

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA: “ESTRÉS EMOCIONAL FACTOR DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: CASO DE ESTUDIO
PARROQUIA TANICUCHI - ECUADOR”**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria

Autor: Médico, Roberto Iván Acosta Gavilánez.

Directora: Médica, Ana Abigail López Guerrero. Esp Medicina Familiar y Comunitaria

Ambato – Ecuador

Abril, 2021

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación presidido por el Doctor Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Especialista, e integrado por las señoras: Médica, Lorena Jazmín Santana Mera, Especialista, y Doctora, Mayra Alexandra Vela Chasiluisa, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “ESTRÉS EMOCIONAL FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: CASO DE ESTUDIO PARROQUIA TANICUCHI - ECUADOR”, elaborado y presentado por el señor Médico, Roberto Iván Acosta Gavilánez , para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



Dr. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Esp.
Presidente del tribunal



Md. Lorena Jazmín Santana Mera, Esp.
Miembro del tribunal



Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa, Esp.
Miembro del tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: “ESTRÉS EMOCIONAL FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: CASO DE ESTUDIO PARROQUIA TANICUCHI - ECUADOR”, le corresponde exclusivamente al: Médico Roberto Iván Acosta Gavilánez, Autor bajo la Dirección de la Doctora Ana Abigail López Guerrero, Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Roberto Iván Acosta Gavilánez

1804327045

AUTOR



Md. Ana Abigail López Guerrero, Esp.

0503145088

TUTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Roberto Iván Acosta Gavilánez

1804327045

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
INDICE DE CONTENIDOS	v
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE GRÁFICOS	ix
AGRADECIMIENTO.....	x
DEDICATORIA	xi
RESUMEN EJECUTIVO	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA.....	4
1.1. Tema.....	4
1.2. Planteamiento de Problema.....	4
1.2.1. Contextualización.....	4
1.2.2. Análisis crítico.....	7
1.2.3. Prognosis	7
1.2.4. Formulación del problema.....	8
1.2.5. Interrogantes	8
1.2.6. Delimitación del objeto de estudio	8
1.3. Justificación.....	9
1.4. Objetivos	10
1.4.1. Objetivo General	10
1.4.2. Objetivos Específicos	10

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes investigativos	11
2.2. Fundamentación filosófica	12
2.3. Fundamentación legal	12
2.4. Categorías fundamentales	14
2.4.1. Factores de riesgos	15
2.4.2. Factores modificables	16
2.4.3. Estrés emocional.....	16
2.4.4. Salud	20
2.4.5. Enfermedad.....	21
2.4.6. Enfermedades crónicas.....	22
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	28
3.1. Modalidad básica de la investigación	28
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	28
3.3. Población y muestra	29
3.4. Operacionalización de variables	30
3.5. Plan de recolección de información	32
3.6. Procedimientos para levantamiento o recolección de la información:.....	33
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	34
4.1. Análisis e interpretación.....	34
4.1.1. Características de la población	34
4.1.2. Situación de la población antes del factor estresante	35
4.1.1. Situación de la población después del factor estresante	37
4.1.2. Antecedentes patológicos	39
4.1.3. Hábitos.....	42
4.1.4. Índice de masa corporal.....	43

4.1.5. Enfermedad crónica desarrollada	44
4.1.6. Factor estresante	45
4.1.7. Factores de riesgos relacionados con las enfermedades crónicas	46
4.2. Verificación de hipótesis.....	49
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
5.1. Conclusiones	50
5.2. Recomendaciones.....	51
CAPITULO 6. PROPUESTA	53
6.1. Datos informativos	53
6.2. Antecedentes de la propuesta	53
6.3. Justificación.....	53
6.4. Objetivos	54
Objetivo general	54
Objetivos específicos.....	54
6.5. Análisis de factibilidad.....	54
6.6. Fundamentación	54
6.7. Modelo operativo	56
6.8. Administración.....	59
6.9. Previsión de la evaluación.....	60
MATERIALES DE REFERENCIA	61
1. Bibliografía	61
2. Anexos.....	69

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Variable independiente: Estrés emocional	30
Tabla N°2. Variable dependiente: Enfermedades crónicas.....	31
Tabla N°3. Características de la población	34
Tabla N°4. Situación de la población antes del factor estresante	35
Tabla N°5. Situación de la población después del factor estresante	37
Tabla N°6. Antecedentes patológicos personales	39
Tabla N°7. Antecedentes patológicos familiares	40
Tabla N°8. Índice de masa corporal.....	43
Tabla N°9. Enfermedad crónica desarrollada	44
Tabla N°10. Relación entre la actividad física de la población y el sedentarismo con la enfermedad crónica diagnosticada (Hipertensión).....	46
Tabla N°11. Relación entre la actividad física, sedentarismo y la diabetes.....	47
Tabla N°12. Índice de Masa Corporal y la hipertensión.....	47
Tabla N°13. Índice de Masa Corporal y la diabetes	48
Tabla N°14. Relación entre el tipo de actividad inicial y actual con el sedentarismo de la población.....	48
Tabla N°15. Correlaciones.....	49
Tabla N°16. Plan operativo.....	56

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Categorías fundamentales	14
Gráfico 2. Hábitos	42
Gráfico 3. Factor estresante.....	45
Gráfico 4. Administración de la propuesta	59

AGRADECIMIENTO

A mis padres; a la Universidad Técnica de Ambato; a la Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina a la cual pertenece la Unidad de Posgrados de Medicina Familiar y Comunitaria; a sus catedráticos que me inculcaron el amor por esta rama, de manera especial a la señora Dra. Alicia Zavala por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis; y, a la señora Dra. Anita López por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional. Finalmente, a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en este largo camino, quienes con sus profundos conocimientos, dedicación y profesionalismo supieron guiarme para culminar con éxito mi posgrado y tesis.

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi familia, pues fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, senté en ella mis bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

A mis padres: Dr. Iván Acosta Álvarez y Lcda. Fanny Gavilánez Bósquez, por lo que soy, un claro reflejo de su ejemplo constante de amor, entrega, compromiso y responsabilidad. Gracias por el apoyo perenne e ineludible en mis momentos de lucha y por nunca perder la esperanza y la fe.

A mi mami Juanita, por su amor y entrega incondicional.

A mis hermanos, Viviana y Alexander Acosta Gavilánez, por su cariño.

A mis sobrinos Anna Victoria y Maximiliano, por ser mi alegría y mi razón de vivir.

A mis amigos por permitirme aprender más de la vida a su lado.

Gracias por ser mis valientes compañeros de lucha.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TEMA: ESTRÉS EMOCIONAL FACTOR DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: CASO DE ESTUDIO
PARROQUIA TANICUCHI - ECUADOR

AUTOR: Md. Roberto Iván Acosta Gavilánez.

DIRECTORA: Dra. Esp. Ana Abigail López Guerrero.

FECHA: 11 de enero del 2021

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación se centró en determinar si el estrés emocional es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas en el grupo etario comprendida entre 25 a 65 años pertenecientes a la parroquia de Tanicuchi, barrio Lasso. La metodología aplicada en la presente investigación cuenta con un enfoque cualitativo y cuantitativo, además, contó con una investigación inductiva y analítica y también tuvo un alcance descriptivo. Para la investigación se consideró a la población registrada en el Centro de Salud Tipo C de Lasso, pacientes comprendidos entre 25 a 65 años que pertenecen a la parroquia de Tanicuchi, por otro lado, la muestra se determinó en función a las necesidades investigativas, se determinó a 98 pacientes de 25 a 65 años pertenecientes a la parroquia Tanicuchi. Se obtiene como resultado la relación entre las enfermedades crónicas y la presencia del factor estresante considerando un valor p de 0,890, valor de significancia mayor a 0.05, para finalizar, se concluye que no existe un valor significativo entre las variables de estudio, entendiendo así que el estrés emocional no es un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas.

Palabras claves: Estrés; Enfermedades crónicas; Diabetes; Factor estresante; Hipertensión arterial

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**THEME: EMOTIONAL STRESS RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT
OF CHRONIC DISEASES: CASE STUDY PARROQUIA TANICUCHI -
ECUADOR**

AUTHOR: Md. Roberto Iván Acosta Gavilánez.

DIRECTOR: Dra. Esp. Ana Abigail López Guerrero.

DATE: 11/01/2021

ABSTRACT

The research focused on determining whether emotional stress is a risk factor for the appearance of chronic diseases in the age group between 25 and 65 years old belonging to the Tanicuchi parish in the Lasso neighborhood. The methodology applied in the present investigation has a qualitative approach and a quantitative approach, in addition, it had an inductive and analytical investigation and also had a descriptive scope. For the research, the population registered in the Lasso Health Center was considered, patients between 25 to 65 years old who belong to the Tanicuchi parish, on the other hand, the sample was determined based on the research needs, it was determined to 98 patients from 25 to 65 years old belonging to the Tanicuchi parish. The relationship between chronic diseases and the presence of the stressor is obtained as a result, considering a p value of 0.890, a significance value greater than 0.05, to conclude, it is concluded that there is no significant value between the study variables, thus understanding that emotional stress is not a risk factor for the development of chronic diseases.

Keywords: Stress; Chronic diseases; Diabetes; Stressor; Arterial hypertension

INTRODUCCIÓN

En medicina, el estrés es una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas se elevan, lo que ocasiona una inestabilidad en la homeostasis de la persona afectada, siendo un factor desencadenante para la aparición de enfermedades crónicas (1). La exposición al estrés tiene efectos directos sobre la salud, específicamente en etapas críticas causa alteraciones de tipo físico y conductual en el individuo; cuando existe una exposición prolongada de estrés, en el individuo puede ocasionar daños irreversibles en su bienestar físico, ayudando a la aparición de enfermedad crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 (2).

El estrés es una enfermedad emergente que cada año incrementa debido a que se ha considerado un factor de riesgo poco estudiado, que se percibe de manera diferente tanto en hombres como en mujeres; siendo las mujeres quienes experimentan estrés con mayor frecuencia en comparación con los hombres, debido a la desigualdad laboral en cuanto a la remuneración económica y el cargo laboral (3).

Cualquier cambio que afecte el círculo de confort del paciente va a ocasionar un periodo de estrés, al cual le siguen dos etapas bien diferenciadas como reacción ante dicho evento. La primera es asimilar el cambio y adaptarse al mismo, eliminando el periodo de estrés que afecta al paciente y el segundo cambio a seguir es no confrontar de manera adecuada la situación a la que está expuesto al paciente. Si el periodo de estrés se prolonga ocasionará un daño permanente a su integridad física y emocional. Uno de los cambios comunes en los países en vías de desarrollo, es la apertura de carreteras lo que afecta a las comunidades por donde estas nuevas vías son construidas (4,5).

En la actualidad existen diversos factores de riesgo para enfermedades con incidencia creciente y que son una causa importante de mortalidad en el mundo, como lo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, enfermedades metabólicas y depresión (6). Las emociones y el estrés tienen una importante función adaptativa, sin embargo, bajo determinadas condiciones el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión que pueden tener un papel desencadenante o agravante en

determinados trastornos como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 los cuales constituyen así un problema socio sanitario de primer orden por su elevada incidencia y su pronóstico negativo (7).

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 son trastornos de carácter multifactorial, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial (8). La identificación oportuna de factores de riesgo constituye una tarea importante para su prevención, tratamiento y control. Dentro de los factores psicológicos que han sido investigados en relación con los trastornos hipertensivos y la diabetes mellitus tipo 2 se destaca el estrés (9).

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 comparten los mismos factores de riesgo, más del 65% de los diabéticos sufren algún tipo de hipertensión arterial (10,11). Actualmente, las enfermedades cardiovasculares son sin duda una de las principales causas de mortalidad alrededor del mundo. Dentro de los factores de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que cada día se diagnostican con mayor frecuencia. Se observa que para distintos estados de hipertensión arterial, la coexistencia de diabetes mellitus tipo 2 o síndrome metabólico eleva en forma notable el riesgo de dichos eventos (12).

Esta situación permite hacer una revisión de los factores de riesgo psicológicos como el estrés que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de esta patología, los cuales se ha visto tienen relevancia en la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen estas enfermedades. Por lo tanto, también es importante saber cómo se aborda esta problemática desde la perspectiva de salud mental en el área médica, y las posibles alternativas de solución que brinda para contrarrestar los efectos de estas enfermedades (13,14).

