismo, generando efectos secundarios, en el organismo como: lentitud en la digestión y disfunción en el metabolismo de los alimentos, esto puede propiciar afecciones crónicas en la salud (Fernández, 2009). Por otro lado, el estrés también genera un aumento de apetito, considerando dicho aumento como una estrategia de afrontamiento, la cual puede llevar a adquirir consecuencias como el sobrepeso.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Metodología de investigación

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo comparado de dos grupos pareados, de corte transversal. Descriptivo ya que se describen las características de las variables, lo cual, según Namankforoosh (2005), es: "Una forma de estudio para saber quién, dónde, cuándo, cómo y porqué del sujeto de estudio" (p.91). El estudio descriptivo permite al investigador explorar las particularidades de los casos de interés que fueron seleccionados, conformados en este caso, por dos grupos pareados: Diabéticos e Hipertensos.

Es también de tipo comparado, su objetivo es demostrar y analizar el fenómeno que se desea explicar entre la asociación de las variables. Según lo menciona Pérez (2007), un estudio comparado se evidencia como una destreza analítica cuyo fin es describir y a la vez explicar un procedimiento encaminado principalmente a poner a prueba la hipótesis, es así que la comparación involucra la búsqueda de diferencias y semejanzas dentro de un marco general teórico que permita la resolución de hechos decisivos, este tipo de estudios permiten descubrir las tendencias y los cambios de modelos que han sido previamente identificados. Para la realización de este estudio comparado se efectuó un

proceso complejo, que permitió poner a prueba la hipótesis planteada en un inicio comparando las variables de la muestra tomada.

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental de corte transversal, debido a que las variables no fueron manipuladas, sino que únicamente fueron sometidas a evaluación y valoración, y los datos se recopilaron en un momento de tiempo único, sin la aplicación de re-test.

2.3.1 Método Aplicado

Para la investigación se utilizó el método empírico y la medición. El método empírico permite al investigador realizar procedimientos prácticos para describir relaciones y características fundamentales que se evidencian mediante la observación científica (Ruiz, 2008), es decir, permite conocer las características propias del objeto de interés en el campo de la práctica, basada en la experiencia de diferentes autores.

Por otra parte, la medición consiste en conseguir información numérica de las variables y del sujeto de estudio, mediante la comparación y el cálculo según Pintado (2008) la medición radica en dar un valor numérico a una propiedad teniendo claro lo que se va a medir, el instrumento de medición y lo que se pretende alcanzar, a su vez permite dar una clasificación del área general que se va a estudiar.

2.3.1 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Las técnicas empleadas en el presente trabajo fueron:

- La observación científica, que consiste en el conocimiento de la realidad mediante la percepción directa del objeto de estudio, por medio de la observación se recolecta información de cada una de las variables establecidas en la hipótesis de estudio. Ruiz (2008) menciona que la observación científica puede ser empleada en distintos momentos de la investigación debido a que es objetiva y se orienta a un determinado fin, siempre y cuando se tome en cuenta los medios y las condiciones naturales en las que se aplica.
- Entrevista estructurada, basada en una serie de preguntas predeterminadas, las cuales deben ser contestadas por todos los participantes, con el fin de facilitar al entrevistador la obtención de información suficiente y específica acerca del tema de interés. (Ruiz, 2008)

En cuanto a los instrumentos se utilizó:

- Ficha sociodemográfica con la finalidad de obtener información específica, la misma que estuvo compuesta por 11 preguntas, las cuales fueron: edad, sexo, ciudad de procedencia, ciudad de domicilio actual, identificación étnica, estado civil, convivencia actual, nivel de escolaridad, situación económica, trabajo actual y que enfermedad crónica padece.

- Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ), elaborado por Cano, Rodríguez y García, (2007) la cual consta de 40 ítems compuesta por ocho sub-escalas de cinco ítems cada una, agrupadas de la siguiente manera: 1) Resolución de problemas, 2) Reestructuración, 3) Apoyo social, 4) Expresión emocional, 5) Evitación de problemas, 6) Pensamiento desiderativo, 7) Retirada social y 8) Autocrítica. Según lo menciona Nava, Ollua, Zaira y Soria (2010) el CSQ es una elección viable y confiable para cualquier tipo de evaluación, debido a que sus propiedades métricas son bastante admisibles, es de carácter predominante en su ambiente no sólo por los procedimientos, sino también por la investigación que ha creado.

  La fiabilidad del cuestionario ha sido medida mediante alfa de Cronbach arrojando valores de .78 a .89, en cuanto a las propiedades psicométricas el instrumento ha expuesto una estructura de primer orden idéntica a la del estudio original, los niveles de consistencia interna son elevados y la validez es suficientemente convergente con todas las medidas utilizadas: disposiciones de personalidad, eficacia percibida del afrontamiento y uso de otras estrategias de afrontamiento. Se considera a la adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento como satisfactoria por sus buenas propiedades psicométricas, brevedad, sencillez de aplicación y rectificación, la ligereza en el análisis de circunstancias estresantes y la factibilidad de combinar información cualitativa con cuantitativa, estas y otras cualidades conciben considerar su empleo, no

únicamente en la investigación, sino también en la práctica clínica (Cano, Rodríguez y García, 2007).

2.3.1 Población y muestra

La población de interés examinada en el presente proyecto comprende a las personas que han sido diagnosticadas con diabetes mellitus e hipertensión arterial independientemente de su procedencia, sexo, edad, estado civil, etnia, situación económica o estado de su enfermedad, que se encuentren asistiendo a un centro de salud en la ciudad de Ambato, teniendo un estimado de 300 casos aproximadamente.

La muestra representa a los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial que están actualmente asistiendo a sus respectivos chequeos en el centro de salud de Ingahurco Área N°1; Del total de casos se seleccionó una muestra representativa, dividida en dos grupos de estudio de 30 personas en cada uno, de los que se deduce un número total estimado de 60 casos.

El tipo de muestreo empleado es no probabilístico por conveniencia, ya que no existía un acceso a una lista completa de la población que permita que cada individuo sea seleccionado, por lo que al ser por conveniencia se seleccionó una muestra de la población por el hecho de ser accesibles.

2.3.1 Procedimiento metodológico

El procedimiento metodológico empleado en la investigación inició a partir de la fundamentación teórica de las variables de interés, se procedió a la recolección de información referente al tema, con el objetivo de tener una sustentación teórica que permita respaldar la importancia del proyecto. Posteriormente, se identificó la población de interés y se pasó a trabajar con la muestra en general. Inmediatamente se efectuó la selección del instrumento a aplicarse, para que se continúe con el análisis respectivo, este es la Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento por Cano, Rodríguez y García (2007).

A continuación, se realizó la aplicación del instrumento a los participantes quienes fueron los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial que acuden al centro de salud de Ingahurco Área N°1; la evaluación mediante los reactivos se le realizó a cada persona individualmente tomando un tiempo de 30 minutos aproximadamente con cada participante. Aparte del instrumento aplicado, se empleó una ficha sociodemográfica cuyo objetivo fue indagar en aspectos como identidad, salud, nivel socioeconómico y demás.

La tabulación de datos se la realizó mediante el uso del programa SPSS, el mismo que permitió obtener el análisis estadístico comparado, posteriormente se pasó a la interpretación de resultados y comprobación de hipótesis, finalmente, por medio de los datos obtenidos se elaboró el modelo explicativo y por ende se especificaron las conclusiones y recomendaciones respectivas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1Análisis de las variables sociodemográficas

En el análisis de las variables sociodemográficas se realiza un análisis descriptivo y considerado de los grupos comparados. Los grupos bajo análisis son los diabéticos (*n= 30 observaciones*) y los hipertensos (*n= 30 observaciones*). Se analizan variables como el sexo, la identificación étnica, la escolaridad y el estado civil de los participantes.

Los datos de las variables se presentan con la frecuencia (*f*) en cada uno de las categorías de los análisis y la representación porcentual (*%*). Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas ($p< .05$) se utilizó la prueba Ji cuadrado (X^2) (ver tabla 4.1).