Las enfermedades crónicas comparten condiciones y factores de riesgo comunes. Si bien algunos factores de riesgo, como la edad, sexo y genética, no se pueden cambiar, muchos factores de riesgo conductuales pueden modificarse, así como una serie de factores

biológicos intermedios que incluyen presión arterial alta, sobrepeso u obesidad, lípidos sanguíneos elevados y prediabetes. Las condiciones sociales, económicas y físicas influyen y dan forma al comportamiento y afectan indirectamente a otros factores biológicos. El reconocimiento de estos factores y condiciones de riesgo comunes es la base conceptual para un enfoque integrado de las enfermedades crónica.

Teniendo en cuenta que una enfermedad crónica de alta prevalencia, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, pueden compartir varios factores de riesgo similares, no es raro encontrar más de una enfermedad crónica en un solo individuo. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Estos pueden ser no modificables o modificables, mayores o condicionantes, bajo este contexto se identifica que el estrés emocional es considerado como un factor modificable, para esto la identificación temprana y el manejo adecuado de los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas es fundamental para intervenir en los diferentes niveles, especialmente en el nivel de la Atención Primaria de Salud.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1. Tema

Estrés emocional factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas: caso de estudio parroquia Tanicuchi Ecuador

1.2. Planteamiento de Problema

1.2.1. Contextualización

En América latina, el estrés es un factor psicosocial considerado una enfermedad que debe tener un enfoque global, el cual podría acrecentarse debido a un deterioro emocional ante la mala situación laboral en países de habla hispana. La causa de estrés emocional especialmente en mujeres y jóvenes se debe por el incremento del desempleo (15). Los hispanos con una educación deficiente presentan mayores niveles de estrés debido a la imposibilidad de conseguir trabajos bien remunerados que les ayuden a tener un desarrollo individual, familiar y comunitario (16). Esta situación genera periodos de estrés prolongados y permiten un deterioro en la salud de los individuos, lo que ocasiona la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles principalmente diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (4,16).

Las enfermedades crónicas ocasionan el 60% de las muertes en el mundo, dos de estas enfermedades han sido consideradas pandemias mundiales: la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. Las regiones más afectadas son los países tercer mundistas en los que se encuentran aproximadamente el 80% de enfermos con estas patologías (11).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas matan a 38 millones de personas en todo el mundo cada año. Se estima que para el año 2030 alrededor de 52 millones de personas en todo el mundo morirán de enfermedades crónicas. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la mayoría de las muertes, 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer, 8,2 millones, las enfermedades respiratorias, 4 millones y la diabetes, 1,5 millones. Casi el 75% de las muertes por enfermedades cardiovasculares ocurren en países de ingresos bajos y medios, y afectan por igual a hombres y mujeres.

A nivel mundial, en el 2012 ocurrieron 1,5 millones de defunciones teniendo como causante la diabetes. En 2012 la enfermedad ocupó el octavo lugar entre las principales causas de muerte en el hombre y el quinto en las mujeres (16). A escala mundial las estimaciones de la prevalencia de diabetes para el año 2010 en la población de 20 a 79 años indican un 6.4% y se calcula que para el año 2030 aumentará hasta un 7.7%. El incremento en el porcentaje de adultos con diabetes, como se ha calculado, prevé una importante diferencia entre países en desarrollo y aquellos desarrollados. Para los países en desarrollo, entre los años 2010 y 2030, el incremento será del 69% mientras que en los países desarrollados se espera que sea del 20% (10).

En la actualidad, hay 15 millones de personas con diabetes en Latinoamérica y, en 10 años, serán 5 millones más, un aumento mayor del esperado de acuerdo al crecimiento poblacional. Cálculos recientes revelan que, en los países latinoamericanos y del Caribe las tasas más elevadas de prevalencia de la diabetes corresponden a Belice con un 12,4%, y México con un 10,7% (41,43).

La prevalencia de hipertensión arterial en Latinoamérica de acuerdo a encuestas nacionales o muestreos sistemáticos aleatorizados varía entre en 23 al 35%, siendo Colombia y Perú los que presentan niveles más bajos de hipertensión en Latinoamérica; y Brasil, Chile y Paraguay los que muestran un alto índice de prevalencia de hipertensión arterial.

En Ecuador, la prevalencia de hipertensión arterial en el grupo etario comprendido entre 18 a 59 años es del 9.3%, de acuerdo al sexo la prevalencia en mujeres es de 7.5% y en hombres de 11.2%. En relación a los grupos de edad se observa que en la quinta década de la vida la prevalencia de hipertensión arterial es la más alta con un 22.8%. De acuerdo al quintil económico, la prevalencia más alta de hipertensión arterial se encuentra en el quintil 1 ocupando el 10.3%, mientras que la prevalencia más baja se encuentra en el quintil 5 con el 8.0%.

De acuerdo al sector, la población urbana presenta una prevalencia de 9.4%, y la rural, 8.9%, diferencias que no son significativas. La costa rural es la subregión con un índice

de hipertensión arterial más alta teniendo una prevalencia del 13.8%. La prevalencia más baja se encuentra en la Amazonía rural con un 3.6%. Las provincias que presentan una alta prevalencia de hipertensión arterial son: Los Ríos con un 16.6%, seguido de Guayas con un 13.5% y Santa Elena con un 12.9%. Las cifras más bajas de prevalencia se encuentran en las provincias de Pastaza con un 2.5% (19).

A nivel nacional la diabetes mellitus tipo 2 es la segunda causa de muerte en los hombres y la primera en las mujeres, mientras que la hipertensión arterial según datos arrojados por el INEC afirma que es la tercera causa de muerte en los hombres y la segunda causa de muerte en las mujeres (19). En Ecuador, la prevalencia de diabetes mellitus a nivel general es de 2.7%, mientras que la prevalencia en cuanto al sexo tenemos que es de 2.6% en hombres y 2.8% en mujeres. Si se toma en cuenta el grupo etario la población que está en el quinto decenio de vida es la que presenta la prevalencia más alta de diabetes mellitus con un 10.3%, en relación al grupo etario que lo antepone existe un cambio drástico de 40 a 49 años la prevalencia es solo de 5.5%.

En población con mayor prevalencia de diabetes mellitus en relación a los ingresos económicos está ubicado en el quintil 4 con un 4.3%, y la población más pobre o quintil 1 es la que presenta la menor prevalencia con un 1.3%. El área urbana presenta una prevalencia del 3.2% y el área rural del 1.6%. Las subregiones con la prevalencia más alta son Quito con un 4.8% y la Costa urbana con un 3.8. La Sierra rural presenta la prevalencia más baja con un 1% (19).

La construcción de redes viales a nivel nacional ha generado desarrollo y cambios en cada uno de los lugares en los cuales se han ejecutado durante los últimos años, sin embargo, esto ha provocado un impacto de tipo económico, social y ambiental significativo, tanto positivo como negativo (20). En el 2014 se abre la vía panamericano sur, esta arteria vial conecta a Pichincha con las provincias de la sierra centro, causando que el sector de Lasso (perteneciente a la parroquia de Tanicuchi), las ciudades Salcedo y Latacunga quedaran aisladas, lo que ocasionó que muchos negocios cerraran, debido a la disminución del tránsito y el comercio en dicha región. Esto constituía una fuente fundamental para la generación de empleo, promoción cultural, gastronómica y social, que conforme ha

transcurrido el tiempo se han convertido en una herramienta esencial para la distinción de la zona a nivel local (21).

En Lasso se evidencia que entre el 2014 y el 2016 existió un descenso del 44,44% en el total de ventas debido a la construcción del panamericano sur, teniendo como causa aparente que la mayoría de negocios que se establecieron tiempo atrás junto a la antigua vía con el propósito de aprovechar el flujo vehicular cerraran, donde sus principales clientes eran los turistas. Es por ello, que la ejecución de la nueva vía provocó que este sector pierda el reconocimiento ganado por el paso de los años (21).

La disminución de la actividad comercial ocasionó un descenso significativo en el nivel socio-económico; esto a su vez produjo un estrés emocional en la población, abriendo la posibilidad de que sea un factor de riesgo para la aparición de enfermedades (20,21). La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (10)

1.2.2. Análisis crítico

Las enfermedades crónicas comparten condiciones y factores de riesgo comunes. Si bien algunos factores de riesgo, como la edad, sexo y genética, no se pueden cambiar, muchos factores de riesgo conductuales pueden modificarse, así como una serie de factores biológicos intermedios que incluyen presión arterial alta, sobrepeso u obesidad, lípidos sanguíneos elevados y prediabetes. Las condiciones sociales, económicas y físicas influyen y dan forma al comportamiento y afectan indirectamente a otros factores biológicos. El reconocimiento de estos factores y condiciones de riesgo comunes es la base conceptual para un enfoque integrado de las enfermedades crónica.

1.2.3. Prognosis

Teniendo en cuenta que una enfermedad crónica de alta prevalencia, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, pueden compartir varios factores de riesgo similares, no es raro encontrar más de una enfermedad crónica en un solo individuo. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que

aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Estos pueden ser no modificables o modificables, mayores o condicionantes, bajo este contexto se identifica que el estrés emocional es considerado como un factor modificable, para esto la identificación temprana y el manejo adecuado de los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas es fundamental para intervenir en los diferentes niveles, especialmente en el nivel de la Atención Primaria de Salud.

1.2.4. Formulación del problema

¿Determinar si el estrés emocional es un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas en la parroquia Tanicuchi Ecuador?

1.2.5. Interrogantes

¿Existe la presencia del factor estresante que ha experimentado la población de Tanicuchi?

¿Cuáles son los factores de riesgos presentes en la población de estudio que aportan al desarrollo de enfermedades crónicas?

¿Qué enfermedades crónicas desarrollo la población que habita en la parroquia de Tanicuchi?

1.2.6. Delimitación del objeto de estudio

Delimitación de contenido

CAMPO: Medicina familiar y comunitaria

ÁREA: Atención Primaria de Salud

ASPECTO: Enfermedades crónicas

Delimitación espacial

La investigación se realiza en la parroquia Tanicuchi Ecuador

Delimitación temporal

La investigación se efectúa del año 2018 al año 2020

1.3. Justificación

El estrés emocional aparece por cambios en el entorno familiar y social, dando como resultado una respuesta fisiológica de adaptación. En la última década la han relacionado con la aparición de patologías crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, depresión, arteroesclerosis y obesidad, enfermedades que aparecen debido a una falta de adaptación y superación al factor estresante, produciendo un desequilibrio homeostático en el organismo; por lo tanto al ser considerada un factor de riesgo se debe determinar su repercusión directa en la salud de quien lo padece y determinar su incidencia en la aparición de enfermedades.

En la parroquia de Tanicuchi en el año 2014 se suscitó un evento no normativo que puso en alerta a la población, la inauguración de la panamericana sur que unió la sierra- centro con la provincia de Pichincha, situación que perjudicó de manera directa los ingresos económicos de los habitantes, debido a que dicha red vial dejó en aislamiento a la parroquia; cabe recalcar que el principal ingreso económico durante los últimos 15 años de esta comunidad fue el turismo, el comercio y la gastronomía.

Se ha descubierto que los acontecimientos vitales estresantes se asocian positivamente con enfermedades crónicas, y, por lo tanto, el riesgo aumenta de acuerdo con la exposición acumulada a eventos estresantes. Sin embargo, el vínculo entre los acontecimientos vitales estresantes y las enfermedades crónicas no se ha demostrado de manera consistente. Considerando los antecedentes, se consideró factible ejecutar el estudio debido a que la población de Tanicuchi se mantuvo en una exposición acumulada a eventos estresantes, estimando que la relevancia científica radica en que la relación entre las variables de estudio hasta la actualidad no ha sido estable, en este sentido, se pretende aportar resultados relevantes para el desarrollo investigativo continuo.

Al producirse este acontecimiento se pudo notar en la población el aumento de consultas médicas en el Centro de Salud de la parroquia, por lo tanto, es importante determinar el estrés emocional generalizado en la población. La realización de esta investigación tiene una visión retrospectiva, la cual permite determinar la repercusión del estrés emocional

en la aparición de enfermedades crónicas como son hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en la población de la parroquia de Tanicuchi, perteneciente al cantón de Latacunga.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar si el estrés emocional es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas en el grupo etario comprendida entre 25 a 65 años pertenecientes a la parroquia de Tanicuchi del barrio de Lasso.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Establecer la presencia del factor estresante que ha experimentado la población de Tanicuchi.
- Determinar las principales enfermedades crónicas desarrolladas en la población que habita en la parroquia de Tanicuchi.
- Identificar los factores de riesgos presentes en la población de estudio que pueden aportar al desarrollar de enfermedades crónicas.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

La relación entre estrés y enfermedad es compleja, la susceptibilidad al estrés varía de persona a persona. En una investigación efectuada en la ciudad de Bogotá, se centró en identificar la presencia de factores de riesgo modificables para enfermedad crónica como es la enfermedad cardiovascular, en función a los resultados obtenidos, se entiende que el estrés es el factor de riesgo modificable con más prevalencia en la población de estudio. Sin embargo, la relación que tiene el estrés con la aparición de enfermedades crónicas cuenta con poca evidencia científica, a pesar de ello, en el estudio se concluye que el estrés se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (22).

En otro estudio similar, realizado en España en una muestra de trabajadores y trabajadoras de una institución pública, se evaluó los niveles de estrés percibido (emocional) y de estrés laboral para conocer la posible incidencia como factores de riesgo en problemas cardiovascular y en el sistema inmunitario. En base a lo descrito, se encontró que el estrés percibido no se relaciona con los problemas en la presión arterial (23). En el año 2017, una investigación buscó predecir la influencia del estrés y la autoeficacia en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos, el estudio obtiene como resultados principales que el estrés se relaciona de manera negativa con los pacientes hipertensos (24).

La diabetes tipo 2 se asocia con una morbilidad y mortalidad significativas. Se ha descubierto que los factores de riesgo modificables contribuyen hasta en un 60% del riesgo de diabetes tipo 2. Sin embargo, la diabetes tipo 2 sigue aumentando a pesar de la implementación de intervenciones basadas en factores de riesgo tradicionales. Existe una clara necesidad de identificar factores de riesgo adicionales para la prevención de enfermedades crónicas.

Se considero establecer los resultados de una investigación realizada en el 2008, a pesar de que es una investigación antigua, aporta información relevante sobre las variables investigativas, en este sentido, los autores detallan que el estrés aumenta el riesgo de diabetes mellitus, especialmente en personas con sobrepeso, ya que el estrés psicológico altera las necesidades de insulina (25).

En el año 2017, 12,844 mujeres nacidas en 1946-1951 completaron encuestas para el Estudio Longitudinal Australiano sobre la Salud de la Mujer, mediante regresión logística y modelos estructurales marginales. Se encontró una asociación gradual entre el estrés percibido y todos los mediadores en los análisis de retardo de tiempo multivariante. Se encontró una asociación significativa entre la hipertensión, así como la actividad física y el índice de masa corporal, y la diabetes. Los niveles de estrés moderado / alto se asociaron con un aumento de 2,3 veces en las probabilidades de diabetes tres años después, para el efecto total estimado. Se concluye que el estrés percibido es un factor de riesgo importante para la diabetes tipo 2, la mayor parte de la estimación del efecto del estrés sobre el riesgo de diabetes no está mediada por los factores de riesgo tradicionales (26).

2.2. Fundamentación filosófica

La fundamentación filosófica se centra en el paradigma crítico y propositivo, el paradigma centra su sustento filosófico en el enfoque humano, es un género de investigación social vagamente definido cuyo tema central involucra la problematización del conocimiento. El paradigma crítico opera desde la perspectiva de que la investigación científica debe realizarse con el objetivo expreso del cambio social en mente. Por lo mismo, la investigación está diseñada no solo para recopilar datos, sino también para cambiar los sistemas en estudio. Entonces, se desea saber si el estrés emocional es un factor de riesgo que desarrollan enfermedades crónicas bajo la premisa de que la población de estudio estuvo bajo acontecimientos de estrés constantes.

2.3. Fundamentación legal

Constitución de la República

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios

Ley Orgánica de Salud Ordena (2010)

Art 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la prevención, detección, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles y no transmisibles, crónico degenerativas, discapacidades, y problemas de salud pública declarados prioritarios.

Art 14.- Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad en conjunto con otros organismos competentes.

Art 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico, degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

2.4. Categorías fundamentales

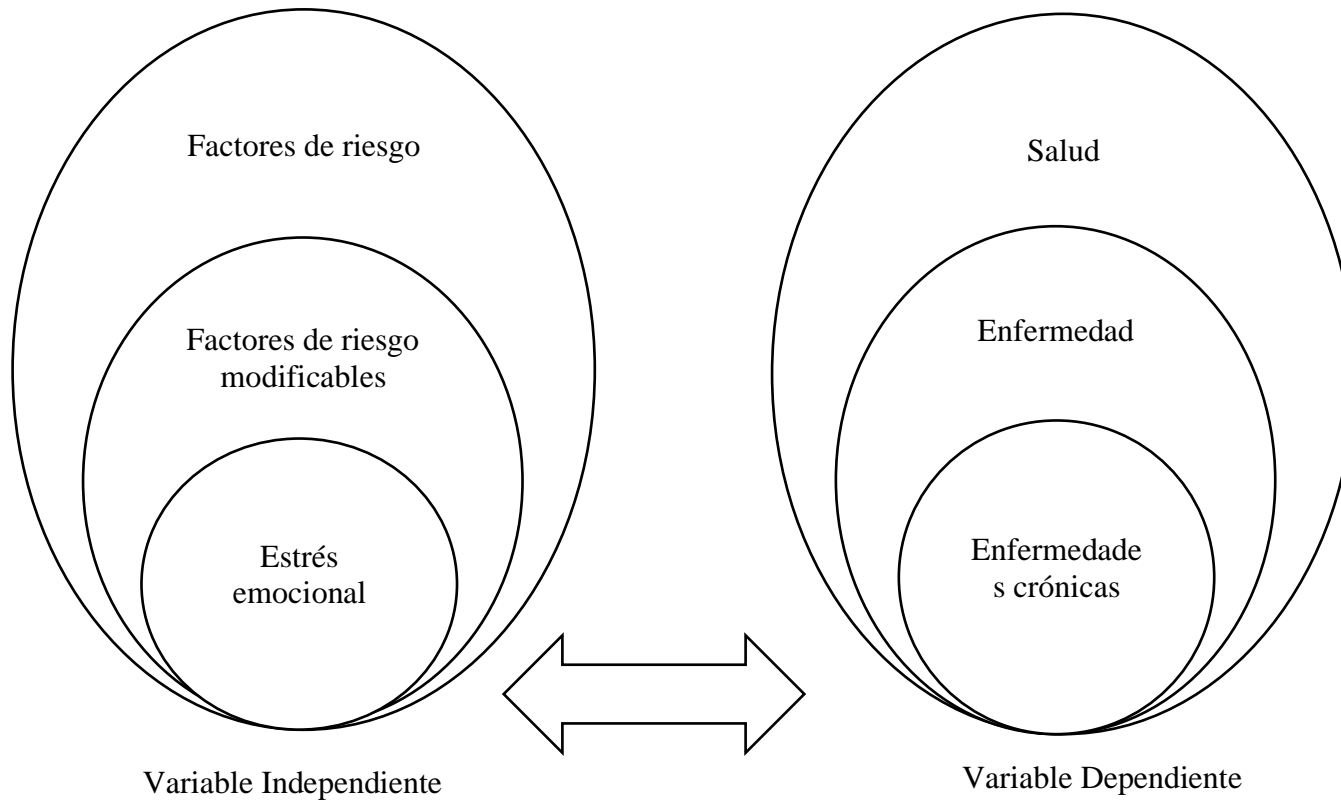


Gráfico 1. Categorías fundamentales
Fuente. Acosta (2020)

2.4.1. Factores de riesgos

Los factores de riesgo para la salud son atributos, características o exposiciones que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o trastorno de la salud. Los factores de riesgo conductuales son aquellos que las personas tienen más capacidad de modificar. Los factores de riesgo biomédicos son estados corporales que a menudo están influenciados por factores de riesgo conductuales (27).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un pequeño conjunto de factores de riesgo es responsable de la mayoría de las muertes por enfermedades crónicas y de una proporción significativa de la carga de morbilidad que se les atribuye. Los factores de riesgo del comportamiento provocan cambios metabólicos. Varios estudios epidemiológicos han demostrado la contribución de estos factores en la determinación de las enfermedades (28).

La presencia simultánea de dos o más factores de riesgo aumenta la probabilidad de ocurrencia de enfermedades crónicas, y se asocia con la mortalidad total y la mortalidad atribuida a causas específicas. En general, los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida no ocurren de manera aislada entre individuos, sino en grupos, y no se distribuyen aleatoriamente entre la población (28).

Las enfermedades crónicas más comunes comparten factores de riesgo, que a menudo se clasifican en conductuales o biológicos. Los principales factores de riesgo biológicos son el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial, la glucemia elevada y los lípidos sanguíneos anormales y su subconjunto, el colesterol total elevado. Estos factores de riesgo son responsables de la mayor parte de la carga de muerte y discapacidad en todo el mundo, independientemente de la situación económica de un país. Sin embargo, la exposición de las personas y las poblaciones a estos factores de riesgo es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos, donde existen intervenciones integrales para ayudar a proteger a las personas (29).

Muchas enfermedades crónicas comparten factores de riesgo biomédicos y de comportamiento que son en gran medida prevenibles. La modificación de estos factores de riesgo puede reducir el riesgo de un individuo de desarrollar una enfermedad crónica

y resultar en grandes beneficios para la salud al reducir la enfermedad y las tasas de muerte (30).

2.4.2. Factores modificables

Los factores de riesgo modificables son acciones nocivas que aumentan la probabilidad de aparición de la enfermedad o impiden la recuperación de la salud. Son componentes de las causas de las enfermedades y condiciones de salud, con impacto en la incidencia de la morbilidad y mortalidad asociadas a las enfermedades crónicas, especialmente las cardiopatías, la diabetes mellitus y el cáncer, en adultos y personas mayores (28).

Los principales factores de riesgo conductual o mejor conocido como modificables. Los factores de riesgo no modificables son rasgos que no se pueden cambiar. Los factores de riesgo modificables están influenciados positivamente por el estilo de vida, como la actividad física diaria, el ejercicio regular, la dieta saludable, el compromiso social, la espiritualidad y el manejo del estrés. Sin embargo, existen otros factores de riesgo modificables que no están directamente relacionados con el estilo de vida, pero que influyen negativamente en el riesgo de enfermedades crónicas, como el nivel educativo, el nivel socioeconómico y el empleo (31).

Las causas (factores de riesgo) de las enfermedades crónicas son bien conocidas. Un pequeño número de factores de riesgo comunes son responsables de la mayoría de las principales enfermedades crónicas.

2.4.3. Estrés emocional

El término "estrés" se ha convertido en una de las palabras más utilizadas en la lengua vernácula cotidiana. Un modelo de estrés ampliamente aceptado implica la percepción y valoración de un estímulo como amenazante y la consiguiente activación de un conjunto de reacciones fisiológicas caracterizadas como la respuesta al estrés (32).

Desde una perspectiva psicofisiológica, las emociones son fundamentales para la experiencia del estrés; de hecho, son las emociones activadas en respuesta a percibir un estímulo como sentimientos amenazantes como ansiedad, irritación, frustración, falta de control o desesperanza lo que realmente es lo que estamos experimentando cuando nos describimos como "estresados". Todos los ejemplos anteriores de "factores estresantes",

ya sean inconvenientes menores o cambios importantes en la vida, se experimentan como "estresantes" en la medida en que desencadenan emociones como estas (33).

El estrés emocional implica la experiencia de un afecto negativo, como la ansiedad, en el contexto de una respuesta fisiológica al estrés que incluye cambios cardiovasculares y hormonales. El estrés emocional ocurre comúnmente cuando un individuo percibe que no tiene los recursos personales adecuados para satisfacer las demandas de la situación de manera efectiva (34).

Síntomas del estrés emocional

Estrés emocional (resentimientos, miedos, frustración, tristeza, ira, dolor / duelo), estrés cognitivo (sobrecarga de información, sentido acelerado del tiempo, preocupación, culpa, vergüenza, celos, resistencia, apegos, autocrítica, autocrítica). aversión, perfeccionismo impracticable, ansiedad, ataques de pánico, no sentirse como usted mismo, no sentir que las cosas son reales y una sensación de estar fuera de control / no tener el control) y estrés perceptivo (creencias, roles, historias, actitudes, entre otras) (35).