Tabla 4.1
Análisis de las variables sociodemográficas

Variables	*Diabetes= 30*		*Hipertensión= 30*		*t*
	Media	*Desv.*	*Media*	*Desv.*	
Edad	64,1	12,1	60,2	12,4	1,25
	Frec.	*Porcentaje*	*Frec.*	*Porcentaje*	X^2
Sexo					
Masculino	17	56,7%	13	43,3%	1.07
Femenino	13	43,3%	17	56,7%	
Identificación étnica					
Mestizo	27	90,0%	28	93,4%	.35
Indígena	2	6,7%	1	3,3 %	
Afro-ecuatoriano	1	3,3%	1	3,3 %	
Escolaridad					
Primaria	7	23,3%	15	50%	5.39
Secundaria	16	53,3%	10	33,3%	
Tercer nivel	6	20,0%	5	16,7%	
Cuarto nivel	1	3,3%	0	0%	
Estado civil					
Soltero(a)	0	0%	6	20%	8.9
Unión libre	1	3,3%	2	6,7%	
Casado(a)	21	70,0%	17	56,7%	
Separado(a)	2	6,7%	0	0%	
Divorciado(a)	2	6,7%	2	6,7%	
Viudo(a)	4	13,3%	3	10%	

Nota: *60 observaciones*

En la variable edad en el grupo de diabéticos se encontró puntajes de *M= 64,1 años; Ds= 12,1* y *M= 60,2 años; Ds= 12,4* en el grupo de hipertensos. No se encontraron diferencias significativas $t_{(58)}= 1,25; p> .05$.

En la variable sobre el sexo, el grupo Diabetes estuvo compuesto en un 56,7% por hombres y un 43,3% por mujeres, mientras que el grupo de Hipertensión estuvo compuesto por una distribución similar por sexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $X^2= 1,07$ *puntos; p> .05* y se considera que ambas distribuciones son iguales (ver gráfico 4.1).

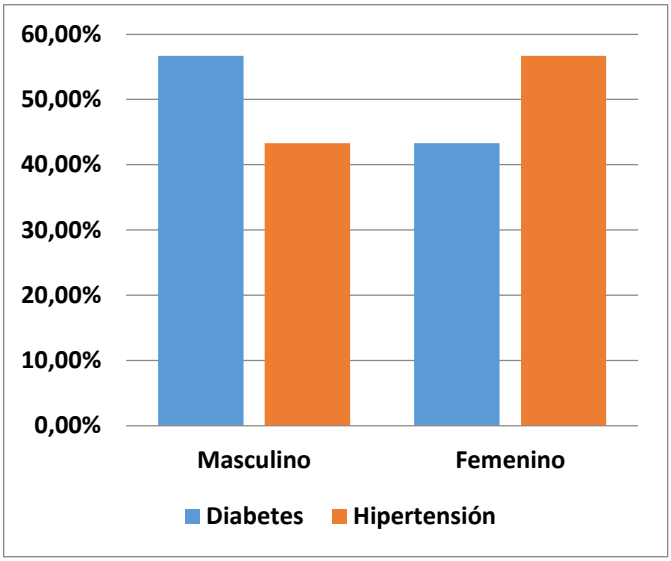


Gráfico 4.1 *Representación gráfica de los grupos analizados considerando el sexo*

El sexo masculino se mostró con un mayor número de presencia en el grupo de diabetes mientras que en el caso del grupo de hipertensión fue el de las mujeres. Aunque no se encontraron diferencias significativas en la distribución de los grupos.

Por otra parte, en la variable de identificación étnica, el grupo de Diabetes estuvo compuesto en un 9% por mestizos, un 6,7% por indígenas y un 3,3% por afro-ecuatorianos, mientras que el grupo de hipertensión estuvo compuesto por un 93,4% por mestizos y un 3,3% por indígenas y afro-ecuatorianos respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $X^2 = .35;\ p > .05$ entre los grupos por lo que se concluye que las distribuciones de ambos grupos son similares (ver gráfico 4.2).

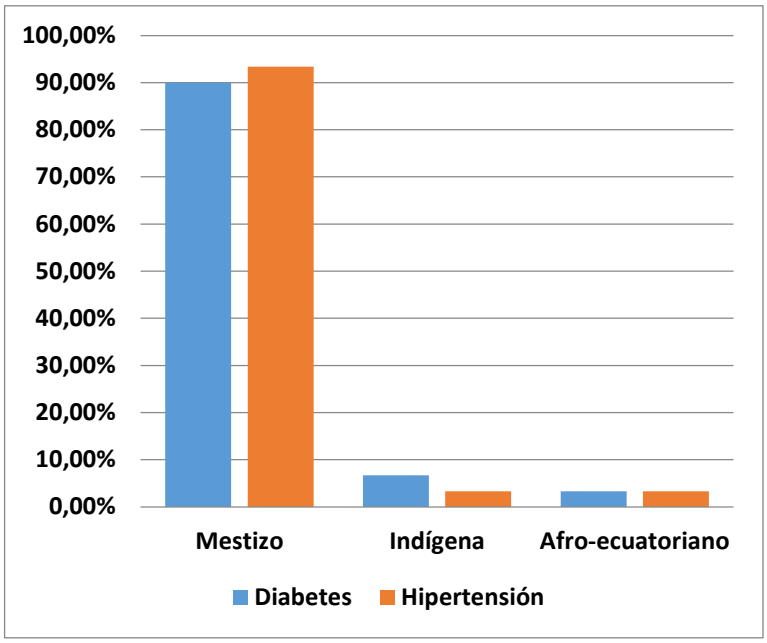


Gráfico 4.2 *Representación gráfica de la distribución de los participantes en función de la autodefinición étnica entre los grupos en comparación*

La representación gráfica muestra que entre los grupos de análisis la autodefinición étnica que más prevalece es la mestiza. En ambos grupos la representación está sobre el 90% de las frecuencias. El resto de autodefiniciones étnicas no supera el 10% de los casos en ambos grupos.

Sobre la escolaridad, en el grupo de pacientes con Diabetes el 23,3% tiene escolaridad de primaria, un 53,3% con secundaria, un 20% de participantes con tercer nivel y un 3,3% con participantes que tienen cuarto nivel. Mientras que el grupo de hipertensión estuvo compuesto por un 50% por participantes con escolaridad de primaria, un 33% con secundaria y un 17% con tercer nivel. No se encontraron diferencias

estadísticamente significativas $X^2 = 5.39;\ p > .05$ por lo que se considera que la distribución es similar entre ambos grupos (gráfico 4.3).

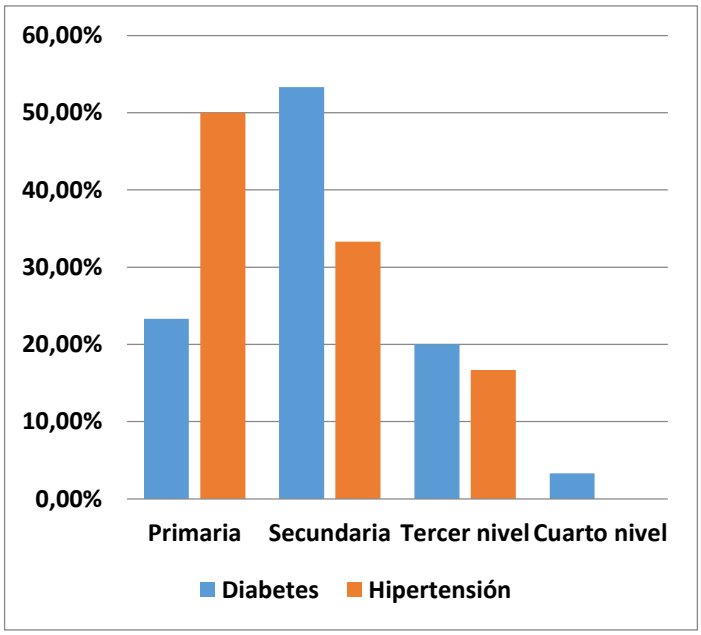


Gráfico 4.3 *Representación gráfica de la distribución de los grupos en consideración al nivel de escolaridad adquirido*

La representación gráfica muestra que la secundaria es la categoría con mayor proporción que sobrepasa el 50% mientras que aquellos que tienen cuarto nivel son menores al 10%. En el caso del grupo de hipertensión la escolaridad con mayor frecuencia es la primaria con cerca del 50% de los casos, la de menor frecuencia corresponde al tercer nivel, no se registraron casos en participantes que cuentan con cuarto nivel.

Sobre el estado civil de los participantes, en el grupo de pacientes con Diabetes el 3,3% están en Unión libre, el 70% son casados(as), un 6,7% son separados, un 6.7% son

divorciados(a) y un 13,3% de los participantes son viudos(as). Mientras que el grupo de Hipertensión estuvo conformado por un 20% por solteros(as), un 7% en unión libre, un 57% son casados(as), un 7% son divorciados(as) y un 10% por viudos(as). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $X^2= 8,9;\ p> .05$ entre los grupos de análisis por lo que se consideran similares en ambas distribuciones (ver gráfico 4.4).

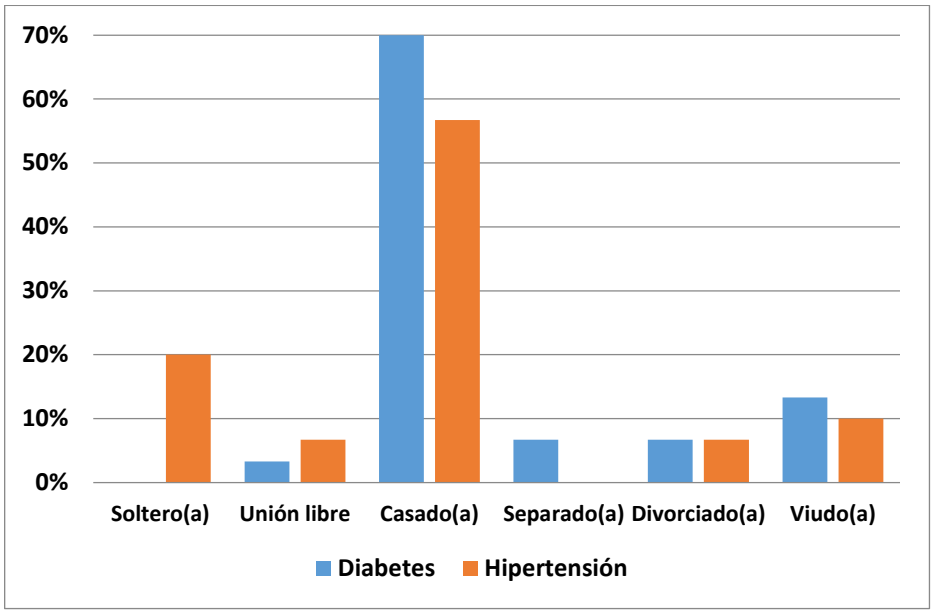


Gráfico 4.4 *Representación gráfica de la distribución de los participantes de acuerdo al estado civil que poseen considerando los grupos de análisis*

Se evidencia una presencia mayoritaria de participantes con estado civil de soltero, se presencian entre el 57% y el 70% entre los grupos de análisis respectivamente. Mientras que la condición de Unión libre, separados(as) y divorciados(as) son las de menor representación con menos del 10%.

En el siguiente análisis se contrastan las variables de presencia o no de actividad económica entre los grupos comparados, también la situación económica actual (bajo, medio bajo, medio típico y medio alto), la convivencia con otros familiares solo(a), conyugue o hijos(as), la ciudad de domicilio actual (Ambato, Pelileo, Píllaro y El Tena) y las provincias de procedencia (Tungurahua, Pichincha y otras provincias) (ver tabla 4.2).

Tabla 4.2
Análisis de las variables sociodemográficas

Variables	***Diabetes= 30***		***Hipertensión= 30***		X^2
	Frec.	***Porcentaje***	***Frec.***	***Porcentaje***	
Mantiene actividad económica					
Si	12	40,0%	22	73,3%	6.78**
No	18	60,0%	8	26,7%	
Situación económica actual					
Medio alto	4	13,3%	1	3,3%	6.16
Medio típico	14	46,7%	9	30%	
Medio bajo	11	36,7%	15	50%	
Bajo	1	3,3%	5	16,7%	
Convivencia					
Solo	2	6,7%	7	23,3%	3.34
Con conyugue	21	70,0%	18	60%	
Con Hijos	7	23,3%	5	16,7%	
Ciudad de domicilio					
Ambato	25	83,3%	30	100,0%	5.46
Patate	2	6,7%	0	0%	
Píllaro	1	3,3%	0	0%	
Tena	2	6,7%	0	0%	
Provincia de procedencia					
Tungurahua	25	83,3%	23	76,7%	.583
Pichincha	2	6,7%	2	6,7%	
Otras	3	10,0%	5	16,7%	

Nota: * p< .05; ** p< .01

Acerca de la actividad económica de los participantes, en el grupo de pacientes diabéticos mantiene actividad económica un 40% de los mismos, mientras que el 60%

restante no lo hacen. En el grupo de pacientes hipertensos el 73,3% presentan actividad económica mientras que el 26,7% no lo hacen. Se identificó una presencia de diferencias estadísticamente significativas $X^2=6.78;\ p< .01$ en el que se aprecia que la distribución de las categorías es distinta entre los grupos analizados (gráfico 4.5).

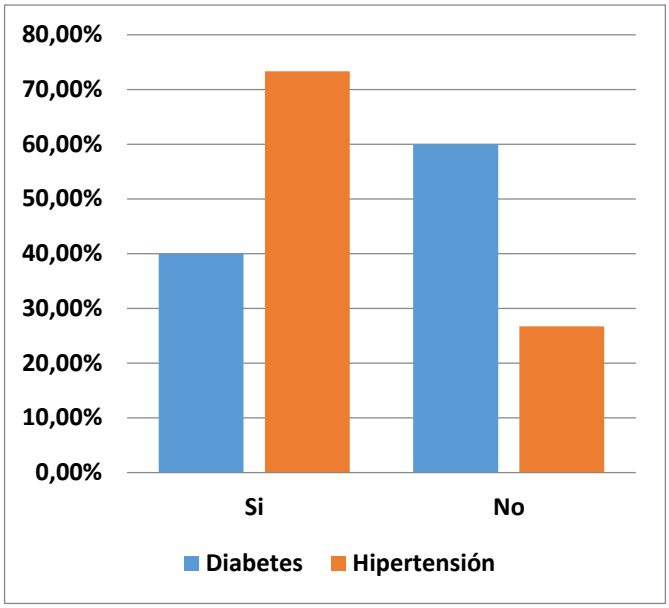


Gráfico 4.5 *Representación de la participación en actividades laborales de los grupos analizados*

Resalta como el grupo de participantes con el diagnóstico de hipertensión gozan de mayor participación en alguna actividad económica más de lo que lo hace el grupo de diabéticos. Se halló evidencia de diferencias significativas entre los grupos por lo que se concluye que los grupos se comportan de manera distinta.

En cuanto al nivel socioeconómico que mantienen los participantes, en el grupo de diabéticos un 3,3% se refiere a que pertenece a un estrato socioeconómico bajo, un

36,7% a uno de tipo medio bajo, un 46,7% a uno medio típico y un 13,3% al estrato medio alto. Por otra parte, en el grupo de hipertensos, un 16,7% se autodefinió como de estrato bajo, un 50% como medio bajo, un 30% como medio típico y un 3,3% como estrato medio alto. No se encontraron diferencias entre los grupos $X^2 = 6.16;\ p > .05$ en el que los grupos distan entre las categorías propuestas (ver gráfico 6).

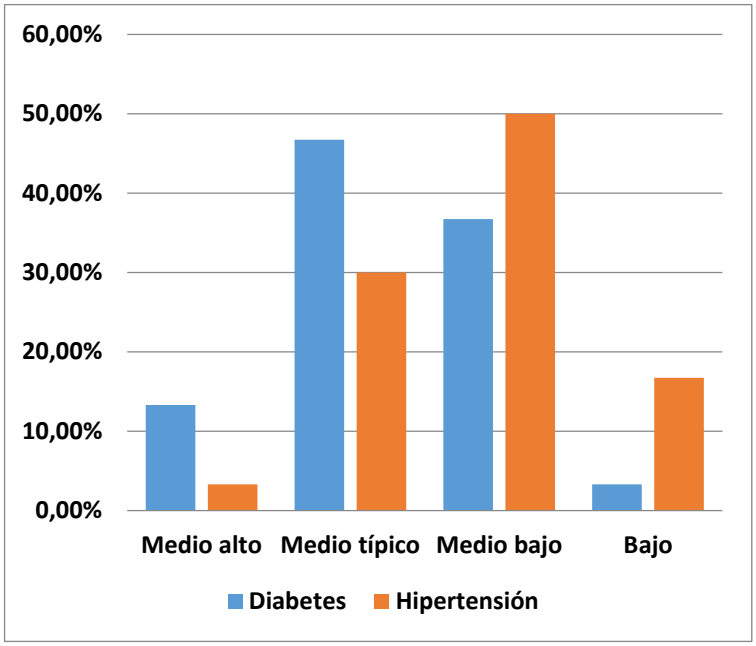


Gráfico 4.6 *Representación gráfica de los grupos analizados en consideración del estrato socioeconómico en el que se autodefinen*

La representación gráfica de los participantes muestra en el grupo de diabéticos mayor presencia de participantes en los estratos socioeconómicos medio típico y medio alto mientras que en el grupo de hipertensos la mayor representación se da en los estratos medio bajo y bajo. Las diferencias existentes entre los participantes muestran que las distribuciones de los grupos son similares.