Los cambios que ocurren como parte de la respuesta al estrés tienen efectos secundarios negativos y pueden causar daño si el estrés es prolongado o muy intenso. Por tanto, las respuestas al estrés tienen consecuencias para la salud y bienestar. Por ejemplo, la excitación fisiológica prolongada o los aumentos frecuentes de la excitación pueden causar desgaste en las arterias y vasos coronarios, formación de trombos, supresión del huésped resistencia y otros efectos biológicos directos. Además, las consecuencias de estrés, como una resolución de problemas y un desempeño de tareas más deficientes, relaciones sociales interrumpidas y peor calidad de vida, podría afectar decisiones que implican riesgos para la salud y afectar la salud indirectamente

Estrés emocional como factor de riesgo

El estrés emocional es considerado en la actualidad un factor de riesgo emergente que incrementa paulatinamente cada año. El estrés es producto de una disfunción homeostásico debido a un cambio momentáneo o permanente en la vida de una persona, lo cual afecta su equilibrio emocional, dicho cambio es detectado por el organismos el cual busca medidas adaptativas produciéndose una liberación constante de

glucocorticoides, si el estrés se vuelve una patología crónica no superada se convierte en un determinante importante para la aparición de enfermedades cardiovasculares y neuroendocrinas (36). La organización internacional del trabajo afirma que debido a una disminución en las posibilidades laborales y un incremento del desempleo, el estrés es la epidemia de la vida laboral moderna (13,14).

Al estar expuesto a un cambio no habitual en la vida de la persona, el organismo da una respuesta de adaptación que se denomina estrés produciendo a nivel neuronal la liberación del factor estresante denominado locus coeruleus el cual es localizado en el tallo cerebral, posterior a esto existe una liberación de noradrenalina en áreas cerebrales mesolímbicas-corticales, ocasionado la sensación de alarma e hipervigilancia (37). Conjuntamente la rama simpática del sistema nervioso central mediante los nervios espláncnicos estimulan la liberación constante de adrenalina la que incrementa la actividad y resistencia de los vasos sanguíneos, el corazón y los pulmones; Esta respuesta de adaptación es eficaz por poco tiempo mientras se supera la etapa estresante, sin embargo, cuando la situación se alarga por un tiempo indefinido y no es superado el gasto energético es mayor y el organismo requiere mecanismos adicionales que dependen de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (37,38).

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal se activa en las neuronas hipotalámicas las cuales son las encargadas de secretar la hormona liberadora de corticotropina que a su vez estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropa desde la adenohipófisis. La hormona adrenocorticotropa al ser liberada actúa en la corteza de las glándulas suprarrenales para estimular la síntesis y secreción de aldosterona y cortisol, hormonas que funcionan en distintos órganos y tejidos y sirven para producir una respuesta adecuada que regule la energía disponible (3,39). Si el estrés se mantiene por un tiempo prolongado esto conllevaría a una alteración en la liberación de glucocorticoides que afectaría el proceso homeostático y produciría la aparición de enfermedades cardiovasculares y neuroendocrinas (40,41).

Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la neoplasia y las enfermedades respiratorias son las principales patologías no transmisibles que tienen una alta incidencia

de morbi-mortalidad a nivel mundial, estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que intervienen en su aparición y desarrollo los cuales pueden ser modificables como los hábitos dietéticos, el ejercicio físico y el estrés, y no modificables como la edad, el sexo o la etnia (6,42).

La diabetes mellitus es considerado una patología altamente incapacitante debido a que puede ocasionar retinopatías, nefropatías y amputaciones; otra de las enfermedades crónicas que provoca un deterioro en la calidad de vida de los pacientes es la hipertensión arterial la cual es considerado como un factor de riesgo para la aparición de enfermedades renales crónicas y diabetes. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 comparten una característica en común debido a que son las principales patologías responsables de la aparición de accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares a nivel mundial. En conclusión, al disminuir los determinantes que intervienen en la aparición de enfermedades crónicas se podrá mejorar la condición de vida de los pacientes, se disminuirá su letalidad y se reducirá de esta manera los costos de atención médica (43,44).

El estrés emocional al ser un factor modificable de incidencia creciente a nivel mundial debe ser estudiado con rigurosidad, determinando su responsabilidad en la aparición de patologías crónicas no transmisibles como lo son hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2, permitiendo así tomar medidas de prevención en la población de riesgo, la cual debe tener un enfoque multidisciplinario para evitar la aparición y así impedir posibles complicaciones que contribuyan a empeorar la calidad de vida de la persona que lo padezca (5,45).

Estrés y enfermedades crónicas

El estrés y la hipertensión arterial

El estrés tiene una repercusión directa en el sistema cardiovascular, debido a un desequilibrio en la presión arterial y el gasto cardíaco (37). El organismo al estar expuesto a un evento estresante origina un aumento en la presión, además de un incremento en la frecuencia cardíaca, lo que provoca una demanda de oxígeno mayor para el corazón,

paralelo a esta reacción el sistema nervioso libera adrenalina en la sangre que aumenta la frecuencia respiratoria, el ritmo cardíaco y la resistencia vascular (36,38).

Durante el estrés agudo y crónico los vasos sanguíneos sufren disfunción endotelial y un aumento en la producción de fibrinógeno. Este proceso fisiopatológico está acompañada de una disminución de óxido nítrico y de un incremento en la hipercuagulabilidad que son las primeras manifestaciones de riesgo cardiovascular, arteroesclerosis y de hipertensión arterial. Si el proceso de estrés no es superado y los cambios de adaptación en el organismos son prolongados y sostenidos provocará un daño a nivel del corazón y del sistema arterio-venoso producto de lo cual aparecerán enfermedades cardiovasculares o accidentes cerebrovasculares (34,39)

El estrés y la diabetes mellitus tipo 2

Los factores estresores si se mantienen por un tiempo prolongado favorecen a la aparición de alteraciones metabólicas, asociadas con el consumo excesivo de calorías debido a un aumento en el consumo alimentario mediado por la aparición de la hormona llamada grelina que es la encargada de aumentar el apetito especialmente de carbohidratos en el organismo, este aumento desmesurado ocasiona anomalías en la homeóstasis energética (57,59).

El incremento en el consumo energético crea una resistencia a la insulina principalmente en los tejidos musculares, esta resistencia da como resultado que el páncreas produzca mayor cantidad de insulina para compensarlo (59). Si este proceso de producción incrementada y anormal de insulina se mantiene por un tiempo extenso provocaría que en los islotes de langerhans disminuyan progresivamente su producción y esto a su vez causaría que la glucosa a nivel sanguíneo aumentara , siendo posible ser diagnosticada la diabetes mellitus a través de exámenes de laboratorio (59.60).

2.4.4. Salud

La palabra salud se refiere a un estado de completo bienestar físico y emocional. La asistencia sanitaria existe para ayudar a las personas a mantener este estado óptimo de salud. En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud con una

frase que todavía aplican las autoridades modernas “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia” (48).

Esto significa que la salud es un recurso para apoyar la función de un individuo en la sociedad en general, más que un fin en sí mismo. Un estilo de vida saludable proporciona los medios para llevar una vida plena con significado y propósito, por lo establecido la salud física y mental son probablemente los dos tipos de salud más discutidos (49).

- Salud física. - El bienestar físico implica seguir un estilo de vida saludable para disminuir el riesgo de enfermedad.
- Salud mental. - La salud mental se refiere al bienestar emocional, social y psicológico de una persona.

2.4.5. Enfermedad

Una enfermedad es una condición anormal que afecta a un organismo vivo. Las enfermedades se entienden generalmente como condiciones médicas que involucran un proceso patológico asociado con un conjunto específico de síntomas. Las enfermedades localizadas afectan partes específicas del cuerpo; las enfermedades diseminadas se extienden a otras partes del cuerpo; y las enfermedades sistémicas afectan a todo el cuerpo (50).

Cada proceso patológico tiene un origen o etiología, pero algunas enfermedades pueden presentarse con síntomas diferentes. Los síntomas físicos de la enfermedad pueden ir acompañados de síntomas emocionales, y algunas enfermedades que afectan el equilibrio químico del sistema nervioso pueden manifestarse en síntomas físicos (51).

Las categorías de enfermedades incluyen autoinmunes, bacterianas, sanguíneas, cancerosas, digestivas, cardíacas, nerviosas (o neurodegenerativas), de transmisión sexual o tiroideas. Las enfermedades pueden ser transmisibles o no transmisibles. Las fuentes externas que pueden causar enfermedades incluyen virus o bacterias adquiridos, y las causas internas de la enfermedad incluyen disfunción autoinmune o genética. Algunas enfermedades son crónicas, lo que significa que están continuamente presentes y pueden presentarse sintómicamente durante un período prolongado (52).

Las enfermedades pueden prevenirse o evitarse mediante una serie de estrategias, que incluyen un saneamiento adecuado, una nutrición adecuada, ejercicio frecuente y vacunación. Los tratamientos para enfermedades van desde medicamentos y dispositivos médicos hasta cirugía y cuidados personales. Las enfermedades se pueden curar simplemente con el tiempo, mientras que otras requieren un conjunto de tratamientos que reviertan los procesos de la enfermedad o acaben con el problema médico de raíz de forma permanente. Es posible que algunas enfermedades no se curen, en cuyo caso los síntomas de la enfermedad pueden tratarse mediante terapia de control del dolor o cuidados paliativos (53).

2.4.6. Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración con efectos persistentes, generan consecuencias sociales y económicas pueden afectar la calidad de vida de las personas. Las enfermedades crónicas son cada vez más comunes y son una prioridad para la acción en el sector de la salud. Comúnmente se informa sobre 8 grupos principales: artritis, asma, dolor de espalda, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y afecciones de salud mental (54).

Una enfermedad crónica o de largo plazo significa tener que adaptarse a las demandas de la enfermedad y la terapia utilizada para tratar la afección. La mayoría de las enfermedades crónicas no se curan solas y, por lo general, no se curan por completo. Algunos pueden poner en peligro la vida de inmediato, como las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares. Otros permanecen en el tiempo y necesitan un manejo intensivo, como la diabetes. La mayoría de las enfermedades crónicas persisten durante toda la vida de una persona, pero no siempre son la causa de la muerte, como la artritis (55).

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una elevación continua y sostenida de la presión arterial por encima del valor de tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 milímetros de mercurio y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 milímetros de mercurio, tomada repetidamente en la consulta o una sola toma cuando el valor de presión arterial es mayor

o igual a 180/110 milímetros de mercurio, esta patología merece tratamiento y control oportuno para evitar complicaciones a futuro, lo que permitirá disminuir la mortalidad en los pacientes diagnosticados (16). La hipertensión arterial es la patología que se atiende con mayor frecuencia en las unidades de primer nivel, además se considera como un predictor de morbi-mortalidad para enfermedades cerebrovascular, infarto del miocardio, enfermedades arteriales periféricas e insuficiencia renal (24,25).

A nivel mundial, según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (ONU) expone en el 2013 que el 40 % de pacientes mayores de 25 años padecen de hipertensión arterial a nivel mundial siendo los países subdesarrollados con menores ingresos económico los que tienen el mayor índice de dicha enfermedad, como lo son los estados pertenecientes al continente africano llegando a tener una prevalencia del 46% (26).

De acuerdo a las nuevas guías de hipertensión arterial de la American Heart Association y el American College of Cardiology que dieron en el 2017 una nueva calificación al diagnóstico de hipertensión arterial en el cual los pacientes que presenten una presión arterial mayor a 130/80 milímetros de mercurio son diagnosticados como pacientes hipertensos, la prevalencia de hipertensión arterial aumentaría a más del 50% a nivel mundial (27).

Para el diagnóstico de hipertensión arterial se requiere una atención integral, el cual debe contar con una anamnesis minuciosa, un examen físico completo y la realización de exámenes complementarios en el cual incluye un electrocardiograma (29). Al realizarse la historia clínica se debe consultar la historia familiar, interrogando antecedentes y factores de riesgo predisponentes al desarrollo de hipertensión arterial. El examen físico incluye la toma de datos antropométricos: peso, talla, circunferencia abdominal y cálculo del índice de masa corporal, así como la toma de la tensión arterial y el pulso radial para la identificación oportuna de arritmias (31,32).