En cuanto a la convivencia que mantienen los miembros del estudio se debe considerar que en el grupo de diabéticos(as) un 6,7% manifiesta que vive de manera independiente, un 70% viven con la pareja y un 23,3% con los hijos e hijas. En el grupo de los hipertensos(as) un 23,3% reportan que viven solos, un 60% con la pareja o conyugue y un 16,7% viven con sus hijos o hijas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 3.34;\ p > .05$ por lo que se considera que los grupos muestran distribuciones similares (ver gráfico 4.7).

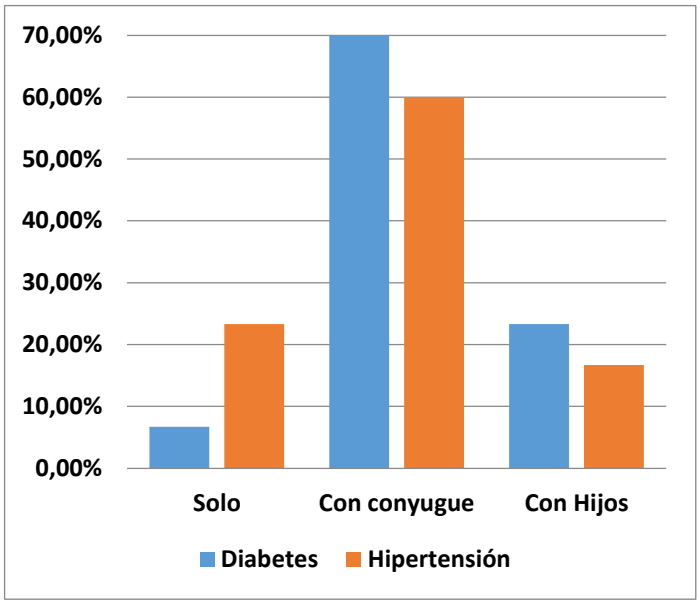


Gráfico 4.7 *Representación gráfica de los participantes en grupos de acuerdo al tipo de convivencia que mantienen*

En el gráfico de análisis se puede observar que en los grupos de estudio prevalece de manera similar una convivencia de los mismos con la pareja o conyugue. En el grupo de hipertensos prevalece después la convivencia sola y finalmente con hijos o hijas como tercera preferencia. En el caso del grupo de diabéticos posterior a la convivencia con

el/la conyugue prevalece la convivencia con hijas e hijos y después la vivencia independiente.

Se buscó de la misma manera conocer las ciudades en los que se encuentra domiciliados(as) actualmente los participantes. Del grupo de diabéticos el 83,3% se encuentra domiciliados en la ciudad de Ambato, el 6,7% en las ciudades de Patate y El Tena respectivamente y un 3,3% en la ciudad de Píllaro. En el caso del grupo de hipertensos, el 100% de los participantes de este grupo se encuentran domiciliados en la ciudad de Ambato. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 5.28; p > .05$ (Gráfico 4.8).

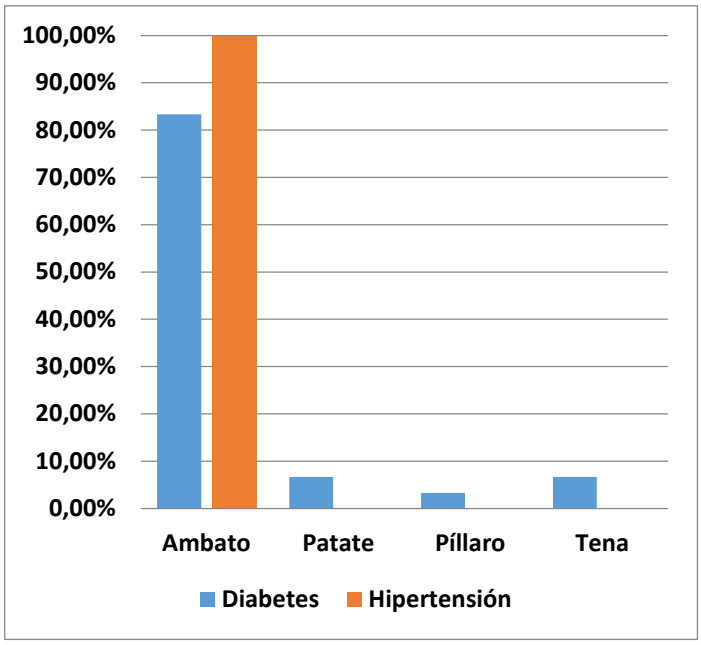


Gráfico 4.8 *Representación gráfica de las ciudades en las que se encuentran domiciliados los participantes de los grupos de análisis*

La representación gráfica muestra que en los grupos de análisis prevalecen las personas que residen en la ciudad de Ambato. En el caso del grupo de diabéticos unas secciones de los participantes se movilizan desde sus ciudades de domicilio hacia a Ambato para realizar su seguimiento médico.

Con respecto a las provincias de procedencia de los participantes del estudio, en el grupo de diabéticos un 83,3% de los mismos proceden de la provincia de Tungurahua, mientras que un 6,7% son de la provincia de Pichincha y un 10% proceden de otras provincias del Ecuador. Por otra parte, en el grupo de hipertensos, un 76,7% son de la provincia de Tungurahua, un 6,7% proceden de la provincia de Pichincha y un 16,7% de otras provincias del Ecuador. No se encontraron diferencias entre los grupos analizados X^2=

.583; p> .05 por lo que se considera similar comportamiento entre los grupos (Ver gráfico 4.9).

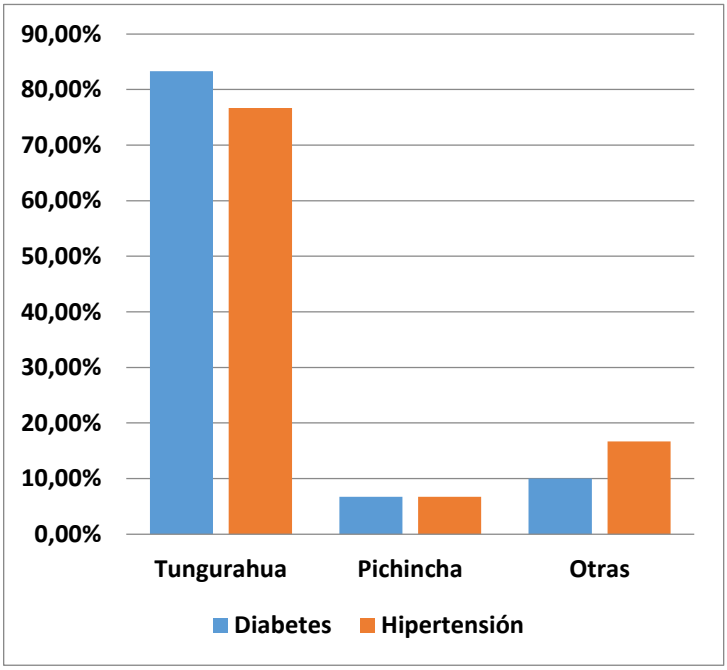


Gráfico 4.9 *Representación gráfica de las provincias de procedencia entre los participantes de los grupos analizados.*

En los grupos tanto de diabéticos como de hipertensos una notable mayoría son procedentes de la provincia de Tungurahua seguido de participantes de otras provincias del Ecuador y finalmente de pacientes procedentes de la provincia de Pichincha.

4.2Análisis descriptivo del CSQ

Se plantea la realización de un análisis descriptivo del CSQ para conocer el comportamiento los participantes en cada uno de los factores. Para ello se busca conocer el puntaje mínimo (*mín.*), el máximo (*máx.*), la media (*M*) y la desviación estándar (*Ds*).

A su vez los resultados de las medias de los factores del CSQ son comparados con el punto de corte para conocer si los puntajes hallados se encuentran por encima del punto de corte (*significativo*) o por debajo (*no significativo*) del mismo.

Los puntos de corte para el análisis son: Resolución de problemas (16 puntos); Autocrítica (tres puntos); Expresión emocional (nueve puntos); Pensamiento desiderativo (12 puntos); Apoyo Social (11 puntos); Reestructuración Cognitiva (10 puntos); Evitación de problemas (cinco puntos) y Retirada Social (tres puntos) (ver tabla 4.3).

Tabla 4.3
Análisis descriptivos del IEA

Factores	***Mín.***	***Máx.***	***Media***	***Desv. típ.***
Resolución de Problemas	6	20	16,57	3,7
Autocrítica	0	18	7,88	5,11
Expresión emocional	0	20	12,07	4,51
Pensamiento desiderativo	2	20	13,08	4,62
Apoyo social	5	20	14,87	3,99
Reestructuración cognitiva	5	20	15,8	3,98
Evitación de problemas	1	20	9,07	4,78
Retirada social	0	18	6,93	4,49

Nota: *60 observaciones*

En el factor Resolución de Problemas se hallaron valores de *Mín= 6 puntos*, *Máx= 20 puntos* con medias de *M= 16,57 puntos; Ds= 3,7*. En el factor Autocrítica por otra parte los resultados descriptivos fueron: *Mín= 0 puntos*, *Máx= 18 puntos* con medias de *M= 7,88 puntos; Ds= 5,11*. Además en el factor Expresión emocional se encontró *Mín= 0 puntos*, *Máx= 20 puntos* con medias de *M= 12,07 puntos; Ds= 4,51*. En el

factor Pensamiento desiderativo se obtuvo: *Mín= 2 puntos*, *Máx= 20 puntos* con medias de *M= 13,08 puntos; Ds= 4,62*.

Por otra parte, en el factor Apoyo social los resultados fueron de *Mín= 5 puntos*, *Máx= 20 puntos* con medias de *M= 14,87 puntos; Ds= 3,99*. Mientras que en el factor Reestructuración cognitiva se halló puntajes de *Mín= 5 puntos*, *Máx= 20 puntos* con medias de *M= 15,8 puntos; Ds= 3,98*. En el factor Evitación de problemas los valores fueron de *Mín= 1 punto*, *Máx= 20 puntos* con medias de *M= 9,07 puntos; Ds= 4,78*. Y en el factor Retirada social los puntajes alcanzados fueron *Mín= 0 puntos*, *Máx= 18 puntos* con medias de *M= 6,93 puntos; Ds= 4,49* (ver gráfico 4.10).

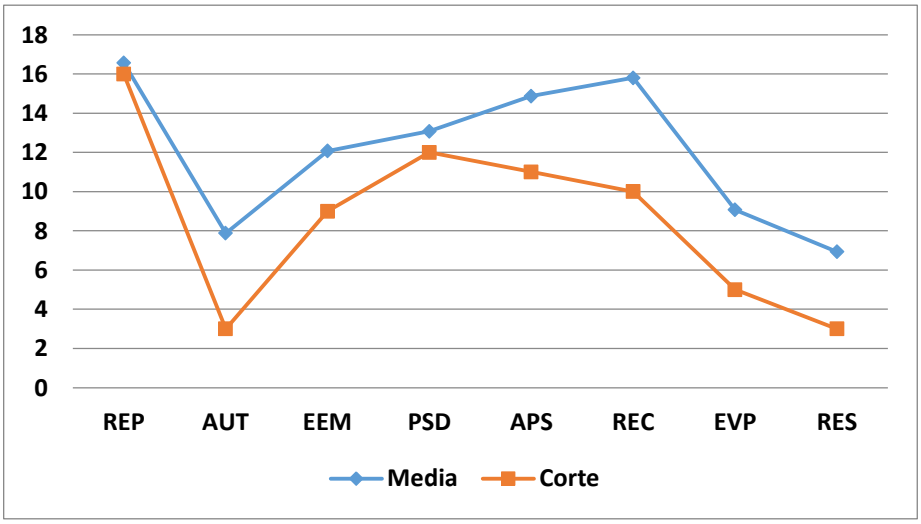


Gráfico 4.10 *Representación gráfica de las medias de los puntajes alcanzados en los factores del IEA y comparado con el punto de corte*

La representación gráfica del CSQ muestra que todos los factores del mismo se encuentran por encima del punto de corte evidenciando en los puntajes una presencia significativa entre los valores de los factores analizados. En este aspecto destacan las

estrategias Autocrítica y Reestructuración Cognitiva como dichas estrategias que presentan mayor distancia entre las medias y el punto de corte.

4.3Análisis de consistencia interna

Como parte del proceso de identificación de la fiabilidad del CSQ se realizó un análisis de la consistencia interna de los ítems. Este proceso se lo realizó a través del uso del Coeficiente de Consistencia Interna de Cronbach (α). Las puntuaciones que ocupan puntajes de $\alpha > .8$ son consideradas como puntajes elevados de consistencia, mientras que aquellas que se encuentran entre $\alpha > .6$ y $< .8$ se las considera como puntajes de consistencia moderada (ver tabla 4.4).

Tabla 4.4
Análisis de consistencia interna del IEA

Factores	*Ítems*	*Alpha*
Resolución de Problemas	5	.84
Autocrítica	5	.86
Expresión emocional	5	.81
Pensamiento desiderativo	5	.84
Apoyo social	5	.83
Reestructuración cognitiva	5	.84
Evitación de problemas	5	.77
Retirada social	5	.85

Nota: *60 observaciones*

El análisis de consistencia interna mostró que el factor Evitación de problemas presentó un coeficiente de $\alpha = .77$ equivalente a consistencia moderada. En el resto de factores del CSQ se encontraron resultados entre $\alpha = .81$ (Expresión emocional) y $\alpha = .86$ (Autocrítica) que equivalen a consistencias internas de tipo alta. De esto se puede extraer

que el CSQ muestra consistencia mayoritariamente alta entre sus ítems con la excepción del factor Evitación de problemas que se considera como moderada.

4.4 Análisis comparado por grupos de pacientes: Con diabetes y con hipertensión

En esta sección del análisis se busca conocer la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en las puntuaciones medias de los factores del CSQ entre los grupos de estudio (Diabetes e Hipertensión). Para lo cual se procede a un análisis de comparación de medias. La prueba de hipótesis nula comprende el uso de la prueba t de estudiante (t) (ver tabla 4.5).

Tabla 4.5
Análisis comparado de los factores del IEA entre los grupos con diabetes e hipertensión

Factores	*Diabetes= 30*		*Hipertensión= 30*		*t*
	Media	*Desv.*	*Media*	*Desv.*	
Resolución de Problemas	17,67	2,68	15,46	4,26	2,4*
Autocrítica	6,7	5,06	9,1	5	-1,83
Expresión emocional	11	4,77	13,13	4	-1,87
Pensamiento desiderativo	11,7	4,45	14,67	4,44	-2.41*
Apoyo social	15,67	3,59	14,1	4,26	1,57
Reestructuración cognitiva	16,9	3,13	14,7	4,47	2,21*
Evitación de problemas	8,07	4,56	10,1	4,86	-1,65
Retirada social	5,83	3,95	8	4,78	-1,94

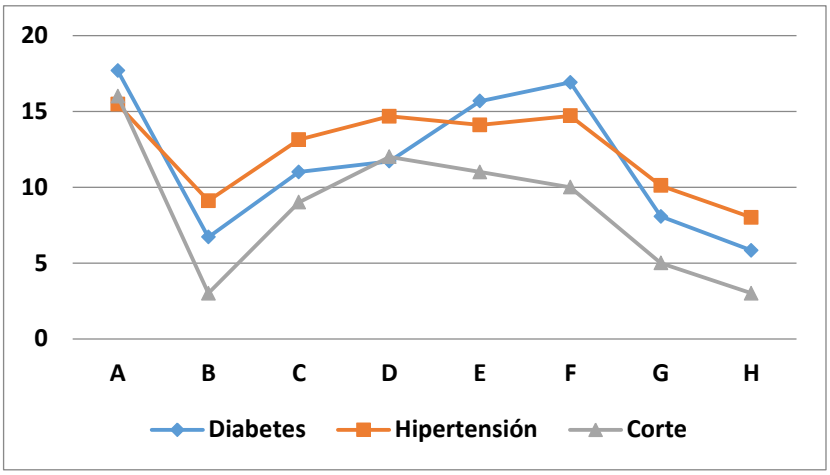
Nota: * $p < .05$

En el análisis descriptivo por grupos, se encontró que en la estrategia Resolución de problemas se observaron puntuaciones de $M_{(diabetes)} = 17,67$ *puntos;* $Ds = 2,68$ y $M_{(hipertensión)} = 15,46$ *puntos;* $Ds = 4,26$. Además se hallaron diferencias estadísticamente significativas $t_{(57)} = 2,4$; $p < .05$ en el que los pacientes con diabetes puntúan mucho más

que los pacientes con hipertensión. En la estrategia Autocrítica se encontraron resultados de $M_{(diabetes)}$= *6,7 puntos; Ds= 5,06* y $M_{(hipertensión)}$= *9,1 puntos; Ds= 5*. No se encontraron diferencias entre ambos grupos $t_{(57)}$= *-1,83; p> .05*.