Diagnóstico

El diagnóstico de hipertensión arterial se establece tras la toma de presión arterial por dos ocasiones en dos momentos distintos en los cuales presente valores mayores a 140/90 mmHg. Sin embargo se puede diagnosticar de hipertensión arterial desde la primera consulta médica cuando se tenga pacientes que acudan con datos de alarma o por urgencia hipertensiva, como son pacientes con diabetes con daño a órgano blanco, o personas con datos de insuficiencia renal de moderada a grave (filtración glomerular < 60 ml/min/m²), o que presenten cifras de presión arterial mayor de 140/90 milímetros de mercurio con sintomatología de deterioro en órganos efectores en los sistemas renales, neurológicos o cardiovasculares (28,33,34).

Clasificación de la hipertensión arterial

Según la guía clínica de manejo de hipertensión arterial publicada por el ministerio de salud pública del Ecuador, clasifica a la hipertensión arterial en cuatro estadios:

- Estadio 1: Presión arterial sistólica entre 140-159 milímetros de mercurio, presión arterial diastólica entre 90 – 99 milímetros de mercurio (35,37).
- Estadio 2: Presión arterial sistólica entre 160-179 milímetros de mercurio, presión arterial diastólica entre 100 – 109 milímetros de mercurio (35,37).
- Estadio 3: Presión arterial sistólica mayor o igual a 180 milímetros de mercurio, presión arterial diastólica mayor o igual a 110 milímetros de mercurio (35,37).
- Hipertensión sistólica aislada: Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 milímetros de mercurio con una presión arterial diastólica menor a 90 milímetros de mercurio (35,37).

Tratamiento

De acuerdo al panel de expertos de la Joint National Committee en su octava edición concluyeron que se recomienda empezar tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años si su presión arterial sistólica es mayor de 150 milímetros de mercurio o la diastólica mayor de 90 milímetros de mercurio; En la población menor de 60 años y

en pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus mayores de 18 años recomienda tratamiento farmacológico cuando exista una presión arterial sistólica mayor a 140 milímetros de mercurio y o una presión arterial diastólica mayor a 90 milímetros de mercurio.

Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 es una hiperglucemia crónica resultado de un trastorno metabólico en el que existe un deterioro en la producción o utilización correcta de insulina (40).

La diabetes mellitus tipo 2 es de carácter multifactorial y poligénica, se ha determinado que puede aparecer los primeros rasgos de deterioros orgánicos entre 10 a 20 años antes de ser diagnosticada la enfermedad; En la etapa inicial aparece una resistencia a la insulina que el páncreas lo trata de compensar con el aumento de producción de la misma (44).

En la segunda etapa el proceso de resistencia a la insulina aumenta, pero las células beta del páncreas ya que son incapaces de producir una cantidad necesaria de insulina para mantener valores de glicemia normal, razón por la cual los valores de glucosa aumentan, siendo posible ser diagnosticada la enfermedad a través de exámenes de laboratorio como lo es la glucosa en ayunas, postprandial y la hemoglobina glicosilada (40,45).

Clasificación de la diabetes

La clasificación tradicional de la diabetes mellitus no ha tenido grandes cambios en los últimos años por lo cual se sigue manejando criterios claros de su diagnóstico, los cuales son:

- Diabetes mellitus tipo 1 se da por la destrucción de las células beta, dando como resultado una deficiencia de insulina (45).
- Diabetes mellitus tipo 2 ocurre por un déficit progresivo de la secreción de insulina debido a la resistencia a la misma en el organismo (46,49).

- Diabetes mellitus gestación, se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo sin antecedentes de diabetes mellitus (48,49).
- Otros tipos específicos de diabetes mellitus por otras causas: diabetes mellitus monogénica, diabetes mellitus producida por fármacos, enfermedades del páncreas exocrino (47,50).

De acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en su publicación dada el 2019 determina que se diagnostica de diabetes mellitus tipo 2 si cumplen uno de los siguientes criterios: Glucemia de ayuno medida en plasma con un valor mayor o igual a 126 mg/dl, este valor que debe ser confirmado con una segunda prueba en diferentes días (18). Glucemia medida en plasma venoso que sea mayor o igual a 200 mg/dl la cual debe ser después de dos horas de dar una carga de 75 g de glucosa anhidra durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (51,52).

Sintomatología

Paciente que presente síntomas de poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida repentina de peso acompañado de una glucemia medida en plasma venoso al azar que sea igual o mayor a 200 mg/dl (61,63). Hemoglobina glicosilada mayor o igual a 6.5 %, en la cual se emplee protocolos con una metodología estandarizada para su realización (53,54).

Existe además el diagnóstico de prediabetes el cual se encuentra estipulado en la guía clínica de manejo del ministerio de salud publica del Ecuador y en el ADA 2019, el cual toma como diagnostico si cumple estos criterios: Glucemia en ayunas entre 100 mg/dL (5.6 mmol/L) a 125 mg/dL (6.9 mmol/L) ; Glucemia post carga oral con 75 gramos de glucosa anhidra, entre 140mg/dL (7.8 mmol/L) a 199 mg/dL (11.0 mmol/L) a las dos horas ; Hemoglobina glicosilada entre 5.7-6.4 % (55,56).

2.5. Hipótesis

Hipótesis nula (Ho): El estrés emocional no es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

Hipótesis alternativa (H1): El estrés emocional es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

2.6. Señalamiento de variables

Variable independiente: Estrés emocional

Variable dependiente: Enfermedades crónicas

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Modalidad básica de la investigación

En la investigación se aplicó una metodología con enfoque mixto, La investigación de métodos mixtos es el tipo de investigación en la que un investigador combina elementos de enfoques de investigación cualitativos y cuantitativos (65). Se aplicó la metodología cualitativa debido a que se busca comprender la repercusión del estrés emocional en la salud de la población de la parroquia de Tanicuchi, a través de la observación y la aplicación de instrumentos, direccionados para conocer a fondo el problema e identificar el nivel de estrés emocional y el diagnóstico de enfermedades crónicas. La metodología cuantitativa, se aplicó en el análisis de los datos obtenidos mediante la exploración de las historias clínicas de la población, la revisión de los datos ingresados en el sistema electrónico RDACCA y el instrumento direccionado para el estrés emocional, por lo tanto, se correlaciono los datos relevantes correspondientes a las variables de estudio.

3.2. Nivel o tipo de investigación

Tipo de investigación

Se contó con una investigación inductiva y del mismo modo con una investigación analítica, entonces la metodología inductiva se aplicó en función al razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos, para llegar a conclusiones; cuya aplicación sea de carácter general. El método se inició con un estudio individual de los hechos, el cual está relacionado en el estudio con la repercusión de un acontecimiento social estresante, aspecto que generó un índice de morbi-mortalidad en la parroquia. En complemento, se consideró al método analítico, considerando que se aplicó un proceso cognoscitivo, que consiste en descomponer las variables separándolas para estudiarlas en forma individual.

En función a la aplicación, se consideró también la investigación de campo, la investigación de campo o el trabajo de campo es la recopilación de información fuera del entorno del investigador. Los enfoques y métodos utilizados en la investigación de campo varían, en este sentido se aplicó ya que se realizó visitas domiciliarias para valorar el estrés

emocional en la parroquia Tanicuchi de Lasso, buscando a la población que pueda participar en el estudio.

Diseño de investigación

La investigación cuenta con un alcance descriptivo porque está dirigido a describir el comportamiento de las variables en forma individual, en este sentido se describe al nivel de estrés emocional y se estableció si corresponde al factor de estrés, por otra parte, se identifica si la población de estudio posee enfermedades crónicas. El estudio también cuenta con un alcance correlacional debido a que permitió evidenciar relaciones entre las variables dependiente e independiente, identificando si así, si el estrés emocional es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas.

3.3. Población y muestra

En función al universo para la investigación se consideró a la población asentada como pacientes del Centro de Salud Tipo C Lasso, pacientes comprendidos entre 25 hasta 65 años de edad que pertenecen a la parroquia de Tanicuchi del cantón Latacunga.

Criterios de inclusión. – Personas entre 25 a 65 años de edad sin distinción de género, raza, religión y etnia que vivan en la parroquia de Tanicuchi en el barrio de Lasso. También como criterio se consideró a las personas fueron atendidas en el Centro de Salud Tipo C Lasso en el periodo del 2014 al 2018.

Criterios de exclusión. – Entre los criterios de exclusión se estableció a personas con discapacidad intelectual, física, auditiva o visual y a pacientes que en el periodo de valoración se encontraba en estado crítico.

La muestra se determinó en función a las necesidades investigativas, es decir, se consideró el muestreo no probabilístico, y en este sentido se determinó a 98 pacientes de 25 a 65 años pertenecientes a la parroquia Tanicuchi registrados en el Centro de salud de Lasso que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. Operacionalización de variables

Tabla N°1. Variable independiente: Estrés emocional

Variable	Tipo	Definición	Escala	Indicador	Instrumento
Estrés emocional	Cualitativa/ cuantitativa	Conjunto de alteraciones emocionales y físicas que se originan en el organismo como respuesta frente a determinados estímulos repetidos	Nivel de estrés Factor de estrés	Riesgo bajo Riesgo moderado Riesgo alto Si No	Escala de Holmes and Rahe

Fuente. Acosta (2020)

Tabla N°2. Variable dependiente: Enfermedades crónicas

Variable	Tipo	Definición	Escala	Indicador	Instrumento
Enfermedades crónicas	Cualitativa	Patologías de progresión lenta y de larga duración.	Diagnóstico de enfermedades crónicas	Hipertensión arterial Diabetes mellitus tipo 2	Historia clínica

Fuente. Acosta (2020)

3.5. Plan de recolección de información

La recolección de información se realizó con una revisión de las historias clínicas y por medio de visitas domiciliarias se aplicó la Escala de Holmes and Rahe, la información obtenida en el estudio se procesó mediante una matriz de datos efectuada en Microsoft Excel, además se consideró necesario utilizar el software estadístico SPSS para correlacionar información necesaria con el fin de conocer si existe relación entre las variables de estudio.

Técnicas e instrumentos

Escala de Holmes and Rahe

La Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe se estableció en 1967, es un instrumento direccionado para medir la magnitud de estrés que una persona ha experimentado durante un tiempo determinado, a su vez, determina el factor estresante. La escala establece 43 eventos, los creadores identificaron como los acontecimientos estresantes pueden preceder una enfermedad (66).

La escala cuenta con las siguientes puntuaciones:

- De 150 puntos o menos, se establece que la persona cuenta con susceptibilidad baja a padecer un colapso de la salud generado por estrés.
- De 150 a 300 puntos, puede direccionar a una probabilidad estimada del 50% de padecer problemas de salud en un estimado de dos años.
- De 300 puntos o más, determina un estimado del 80% de tener problemas salud en los próximos dos años.

Las puntuaciones establecidas, son en función al modelo de predicción estadística establecido por Holmes-Rahe.

Entrevista

La entrevista es un proceso investigativo que permite obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas a la persona de estudio sobre el tema propuesto. El tipo de entrevista que se utilizó es la semiestructurada que consiste en la realización de preguntas abiertas ya que permite una mayor libertad de obtención de información por parte de la persona entrevistada.

La entrevista estuvo direccionada hacia la población de la parroquia Tanucuchi, cuanta con 19 interrogantes dividido en tres secciones y con un apartado de datos generales, la entrevista tuvo como finalidad conocer la situación antes y después del cierre de la Panamericana Sur - 2014.

Historia clínica

La historia clínica, es el registro de la evaluación del estado de salud de un paciente, incluyendo información acerca sociales, culturales, familiares, y económicos, a su vez, se incluyen problemas médicos, tratamientos pasados que ha tenido una persona y aspectos que afectan a la salud y el bienestar. En base a lo descrito, la revisión de la historia clínica se aplicó para conocer el diagnóstico de enfermedades crónicas que se identificó en la población de estudio entre el año 2014 al 2018.

Sistema de registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias web (RDACAA), el sistema es una herramienta utilizada en las unidades de salud públicas del país, en función a lo descrito, se utilizó los registros del sistema para obtener datos sociales y demográficos exactos de la población de estudio

3.6. Procedimientos para levantamiento o recolección de la información:

Para iniciar el levantamiento y recolección de información, se determinó a las 98 personas que conformaron la muestra, y en función a la fase inicial se estableció el siguiente proceso:

- Se reviso el sistema RDACCA para identificar a la población correspondiente a la parroquia Tanicuchi.
- Al identificar la muestra exacta, se revisó la historia clínica para identificar posibles enfermedades crónicas.
- Se aplico la entrevista para conocer la situación de la población en relación al acontecimiento social del 2014.
- La investigación continua, con la aplicación de la escala de Holmes and Rahe.
- Se realizo un análisis de la situación integral de la población de estudio en función a los datos obtenidos.
- Se analizó los análisis de los datos obtenidos en el levantamiento de información
- Para finalizar se interpretó los datos y se correlaciono las variables de estudio.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación

4.1.1. Características de la población

Tabla N°3. Características de la población

Características de la población		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	35	35,71
	Mujer	63	64,29
Edad	De 25 a 35 años	7	7,14
	De 36 a 45 años	13	13,27
	De 46 a 55 años	38	38,78
	De 56 a 65 años	40	40,82
Etnia	Mestiza	97	98,98
	Blanca	0	0,00
	Afroecuatoriana	1	1,02
	Indígena	0	0,00
Instrucción	Básica	33	33,67
	Bachiller	53	54,08
	Superior	8	8,16
	Ninguno	4	4,08
Estado civil	Soltero	6	6,12
	Casado	68	69,39
	Divorciado	14	14,29
	Unión libre	3	3,06
	Viudo	7	7,14

Fuente: Historia clínica

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

En primer lugar, se consideró las características de la población se trabajó con una muestra representativa de 98 personas pertenecientes a la parroquia Tanicuchi, es importante agregar que el 64% de la población son mujeres y el 35% restante son hombres; uno de los criterios de inclusión considerados del estudio fue personas de 25 a 65 años, entonces, cabe destacar que el 7% se encuentra entre 25 y 35 años, entre el rango de edad de 36 hasta los 45 años se ubicó el 13% de la población evaluada, en tal sentido, el 38% de los miembros que participaron en el estudio se encuentran entre 46 a 55 años de edad, como punto final de la edad de la población se entiende que el 40% están entre los 56 a 65 años de edad.

De la misma forma, se consideró la etnia y en este punto se evidencia que el 98.98% de evaluados son mestizos y el 1% restante fue afroecuatoriana, además de la etnia, se estableció la instrucción, por lo cual, el 33.67% cuenta con una educación básica, el 54% tiene un nivel de bachiller, el 8% mantiene una educación superior, sin embargo, existe un 4% que no cuenta con ninguna instrucción.

El estado civil fue otro punto que se consideró, en donde el 6.12% se encuentra soltero, el 14% está divorciada, el 7% viudo, el 3% está en unión libre y finalmente la mayoría de la población está casada (69%).

4.1.2. Situación de la población antes del factor estresante

Tabla N°4. Situación de la población antes del factor estresante

Parámetros	Frecuencia	Porcentaje	
Ocupación	Cuenta propia	23	23,47
	Empleado privado	30	30,61
	Empleado público	14	14,29
	Jornalero	7	7,14
	QQ DD	24	24,49
	Trabajo no remunerado	0	0,00
Tipo de actividad laboral	Estático	33	33,67
	Dinámico	65	66,67
Tiempo de trabajo en años	De 3 a 10 años	15	15,31
	De 11 a 20 años	27	27,55
	De 21 a 30 años	32	32,65
	De 31 a 40 años	20	20,41
	De 41 a 50 años	4	4,08
Actividad laboral económicamente satisfactoria	Si	98	100
	No	0	0,00
Estilo de vida confortable	Si	98	100
	No	0	0,00

Fuente: Entrevista

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

La tendencia a ver la vida como desafiante o estresante puede ser incluso más básica para la cognición humana de lo que parece, por lo tanto, se consideró la situación anterior al factor estresante, entre los aspectos más notables esta la ocupación, el 60.61% de los evaluados contaban con un empleo privado, con cuenta población se encontraba el 23.47%, por otro lado,

el 24.49% se dedicaba a las actividades de quehaceres domésticos (QQ DD), en representaciones menores se encuentra la ocupación de jornalero y empleados públicos.

En complemento a la ocupación se tomó en cuenta el tipo de trabajo en lo que el 33.67% realizaba actividades estáticas y el 66.67% efectuaba sus ocupaciones laborales con actividades dinámicas.

A causa de un factor estresante la población evaluada sufrió un proceso de cambio drástico, a razón de lo suscitado, un factor de estrés es cualquier cosa que provoque la liberación de hormonas del estrés (3). Hay dos amplias categorías de factores estresantes: estresantes fisiológicos (o físicos) y estresantes psicológicos, según lo emitido por los autores se consideró inicialmente analizar la situación previa al factor estresante

Bajo la premisa descrita en el párrafo anterior, se toma en cuenta el tiempo de trabajo en años en donde la mayor parte de la población tuvo de 21 a 30 años de trabajo (32.65%), de 11 a 20 años se encuentra el 24.55%, por otro lado, de 3 a 10 años se encuentra el 15%, de 31 a 41 años se estableció el 20.41% y en representaciones minoritarias está en 4% con una estimación de 41 a 50 años.

Según la investigación realizada en el 2017, se entiende que aunque varias situaciones tienden a provocar diferentes patrones de respuestas al estrés, también existen diferencias individuales en las respuestas ante la misma situación (factor estresante) (62). Es por ello, que se consideró los diferentes aspectos que engloban a la actividad laboral, considerando que la actividad laboral se ve influenciada por la presencia de factores estresantes como datos previos.

De forma similar se valoró si la actividad laboral fue económicamente satisfactoria, obtenido una respuesta afirmativa en la totalidad de la población (100%), en complemento a lo descrito, se detalla el estilo de vida confortable antes del factor estresante, obtenido que el 100% mantuvo un estilo de vida positivo.

Los factores estresantes representan una amenaza potencial para el ser humano, y la respuesta al estrés es fundamental para adaptarse al factor estresante, en este sentido, se consideró la situación de 4 aspectos relevantes antes de la presencia del factor (17). Las diferencias individuales son comunes en respuesta a factores estresantes y podrían ocurrir como resultado de numerosos mecanismos.

4.1.1. Situación de la población después del factor estresante

Tabla N°5. Situación de la población después del factor estresante

	Parámetro	Frecuencia	Porcentaje
Cambio de actividad laboral después del 2014	Cuenta propia	0	0,00
	Empleo privado	10	10,20
	Empleado publico	2	2,04
	Jornalero	11	11,22
	QQ DD	8	8,16
	Trabajo no remunerado	12	12,24
	Desempleo	34	34,69
	No hay cambio	21	21,43
	Tipo de actividad laboral	Estático	58
Dinámico		40	40,82
Se mantiene		52	53,06
Economía	Mejora	0	0,00
	Empeora	42	42,86
Estilo de vida	Se mantiene	56	57,14
	Mejora	0	0,00
	Empeora	42	42,86
Adaptación al cambio social	Si	24	24,49
	No	18	18,37
	No aplica	56	57,14
Tiempo de adaptación en años	2 años	10	10,20
	3 años	11	11,22
	4 años	3	3,06
	No aplica	74	75,51

Fuente: Entrevista

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

Después de la situación que generó la presencia del factor estresante, se observa la actividad profesional o laboral después del 2014, la mayor parte de la población (21.43%) no ha presentado cambio en la actividad laboral, no obstante, un porcentaje considerable como es el caso del 11% especifica un cambio hacia actividades jornaleras, en comparación a la situación antes del factor estresante, existe un incremento bastante notorio en los quehaceres domésticos debido a que el 8.16% de los evaluados predominan en esta actividad, por otra parte, bajo la denominación de empleado privado se encuentra el 10.20% de los evaluados, a su vez, con el 2.04% se encuentran los empleados públicos, como puntos significativos, se ha identificado que

el desempleo y el trabajo remunerado predominan con valores de 34.69 y 12.24% respectivamente.

Comparando con la situación antes del factor estresante se evidencia un cambio drástico debido a que la población considerada para la investigación posterior al año 2014 cambia de actividades labores estáticas a actividades dinámicas (40.82%).

La económica fue un punto notable, en este orden, se identificó que el 53% mantiene su nivel económico, considerando, que de forma negativa en el 42% ha empeorado. El estilo de vida es uno de los aspectos más necesarios en el estudio, a pesar de, la presencia del factor estresante el 57.14% mantuvo su estilo de vida, no obstante, el 42.86% tuvo un cambio negativo en comparación al estilo de vida que mantenían antes del 2014.

Existen factores estresantes, tanto físicos como psicológicos, las dos categorías son omnipresentes y desafían el bienestar de un organismo. Aunque existen numerosas respuestas generales al estrés, la última década los estudios se han centrado en los factores estresores psicológicos, los cuales son circunstancias ambientales sociales y físicas que desafían las capacidades de adaptación y los recursos de un organismo (27). Considerando lo establecido en estudios anterior y sobre todo en lo establecido por el autor referenciado, se determina que estas circunstancias representan una gama extremadamente amplia y variada de situaciones diferentes que poseen atributos físicos y psicológicos comunes y específicos, como es el caso de la ocupación, tipo de ocupación y actividad económica.

Se entiende que el rasgo común asociado a los cambios en la vida causado factor estresante es el grado de reajuste social causado por el evento, en función a esto se encuentra que el 57.14% no aplica a la adaptación, obteniendo que el 24.49% si se adaptó al cambio, sin embargo, el 18.37% no tuvo una buena adaptación al cambio. De todos modos, se toma en cuenta el tiempo de adaptación en años, en su mayoría los evaluados no aplicaron a esta opción (75.51%), pero, el 10% se adaptó en un estimado de dos años, el 11.22% en tres años y tan solo el 3.06% se adaptó en 4 años.

La importancia relativa de cada elemento no está determinada por las emociones asociadas con el elemento, ni por el significado del elemento para el individuo; es la cantidad de cambio y la relación entre la cantidad de cambio y el posible inicio de una enfermedad (29). Coincidiendo

con lo establecido por el estudio se evidencia cambios considerables con el antes y después del factor estresante.

4.1.2. Antecedentes patológicos

Tabla N°6. Antecedentes patológicos personales

Antecedentes patológicos personales		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes patológicos personales	Si	22	22,45
	No	76	77,55
Enfermedades personales	Artritis	1	1,02
	Artrosis	3	3,06
	Asma	2	2,04
	Colon irritable	1	1,02
	EPOC	2	2,04
	Gastritis crónica	2	2,04
	Hernia inguinal	1	1,02
	Hipertiroidismo	1	1,02
	Hipertrofia prostática	1	1,02
	Hipotiroidismo	5	5,10
	Lumbalgia crónica	2	2,04
	Quiste ovárico	1	1,02
	No aplica	76	77,55

Fuente: Entrevista

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

Los antecedentes personales patológicos son las enfermedades que presentó o presenta actualmente el paciente, debido a que facilita el diagnóstico certero para brindar un tratamiento adecuado y oportuno (36). En este sentido se obtiene que tan solo el 22.45% de la población evaluada presentan antecedentes patológicos personales, en base a lo mencionado, se considera que existe mayor presencia de hipotiroidismo con el 5.1%, en una menor representación esta la artrosis (3.06%), continuando, se identifica asma, gastritis crónica, hernia inguinal y la lumbalgia crónica con una representación del 2.04% respectivamente y para finalizar se evidencia la presencia de artritis, colon irritable, hernia inguinal, hipertiroidismo, hipertrofia prostática y quistes ováricos con un porcentaje respetivo mínimo de 1.02%.

Bajo el estudio realizado en el año 2017, centrado la perspectiva integral de la salud, se entiende, que el conocimiento de los antecedentes patológicos de un paciente se ha reconocido desde hace mucho tiempo como beneficioso para el diagnóstico y tratamiento de trastornos (43). Lo cual es

necesario, en este estudio, considerando de forma especial el desarrollo de enfermedades crónicas, coincidiendo con la literatura y por lo que se sustenta los datos descritos antes punto.