En la estrategia Expresión emocional los resultados hallados fueron de $M_{(diabetes)}$= *11 puntos; Ds= 4,77* y $M_{(hipertensión)}$= *13,13 puntos; Ds= 4*. No se encontraron diferencias entre ambos grupos $t_{(57)}$= *-1,87; p> .05*. Mientras que los resultados de la estrategia Pensamiento Desiderativo fueron de $M_{(diabetes)}$= *11,7 puntos; Ds= 4,45* y $M_{(hipertensión)}$= *14,67 puntos; Ds= 4,44*. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $t_{(57)}$= *-2,41; p< .05*.

En el factor Evitación de problemas se encontraron puntajes de $M_{(diabetes)}$= *8,07 puntos; Ds= 4,56* y $M_{(hipertensión)}$= *10,1 puntos; Ds= 4,86*. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $t_{(57)}$= *-1,65; p> .05*. En el factor Retirada Social los puntajes hallados fueron a $M_{(diabetes)}$= *5,83 puntos; Ds= 3,95* y $M_{(hipertensión)}$= *8 puntos; Ds= 4,78*. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos $t_{(57)}$= *-1,94; p> .05* (ver gráfico 4.11).



Nota: *A: Resolución de Problemas; B: Autocrítica; C: Expresión emocional; D: Pensamiento desiderativo; E: Apoyo social; F: Reestructuración cognitiva; G: Evitación de problemas; H: Retirada social*

Gráfico 4.11 *Representación gráfica de los puntajes medios de los factores del EIA entre los grupos comparados*

En la estrategia Resolución de problemas y Reestructuración Cognitiva se dieron mayores diferencias entre los grupos analizados, en el que las personas con diabetes puntúan más que aquellas con hipertensión. En cambio, en la estrategia Pensamiento Desiderativo el grupo de Hipertensión puntúa más que el grupo con diabetes además de evidenciar diferencias estadísticamente significativas.

El grupo de diabetes tiende a puntuar ligeramente por encima del grupo de hipertensión en la estrategia de Apoyo Social. Mientras que el grupo de Hipertensión tiende a puntuar en Autocrítica, Expresión Emocional, Evitación de problemas y Retirada Social, pero no con diferencias significativas.

Además, el factor Pensamiento Desiderativo en el grupo diabetes es el único factor que su puntuación se encuentra bajo el punto de corte a diferencia de los restantes factores en los distintos grupos de análisis.

4.5 Análisis comparado de estrategia predominante por grupos: Pacientes diabéticos y pacientes con hipertensión

El presente análisis comprende la identificación de la estrategia de afrontamiento predominante de las ocho estrategias propuestas en el CSQ entre los participantes para conocer la dinámica de la prevalencia entre los grupos bajo análisis (ver tabla 4.6).

Tabla 4.6
Análisis de las variables sociodemográficas

Variables	***Diabetes= 30***		***Hipertensión= 30***		***X^2***
	Frec.	***%***	***Frec.***	***%***	
Resolución de Problemas	7	23,3%	6	20%	
Expresión emocional	2	6,7%	5	16,7%	
Pensamiento desiderativo	2	6,7%	4	13,3%	
Apoyo social	1	3,3%	5	16,7%	16,97**
Reestructuración cognitiva	16	53,3%	5	16,7%	
Evitación de problemas	1	3,3%	4	13,3%	
Retirada social	3	10,0%	1	3,3%	

Nota: * $p < .05$

El análisis de estrategias predominantes muestra en el grupo de participantes con diabetes un 23,3% se evidencia como estrategia la Resolución de problemas, las estrategias Expresión emocional y Pensamiento desiderativo predominan un 6,7% respectivamente. Un 53,3% para la estrategia de Reestructuración Cognitiva, un 10% es predominante la Retirada Social y un 3,3% para la estrategia Apoyo Social y Evitación de problemas respectivamente.

En el grupo de hipertensos los hallazgos muestran en un 20% la predominancia de la estrategia Resolución de Problemas. Un 16,7% en la estrategia Expresión emocional, Apoyo Social y Reestructuración Cognitiva cada una. Un 13,3% respectivamente para las estrategias Pensamiento Desiderativo y Evitación de problemas y un 3,3% para la Estrategia Retirada Social.

Se debe resaltar que la estrategia Autocrítica no fue predominante en ninguno de los grupos analizados. Además, en la distribución de las categorías del CSQ se encontraron diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 16,97;\ p<.01$ por lo que las distribuciones entre grupos difieren notablemente (gráfico 4.12).

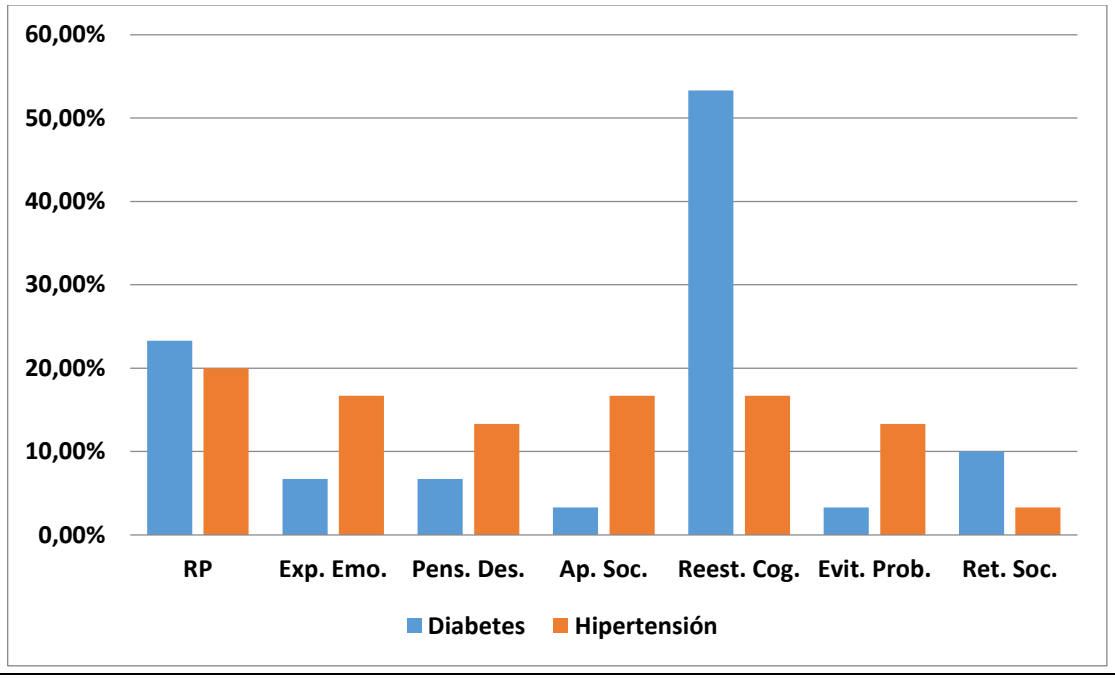


Gráfico 4.12 *Representación gráfica de los puntajes medios de los factores del EIA entre los grupos comparados*

La representación gráfica muestra que en los diabéticos predomina en más de un 50% del total de las observaciones, la estrategia Reestructuración Cognitiva, seguida por la estrategia Resolución de Problemas. En el caso del grupo de participantes con Hipertensión es predominante la estrategia Resolución de problemas, el resto de observaciones tiende a repartirse de manera uniforme.

También la existencia de diferencias estadísticamente significativas muestra que la distribución de las estrategias difiere entre los grupos de análisis, la característica del grupo de diabéticos es que tiende a concentrarse en una sola estrategia, siendo la Reestructuración Cognitiva, mientras que en el grupo de hipertensos existe mayor homogeneidad a la hora de la selección de las distintas estrategias.

4.6 Análisis de incidencia de la condición de enfermedad en las estrategias de afrontamiento de mayor prevalencia

Acerca de la incidencia en como la condición de enfermedad explica la estrategia de afrontamiento en el caso de la hipertensión y la diabetes con respecto a la Reestructuración Cognitiva, esta puede ser explicada en un 8% aproximadamente los cambios en la varianza ($R^2 = .08$). Mientras que en el caso de la estrategia Resolución de problemas esta puede explicar en un 9% ($R^2 = .09$) los cambios en la varianza de la estrategia (ver gráfico 4.13).