Tabla N°7. Antecedentes patológicos familiares

Antecedentes patológicos familiares		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes patológicos familiares	Si	62	63,27
	No	36	36,73
Enfermedades familiares	CA de mama/madre	1	1,02
	CA de tiroides/HTA padre	1	1,02
	CA gástrico/madre	1	1,02
	CA gástrico/padre	1	1,02
	CA hepático/hermano	1	1,02
	CA óseo/padre	1	1,02
	CA páncreas/madre	1	1,02
	Diabetes madre	7	7,14
	Diabetes/hipotiroidismo madre	1	1,02
	DM madre	1	1,02
	DMT madre	1	1,02
	DMT madre/HTA padre	2	2,04
	Hipertensión madre + DTM	1	1,02
	Hipertensión padre	3	3,06
	Hipertensión hermano	2	2,04
	Hipotiroidismo madre	1	1,02
	HTA madre	9	9,18
	HTA / CA de mama madre	2	2,04
	HTA/Hermana	1	1,02
	HTA madre/CA gástrico padre	1	1,02
	HTA madre/hermano	1	1,02
	HTA padre	8	8,16
	HTA padre/madre	2	2,04
	HTA padre/DMT madre	3	3,06
	HTA/DMT madre	3	3,06
	IAM Padre	4	4,08
	IC Cardiaca padre	1	1,02
	INS. Cardiaca madre	1	1,02
	No aplica	36	36,73

Fuente: Entrevista

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

Al notar patrones de trastornos entre familiares, se puede determinar si un individuo u otros miembros de la familia o las generaciones futuras pueden tener un mayor riesgo de desarrollar una afección en particular. En comparación con la presencia de antecedentes personal, existe una diferencia notable con los antecedentes familiar, debido a que del total de la población evaluada el 62% presenta antecedentes familiares.

En el artículo titulado La filosofía, el proceso salud enfermedad y el medio ambiente realizada en el año 2012, los autores establecieron que las familias tienen muchos factores en común, incluidos sus genes, su entorno y su estilo de vida, juntos, estos factores pueden dar señales sobre las condiciones médicas que pueden darse en una familia (44). Tomando en cuenta lo establecido, se coincide en que los antecedentes patológicos familiares, son un registro de información médica sobre una persona y sus parientes cercanos, un registro completo incluye información de tres generaciones de parientes, como fue el caso de los resultados de este estudio, ya que se consideró padres y hermanos.

En relación al indicio descrito, se obtiene un registro de 28 trastornos entre las que se encuentra diversos tipos de cáncer, diabetes, hipotiroidismo, hipertensión, infarto e insuficiencia cardiaca, por lo mismo, los antecedentes más representativos son HTA en la madre con el 9,18% de representación, diabetes en madre con el 7.14% y el HTA en el padre con 8.16%. Se evidencia de forma clara que existe antecedentes patológicos por medio de madre, padre y hermanos de forma significativa.

Algunos problemas de salud pueden transmitirse de padres a hijos, si un pariente cercano tiene una de estas enfermedades hereditarias, es más probable que la persona evaluada pueda desarrollar la enfermedad (45). En afecciones de salud relacionadas con la familia, aunque sus genes pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad, no son la única causa, las enfermedades cardíacas, la diabetes y algunos cánceres entran en esta categoría, por lo tanto, este estudio se centró en las enfermedades crónicas sobre todo en la diabetes y la hipertensión arterial, es por ello, que se coincide con la literatura y con los resultados obtenidos en este estudio.

4.1.3. Hábitos

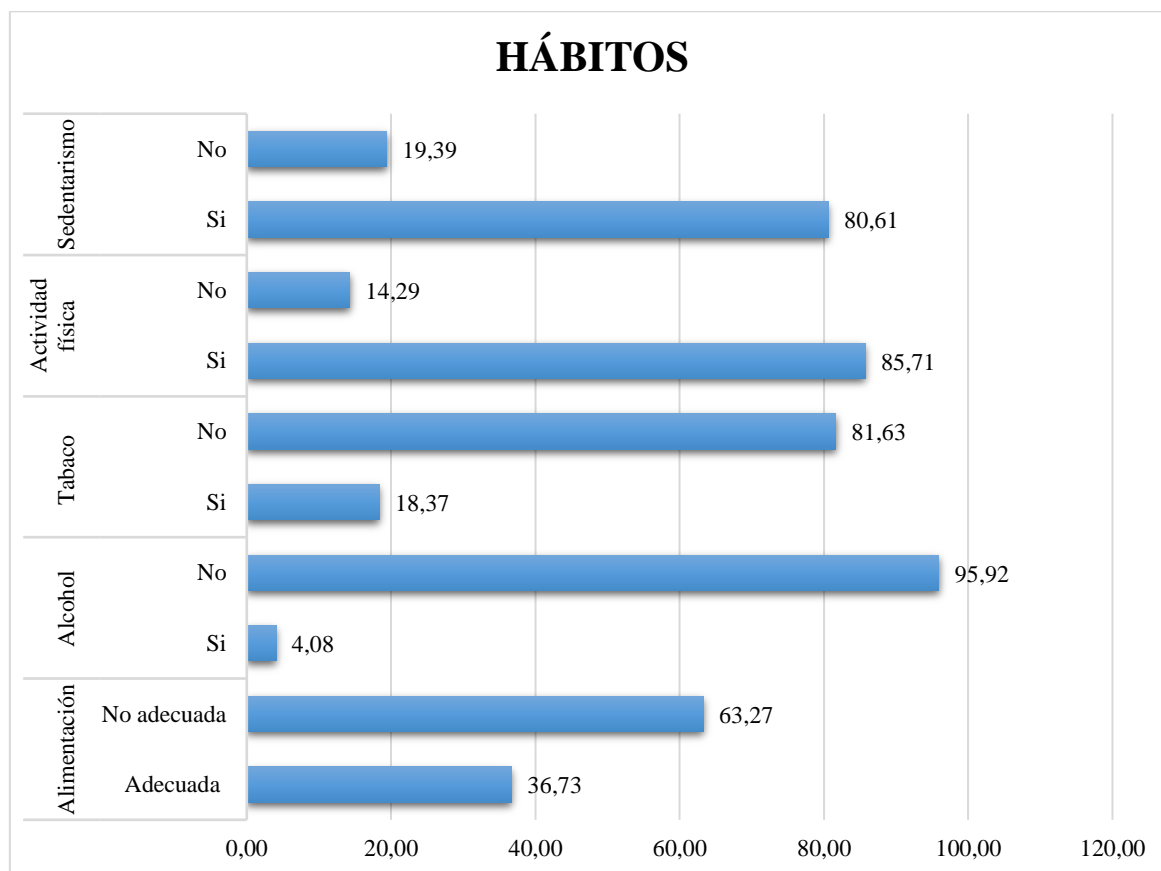


Gráfico 2. Hábitos
Elaborador por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

Un hábito es un comportamiento que las personas ejecutan repetidamente, muchas veces a diario, hay buenos y malos hábitos, y ambos marcarán una diferencia significativa en la vida a largo plazo. Dado que los hábitos de las personas marcan una gran diferencia en la vida de uno, es importante estar consciente de ellos (50).

Con relación a lo mencionado, se valoró los hábitos de la población, el 63.27% cuenta con una alimentación no adecuada, entendiendo así que el 36.73% si mantiene una adecuada alimentación, en dependencia al consumo de alcohol se evidencia que el 95.92% no lo consume, por otro lado, el 81% de la población no consume tabaco. Ahora, considerando los hábitos existe

resultados desfavorables en los hábitos de la población debido a que el 85.71% no realiza actividad física y el 80.61% mantiene altos índices de sedentarismo.

En función a la actividad física y la frecuencia en que se realiza, varios estudios han especificado que al no realizar actividad física con frecuencia puede generar el desarrollo de enfermedades cardíacas, incluso en personas que no tienen otros factores de riesgo. En este sentido, también se conoce que las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte en la era moderna y la inactividad física es la causa principal de la mayoría de las enfermedades crónicas (49). Por lo detallado en el estudio realizado en el 2016 existe una relación con lo redactado, debido a que los datos arrojan valores negativos en la actividad física y el sedentarismo.

En este punto, el estilo de vida sedentario es uno de los aspectos más relevantes de la investigación. Al sedentarismo como un estilo de vida se lo relaciona cada vez más con enfermedades crónicas (57). En varios estudios se ha verificado que los tiempos extensos de inactividad física reducen el metabolismo y por tal sentido, tiene la capacidad de afectar de forma directa el metabolismo.

4.1.4. Índice de masa corporal

Tabla N°8. Índice de masa corporal

Valor inicial de masa corporal		Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Desviación estándar
IMC inicial	Bajo peso	0	0	24.5	19.3476958
	Normal	40	40,82		
	Sobrepeso	40	40,82		
	Obesidad	18	18,37		
Total		98	100		
Valor actual de masa corporal		Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Desviación estándar
IMC actual	Bajo peso	0	0	24.5	17.0587221
	Normal	32	32,65		
	Sobrepeso	39	39,80		
	Obesidad	27	27,55		
Total		98	100		

Fuente: Entrevista

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

Es necesario, conocer el peso de la población evaluada antes de la presencia del factor estresante y después, se obtiene que el IMC inicial en el 40.80% es normal, a pesar de ello, se obtiene que el 40.82% mantenía un sobre peso y el 18.37% restante había desarrollado obesidad. Considerando la valoración inicial, se realiza una comparación con la situación actual, en donde el 32.65% se encuentra con un peso normal, el 39.80% mantiene un sobrepeso y en realización a la obesidad existe un incremento considerable del 18% al 27.55%.

4.1.5. Enfermedad crónica desarrollada

Tabla N°9. Enfermedad crónica desarrollada

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	23	23,47
Hipertensión	74	75,51
DM+HTA	1	1,02
Año de diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
2014	15	15,31
2015	20	20,41
2016	33	33,67
2017	30	30,61

Fuente: Entrevista

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

En consecuencia, se identifica la presencia de enfermedades crónicas, las malas elecciones de estilo de vida, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala alimentación, la falta de actividad física y el alivio inadecuado del estrés crónico son factores clave en el desarrollo y la progresión de enfermedades crónicas prevenibles (38). Efectivamente, en el desarrollo de esta investigación se evidencia la presencia de enfermedades crónicas, el 75.51% posee hipertensión arterial, el 23.47% presenta un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y el 1% posee ambas enfermedades.

Las enfermedades crónicas se definen en términos generales como afecciones que duran 1 año o más y requieren atención médica continua o limitan las actividades de la vida diaria o ambas, por lo tanto, se evaluó a los pacientes desde el año 2014 al 2017 obteniendo un incremento considerable y por año de diagnóstico se registró 15, 20, 33 y 30 casos de enfermedades crónicas.

El creciente conocimiento científico sobre los vínculos entre el estrés y la salud tiene una enorme importancia práctica (48). Comprender estos vínculos es esencial para crear conciencia sobre la

importancia de las políticas y los programas que pueden ayudar a hacer la vida menos estresante, especialmente para aquellos que experimentan más estrés y son más vulnerables a sus efectos dañinos para la salud, estableciendo una similitud con los resultados obtenidos, ya que existe presencia considerable de enfermedades crónicas.

4.1.6. Factor estresante

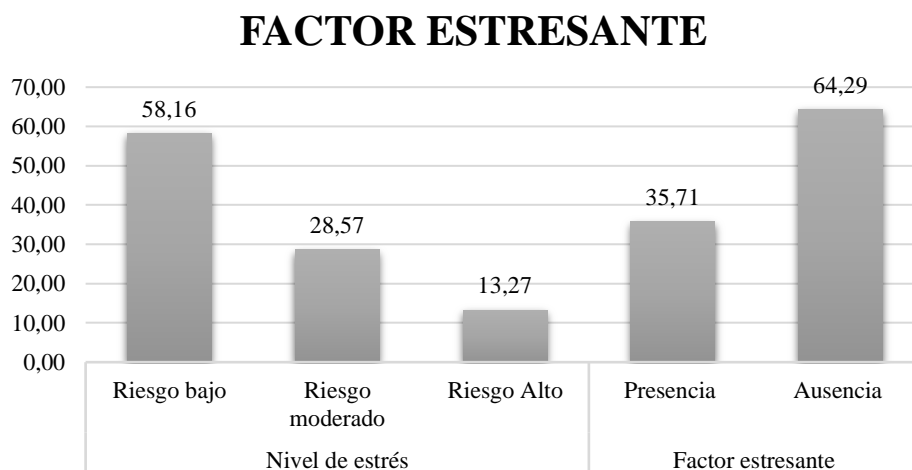


Gráfico 3. Factor estresante
Elaborador por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

De forma específica y directa se analiza la presencia del factor estresante en la población de Tanicuchi, inicialmente se evidencia el nivel de estrés, en donde, el 58.16% presenta un riesgo bajo, continuando, se identifica que el 28.57% mantiene un riesgo moderado, pero, el 13.27% cuenta con un riesgo alto, a pesar de ser un porcentaje minoritario, es un aspecto realmente importante por ser un riesgo elevado.