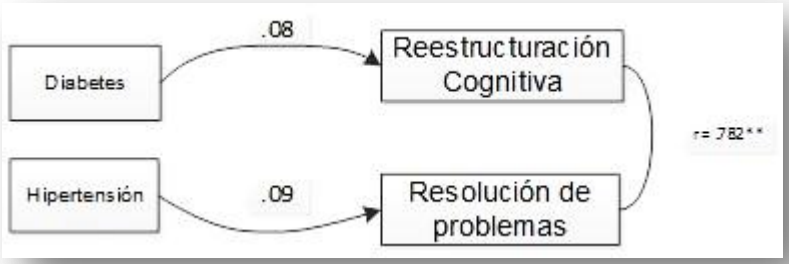


Gráfico 4.13 *Modelo explicativo de la incidencia de las enfermedades en las estrategias de afrontamiento de mayor dominancia*

Además, existe una correlación altamente positiva entre la estrategia de Restructuración cognitiva y de Resolución de problemas r = 782; p = 1.01. lo que señala la estrecha relación entre las mismas.

También se puede apreciar como la condición de la diabetes y de la hipertensión influyen en los mecanismos de afrontamiento y direccionan la elección de uno u otro. Esto a su vez favorece como evidencia de cómo se estructura el pensamiento y como estímulos internos y constantes, contribuyen a la formación de dicho pensamiento, como también permite considerar la forma de constituir el mundo y vivirlo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

En base al trabajo de investigación realizado, a partir de los datos obtenidos y el análisis al respecto de los mismos, se concluye:

- Con respecto al análisis sociodemográfico de la presente investigación el grupo Diabetes estuvo compuesto en un 56,7% por hombres y un 43,3% por mujeres, mientras que el grupo de hipertensión estuvo compuesto por una distribución similar por sexo. La edad media entre los participantes del grupo de diabéticos es de 64,1 años y en el grupo de hipertensos es de 60,2 años. Sobre el estado civil de los participantes, en el grupo de pacientes con Diabetes el 3,3% están en Unión libre, el 70% son casados(as), 6,7% son separados, 6.7% son divorciados(as) y un 13,3% de los participantes son viudos(as). Mientras que el grupo de Hipertensión un 20% solteros(as), 7% en unión libre, 57% son casados(as), 7% son divorciados(as) y 10% por viudos(as). En cuanto a la convivencia se determinó del grupo de diabéticos que un 70% vive con la pareja, un 6,7% vive de manera independiente, y un 23,3% con los hijos e hijas. En el grupo de los hipertensos(as) un 60%

- reportan que viven con la pareja o conyugue, un 23,3% viven solos, y un 16,7% viven con sus hijos o hijas.

- En cuanto a la escolaridad, en los Diabéticos el 23,3% tiene escolaridad primaria, 53,3% secundaria, 20% tercer nivel y 3,3% cuarto nivel. Mientras que en los hipertensos un 50% escolaridad de primaria, 33% secundaria y un 17% con tercer nivel. Acerca de la actividad económica de los participantes, en el grupo de pacientes diabéticos mantiene actividad económica un 40% de los mismos mientras que el 60% restante no. En el grupo de pacientes hipertensos el 73,3% presentan actividad económica mientras que el 26,7% no lo hacen. En cuanto al nivel socioeconómico que mantienen los participantes, en el grupo de diabéticos un 3,3% pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, un 36,7% a uno de tipo medio bajo, un 46,7% a uno medio típico y un 13,3% al estrato medio alto. Por otra parte, en el grupo de hipertensos, un 16,7% se autodefinió como de estrato bajo, un 50% como medio bajo, un 30% como medio típico y un 3,3% como estrato medio alto. Se concluye que en el grupo de diabéticos existe mayor presencia de participantes en los estratos socioeconómicos medio típico y medio alto mientras que en el grupo de hipertensos la mayor representación se da en los estratos medio bajo y bajo.

- En cuanto al domicilio, dentro del grupo de diabéticos el 83,3% se encuentra domiciliados en la ciudad de Ambato, el 6,7% de las ciudades de Patate y El

Tena respectivamente y un 3,3% de la ciudad de Píllaro. En el caso del grupo de hipertensos, el 100% de los participantes de este grupo se encuentran domiciliados en la ciudad de Ambato. Por otra parte, en la variable de identificación étnica, el grupo de Diabetes estuvo compuesto en un 9% por mestizos, un 6,7% por indígenas y un 3,3% por afro-ecuatorianos, mientras que el grupo de hipertensión estuvo compuesto por un 93,4% por mestizos y un 3,3% por indígenas y afro-ecuatorianos respectivamente.

- La representación gráfica del CSQ (Inventario de Estrategias de Afrontamiento) muestra que todos los factores se encuentran por encima del punto de corte expresando una presencia significativa entre las puntuaciones de los factores analizados, se demuestra así que si existen estrategias de afrontamiento en los sujetos de estudio, las cuales permiten sobrellevar su enfermedad. Se destaca la Autocrítica y Reestructuración Cognitiva como las estrategias que presentan mayor distancia entre las medias y el punto de corte, siendo las que puntúan por debajo de las demás. El análisis de consistencia interna demostró que el factor Evitación de problemas presentó una consistencia moderada, en el resto de factores del CSQ se encontraron resultados de consistencia interna mayoritariamente alta.

- El análisis de estrategias predominantes muestra en el grupo de participantes con diabetes predominancia en la estrategia Reestructuración Cognitiva con un 53,3%, un 23,3% en Resolución de problemas, Retirada Social con un

10%, las estrategias Expresión emocional y Pensamiento desiderativo representan un 6,7% cada una, Apoyo Social y Evitación de problemas con un 3,3% respectivamente. En el grupo de hipertensos se muestra en un 20% la predominancia de la estrategia Resolución de Problemas, 16,7% en Expresión emocional, Apoyo Social y Reestructuración Cognitiva, 13,3% para las estrategias Pensamiento Desiderativo y Evitación de problemas y un 3,3% para la Estrategia Retirada Social. En el grupo de diabéticos es predominante en más de un 50% la estrategia Reestructuración Cognitiva, seguida por la Resolución de Problemas. En el grupo de Hipertensos es predominante la estrategia Resolución de problemas, el resto de observaciones tiende a repartirse de manera uniforme.

- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis comparado de los grupos, se observó que los pacientes con diabetes puntúan más que los pacientes con hipertensión en la estrategia Resolución de problemas con puntuaciones de $M_{(diabetes)}$*= 17,67 puntos; Ds= 2,68* y $M_{(hipertensión)}$*= 15,46 puntos; Ds= 4,26*, demostrando así que las personas con diabetes poseen un comportamiento desigualmente superior en dicho factor, por otra parte los resultados de la estrategia Pensamiento Desiderativo fueron de $M_{(diabetes)}$*= 11,7 puntos; Ds= 4,45* y $M_{(hipertensión)}$*= 14,67 puntos; Ds= 4,44*, encontrándose así diferencias significativas entre ambos grupos siendo los hipertensos quienes superan en puntuaciones a los diabéticos. Además de esto, el factor Pensamiento Desiderativo en el grupo diabetes es el único

factor que su puntuación se encuentra bajo el punto de corte a diferencia de los restantes factores en los distintos grupos de análisis.

- En cuanto al modelo explicativo propuesto se efectuó un análisis de incidencia de la condición de enfermedad en las estrategias de afrontamiento de mayor prevalencia, al respecto se explica que la estrategia de afrontamiento Reestructuración Cognitiva, en el caso de las personas con hipertensión y las personas con diabetes puede ser explicada en un 8% aproximadamente los cambios en la varianza ($R^2 = .08$). Mientras que en el caso de la estrategia Resolución de problemas en los grupos de diabéticos e hipertensos puede explicar en un 9% ($R^2 = .09$) los cambios en la varianza de la estrategia.

5.2. Recomendaciones

A fin de determinar las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes con diabetes e hipertensión arterial se proponen las siguientes recomendaciones.

- La población de interés de la presente investigación representa en su totalidad a las personas diagnosticadas con Diabetes e Hipertensión arterial; el contacto con dichos pacientes, permitió entender que es recomendable efectuar planes acerca del afrontamiento en las enfermedades crónicas, con la finalidad de entender y afrontar la enfermedad.

- Dado que no todas las estrategias de afrontamiento existentes son utilizadas por los pacientes del grupo de diabéticos, se sugiere realizar con los pacientes y con el personal del centro de salud, una intervención psicológica destinada a que los individuos desarrollen sus estrategias de manera uniforme para poder sobrellevar su enfermedad.

- Se sugiere para próximas investigaciones acerca de las estrategias de afrontamiento, el empleo del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) como instrumento de valoración, debido al alto grado de fiabilidad y consistencia interna en los resultados, tomando en cuenta también la confiabilidad en la aplicación.

- Es recomendable para posteriores estudios realizar una ampliación de la investigación, de tal manera que sea efectuada con un alto número de participantes y así poder recolectar una mayor cantidad de datos poblacionales, al replicar la investigación con una población elevada, se permitirá comprender la problemática a profundidad y confirmar o descartar los resultados obtenidos.

- Finalmente, debido a que la presente investigación fue realizada durante un semestre se considera necesario un estudio de corte longitudinal considerablemente más amplio, mismo que permita entender el fenómeno a profundidad y así confirmar, rectificar o desechar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

Alcoser. (2012). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán.* Guayaquil: Tesis no publicada.

Álvarez, L., Rueda, S., & González, L. &. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de bucaramanga. *Psicoperspectivas*, 270-290.

Arjona, J., & Guerrero, S. (2001). Un estudio sobre los estilos y las estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación. *Psicología Científica*, 1-13.

Bernard, J. E., & Eduardo, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: Aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. . *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 114-126.

Betta, R., Morales, G., & Rodríguez, K. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento psicológico*, 9-19.

Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud.* Madrid: Paninfo.

Buendía, J., & Mira, J. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil.* . Murcia:: EDITUM.

Campusano, E. (2004). *Estrés y Salud. Apunte de cátedra Psicología de la Salud.* Santiago: Universidad de las Américas.

Cano, F., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adapatación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *ProQuest*, 29-39.

Casado. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. . *Equipo de Salud Mental Alcalá-Dos Hermanas*, 1-10.

Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo.* Buenos Aires: Paidós.

Coca, A., Aranda, P., Marín, R., & Calvo, C. (2000). Hipertensión arterial y diabetes no insulinodependiente. En Casos Clínicos en Hipertensión Arterial. 2º ed. *Masson.*, 101-106.

Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., & Vives, M. y. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles en América Latina. *Salud pública de México* , 56-64.

Fernández, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional.* León: Tesis no publicada.

Figuerola, D. (2003). *Diabetes 4ta ed.* Barcelona: Elsevier.

Gallegos, J., & Moreno, J. (2011). *Efectos terapéuticos de la actividad física en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que asisten al club de hipertensos subcentro de salud La Esperanza Ibarra.* Ibarra: Tesis no Publicada.

González, C., & Pizarro. (2009). Dolor crónico en hemodializados: Prevalencia, severidad y estrategias de afrontamiento. *Revista El Dolor*, 19-25.

González, Lavalle, & Ríos. (2006). *Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular.* México: Inter Sistemas.

Guevara, M., & Galán, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y diabetes . *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual* , 47-55.

Hergueta, G. (2002). *Guía de hipertensión arterial. 2da edición.* Madrid: Norma-Capitel.

Hidalgo, N., & Moreira, E. (2000). *Autocuidado, Trastorno Psicológico y Rotación de Equipos de Salud Mental.* Santiago: Universidad de Chile.

Jiménez, D. (2012). *Programa de interevención para disminuir el estrés laboral en el personal de enfermería del hospital Vicente Corral Moscoso* . Cuenca: Tesis no publicada.

Kübler Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos* . Grijalbo.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao: Declée de Brouwer.

Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V., & Marro, C. (2002). *"Afrontamiento". En El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos.* . Buenos Aires: Eudeba.

Maicas Bellido, C., Lázaro Fernández, E., Alcalá López, J., Hernández Simón, P., & Rodríguez Padial, L. (2003). Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial. *Sociedad castellana de cardiología*, 141-160.

Martín, M. D., Jiménez, M. P., & Fernández, E. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electrónica de motivación y emoción*.

Martínez, A., Reyes, G., García, A., González, & M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 66-72.

Mena, J. (2015). *Personalidad y su influencia en el proceso de adaptación a la enfermedad en pacientes con diagnostico de diabetes.* Ambato: Tesis no publicada.

Miguel Ruiz, A. E. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 15 - 24.

Namakforoosh. (2005). *Metodología de la investigación.* México: Limusa.

Nava, C., Ollua, P., Zaira, C., & Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento una replicación. *Psicología y salud*, 213-220.

Ocón, J. (1989). *Importancia del control 24 horas de la tensión arterial* . Madrid : Idepsa.

Pérez Pastén, E. (2008). *Diabetes Mellitus.* . México, DF: Guía para el Paciente y el Educador en Diabetes.

Pérez, E. (2003). Diabetes Mellitus, Guía para el paciente y el Educador en diabetes. . *Johnson & Johnson.*, 05-22.

Pérez, E., & Bonilla, A. (2010). *Educación en diabetes. Manual de Apoyo.* México D.F: Editorial Independiente.

Pintado, T. (2008). *Desarrollo de Un Sistema Predictivo Para Investigación Docente.* . Madrid: ESIC Editorial.

Rick, J., Briner, R., & Daniels, K. (2001). *A critical review of psychosocial hazards measures.* Brighton: Health and Safety Executive.

Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F., & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 445-462.

Ruiz, A. (05 de 08 de 2008). *Gestiopolis.* Obtenido de Métodos y técnicas de investigación: http://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion-cientifica/

Ruiz, M., Escolar, A., Mayoral, E., Corral, F., & Fernández, I. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 15-24.

Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J., & Grau. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement' : ¿una nueva perspectiva? *Revista del psicología del trabajo y las organizaciones*, 117-134.

Sauter, S., Murphy, L., Hurrell, J., & Levi, L. (2001). Factores psicosociales y de organización. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 1-88.

Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo.* Barcelona: Anagrama.

Tamayo, M. (2004). *El proceso de investigación científica.* Limusa: México.

Vega Angarita, O. M., & González Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global,*, 1-10.

Vega, O. M., & González, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*.

Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Scielo*, 125-137.

Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Scielo*, 65-75.

Worchel, S. y. (2001). *Psicología Fundamentos y aplicaciones.*

Zorrilla, E., Frati, A., Lozano, O., Villalpando, S., & Boulton, A. (1994). Neuropatía diabética. Conceptos actuales sobre etiopatogénesis, diagnóstico y tratamiento. *Gac Med Mex*, 18-25.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de Consentimiento Informado

Yo, _____, libre y voluntariamente acepto actuar como participante en la investigación de la tesis conducido por María Soledad Proaño Santamaría. He recibido una explicación clara y completa sobre el carácter general y los propósitos del proyecto de tesis que se encuentra desarrollando sobre el tema "Estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión" y de las razones por las que se requiere en la investigación. Además, he sido informado de los tipos de pruebas y demás procedimientos que se aplicarán, así como de la manera en que se utilizarán los resultados.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar una encuesta, misma que será anónima. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación

□ Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

_____	_____
Firma del participante	Soledad Proaño
C.I……	Investigador Responsable
☐ Fecha: ____/____/____	

Anexo 2: Ficha Sociodemográfica

- Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un **"X"** en la respuesta que corresponda.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Cuantos años cumplidos tiene: _____

2. Sexo: Masculino ___ Femenino ___

3. Ciudad de Procedencia: _____

4. Ciudad domicilio actual: _____

5. Identificación étnica:

Mestizo ____ Indígena ____ Afro ____ Blanco ____

6. Estado Civil:

Soltero/a _____ Unión libre _____ Casado/a _____

Separado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

7. Con quien vive actualmente:

Solo/a _____ Conyugue _____ Con padres _____ Otros _____

8. Nivel de escolaridad:

Primaria ____ Secundaria ____ Tercer Nivel ____ Cuarto nivel _____

ECONOMÍA Y TRABAJO

9. Situación económica familiar:

Alto ____ Medio alto ____ Medio típico ____ Medio bajo ____ Bajo ____

10. Está actualmente trabajando:

Sí ____ No _____

SALUD

Qué enfermedad crónica padece:

Diabetes ____ Hipertensión ____ Otras ____

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 3: Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Nombres y apellidos: _____

Sexo: Varón ___ Mujer___ Edad: _____

Procedencia: _____

Entrevistador: _____

Código asignado: ☐

Fecha actual: _____

- El objetivo de esta investigación es obtener datos con respeto al afrontamiento de su enfermedad.

- Por favor piense unos minutos en la situación que se encuentra viviendo con respecto a su enfermedad. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación marcando el número que corresponda:

0	**1**	**2**	**3**	**4**
En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente

- Esté seguro de que responde a todas las frases y de marcar sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSQ) (Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)					
1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4

2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4

23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