Al mismo tiempo, se evidencia claramente el 64.29% no presento el factor estresante, por lo contrario, el 35.71% si desarrollo este factor. Existe una variabilidad considerable en la respuesta a los factores de estrés psicológico entre individuos. Incluso en condiciones extremadamente estresantes, no todos los individuos se descomponen.

Los factores estresantes son demasiado fuertes y persistentes en individuos que son biológicamente vulnerables debido a la edad, factores genéticos o constitucionales, los factores estresantes pueden conducir a la enfermedad. Este es particularmente el caso si la persona tiene

pocos recursos psicosociales y escasas habilidades de afrontamiento (32). Comparando con lo descrito en este punto no se coincide con investigaciones anteriores debido a que en los resultados existe una predominancia de ausencia del factor estresante.

4.1.7. Factores de riesgos relacionados con las enfermedades crónicas

Para conocer, la relación entre los factores de riesgo con las enfermedades crónicas, se aplicó la prueba de correlación “Rho de Spearman” es una prueba no paramétrica que se usa para medir la fuerza de la asociación entre dos variables, donde el valor $r = 1$ significa una correlación positiva perfecta y el valor $r = -1$ significa una correlación negativa perfecta.

Tabla N°10. Relación entre la actividad física de la población y el sedentarismo con la enfermedad crónica diagnosticada (Hipertensión)

		Rho de Spearman	
		Enfermedad crónica diagnosticada hipertensión	
Actividad física	Coefficiente de correlación		,917**
	Sig. (bilateral)		,000
	N		98
Sedentarismo	Coefficiente de correlación		,832**
	Sig. (bilateral)		,000
	N		98

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: SPSS

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

Se relaciono la actividad física de la población evaluada y el sedentarismo con la hipertensión (enfermedad crónica diagnosticada a la población de Tanicuchi), en este sentido, se obtiene una relación de 0.917 entre la actividad física que realiza la población y la hipertensión, entendiendo que es un valor muy cercado a $r=1$, interpretando una relación positiva fuerte, es decir, que la actividad física es un factor de riesgo en el desarrollo de la hipertensión.

Al mismo tiempo, se relacionó el sedentarismo, obteniendo un valor de correlación de 0.832, valor cercano a $r=1$, a pesar de que el resultado es menor que la actividad física, también posee una relación positiva fuerte con el desarrollo de la enfermedad, asimilando que también es un factor de riesgo.

Tabla N° 11. Relación entre la actividad física, sedentarismo y la diabetes

Correlaciones			Enfermedad crónica diagnosticada diabetes
Rho de Spearman	Enfermedad crónica diagnosticada diabetes	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	98
	Sedentarismo	Coeficiente de correlación	-,797**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	98
	Actividad física	Coeficiente de correlación	-,958**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	98

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: SPSS

Elaborado por: Acosta (2020)

Ahora, se ejecutó el mismo proceso anteriormente mencionado para relacionar los posibles factores de riesgo, en este caso con la diabetes mellitus tipo 2. En relación a este estudio y a los datos obtenidos, se evidencia tanto en la actividad física como en el sedentarismo no se relaciona con el desarrollo de la diabetes, evidenciado claramente correlaciones negativas.

Tabla N° 12. Índice de Masa Corporal y la hipertensión

Correlaciones			Enfermedad crónica diagnosticada hipertensión
Rho de Spearman	Enfermedad crónica diagnosticada hipertensión	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	98
	Índice de Masa Corporal inicial	Coeficiente de correlación	,155
		Sig. (bilateral)	,128
		N	98
	Índice de Masa Corporal actual	Coeficiente de correlación	,214*
		Sig. (bilateral)	,034
		N	98

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

Fuente: SPSS

Elaborado por: Acosta (2020)

Se consideró relevante, analizar la situación del peso de los evaluados tanto los valores iniciales como con los valores actuales. Bajo la situación de la hipertensión de forma general se evidencia una relación leve entre el peso de los evaluados, sin embargo, a pesar de ser una relación leve se identifica una relación mayor en el IMC actual.

Tabla N°13. Índice de Masa Corporal y la diabetes

Correlaciones			Enfermedad crónica diagnosticada diabetes
Rho de Spearman	Índice de Masa Corporal inicial	Coeficiente de correlación	-,114
		Sig. (bilateral)	,265
		N	98
	Índice de Masa Corporal actual	Coeficiente de correlación	-,181
		Sig. (bilateral)	,075
		N	98
Enfermedad crónica diagnosticada diabetes		Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	98

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: SPSS

Elaborado por: Acosta (2020)

De forma similar a la de la hipertensión, se trabajó, con la diabetes tipo 2 y IMC, obteniendo que existe tanto en la valoración inicial como en la actual relación negativas en función a la enfermedad.

Tabla N°14. Relación entre el tipo de actividad inicial y actual con el sedentarismo de la población

Correlaciones			Sedentarismo
Rho de Spearman	Actividad laboral inicial (Tipo)	Coeficiente de correlación	-,105
		Sig. (bilateral)	,958
		N	98
	Actividad laboral actual (Tipo)	Coeficiente de correlación	,854
		Sig. (bilateral)	,004
		N	98

Fuente: SPSS

Elaborado por: Acosta (2020)

Al conocer la relación entre el tipo de actividad inicial y actual con el sedentarismo de la población, se identifica que existe una diferencia significativa entre la valoración inicial y la actual existiendo una relación considerable en la evaluación actual.

4.2. Verificación de hipótesis

Para la verificación de hipótesis se aplicó el método estadístico de correlación de Spearman previamente descrito, en este punto, se aplica la regla de decisión del valor “p” o valor conocido como el nivel de significancia, el valor debe ser menor a 0.05 para rechazar la hipótesis nula y poder aceptar la hipótesis alterna, considerando que las hipótesis de estudio son:

Hipótesis nula (Ho): El estrés emocional no es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

Hipótesis alternativa (H1): El estrés emocional es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

Tabla N°15. Correlaciones

Correlaciones			Enfermedad crónica diagnosticada	Factor estresante
Rho de Spearman	Enfermedad crónica diagnosticada	Coeficiente de correlación	1,000	,014
		Sig. (bilateral)	.	,890
		N	98	98
	Factor estresante	Coeficiente de correlación	,014	1,000
		Sig. (bilateral)	,890	.
		N	98	98

Fuente: SPSS

Elaborado por: Acosta (2020)

Análisis e interpretación

Se relaciono la enfermedad crónica identificada con la presencia del factor estresante, por lo tanto, se obtiene un valor $p=0,890$, valor de significancia mayor a 0.05, en base a la regla de decisión se aprueba la hipótesis nula, estableciendo así que el estrés emocional no es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El estudio buscó determinar si el estrés emocional es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas en el grupo etario comprendida entre 25 a 65 años pertenecientes a la parroquia de Tanicuchi del barrio de Lasso, se relacionó la enfermedades crónicas identificadas con la presencia del factor estresante en la población de estudio, por lo tanto, se concluye, que no existe un valor significativo entre las variables de estudio, entendiendo así que el estrés emocional no es un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas. Es necesario mencionar que gran parte de la población de Tanicuchi que sobrellevó el cambio drástico (factor estresante) ya no se encuentra en la parroquia, pero se estima que alrededor del 25% desarrollo algún tipo de enfermedad crónico, por ello, se infiere que al no haber contado con toda la población que padeció el factor estresante, no se pudo encontrar significancia o relación entre las variables.
- Con la finalidad de conocer la presencia del factor estresante que ha experimentado la población de Tanicuchi, se concluye que en más del 50% de la población evaluada se ha manifestado un factor estresante, infiriendo que fue causado por el cambio drástico de la apertura de la vía panamericano sur en el año 2014, considerando que en una representación minoritaria de la población existe un nivel de estrés alto y moderado suponiendo que fue generado por el impacto de tipo económico, social y ambiental que afecto a la población de Tanicuchi.
- Las principales enfermedades crónicas desarrolladas en la población que habita en la parroquia de Tanicuchi, fue la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2, diferenciado una predominancia de la hipertensión, es importante destacar que los pacientes fueron diagnosticados desde el año 2014 al 2017 obteniendo un incremento considerable por año de diagnóstico.

- Los factores de riesgos presentes en la población de Tanicuchi que pueden aportar al desarrollar de enfermedades crónicas, son el sedentarismo y la ausencia de actividad física relacionados con la hipertensión, por otro lado, el índice de masa corporal está relacionado con el desarrollo de la diabetes, comprendiendo que existe datos considerables sobre la predominancia del sobre peso y la obesidad en la población evaluada.

5.2. Recomendaciones

- Las intervenciones adecuadas del sistema de atención de la salud pueden mejorar el uso y la calidad de los servicios clínicos preventivos, es importante el control por parte de la unidad de salud asignada a la población de Tanicuchi, por lo mismo, se sugiere medir los factores sociales y ambientales que influyen en la salud de la población, en este sentido, potencializar los servicios de salud preventivos direccionados a las enfermedades crónicas.
- Las enfermedades crónicas abarcan una serie de condiciones heterogéneas que tienen efectos persistentes de por vida sobre la calidad de vida y el bienestar subjetivo y se encuentran en constante aumento, las enfermedades crónicas son causadas por conductas de riesgo, al tomar decisiones saludables, puede reducir la probabilidad de incrementar el desarrollo de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de la población de Tanicuchi, por lo tanto, se sugiere un control frecuente de salud de la población ya sea en la entidad de salud más cercana o por medio de visitas domiciliarias.
- Los factores de riesgo pueden causar o empeorar la mayoría de las enfermedades crónicas, muchos de los mismos enfoques pueden prevenirlas o reducir su gravedad en este sentido, se sugiere que la población de Tanicuchi implemente estrategias para realizar actividades físicas con el fin de prevenir o mejorar las comorbilidades metabólicas y psicológicas.

- Se sugiere direccionar a los trabajadores de la salud comunitarios y otros profesionales de la salud aliados para brindar atención de alta calidad, considerando incrementar servicios que puedan ayudar a prevenir enfermedades o detectarlas de forma temprana, reducir los factores de riesgo y controlar las complicaciones, del mismo modo ofrecer a las personas un mejor acceso a servicios preventivos de calidad puede reducir las disparidades de salud.

CAPITULO 6. PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Realizar un plan para el diagnóstico y tratamiento oportuno del estrés emocional en las personas que padezcan algún factor estresante identificable perteneciente el Centro de Salud tipo C de Lasso

Autor: Md. Roberto Iván Acosta Gavilánez

C.I. 1804327045

Dirección: Parroquia Atahualpa - Ambato - Tungurahua

Teléfono: 0995267728

e-mail: robertoacosta7007@gmail.com

Tutora: Dra. Esp. Ana Abigail López Guerrero

6.2. Antecedentes de la propuesta

En el estudio se buscó relacionar si el estrés emocional es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas en el grupo etario comprendida entre 25 a 65 años pertenecientes a la parroquia de Tanicuchi del barrio de Lasso, se concluyó que en más del 50% de la población evaluada se ha manifestado un factor estresante, infiriendo que fue causado por el cambio drástico de la apertura de la vía panamericano sur en el año 2014, considerando que existe un nivel de estrés alto y moderado el cual fue generado por el impacto de tipo económico, social y ambiental que afecto a la población de Tanicuchi.

6.3. Justificación

En el presente trabajo de investigación, se pudo observar que a pesar de que las personas presentaban datos relevantes de padecer factores estresantes no existió una valoración psicológica o medica que pueda diagnosticar de manera oportuna la presencia de estrés emocional en la población después del 2014. A pesar de eso se aplicó, mediante se realizaba la recolección de datos, la escala de Hamilton de estrés emocional en la población de estudio en el cual se evidencia que actualmente el 18.37% de la población presenta estrés, sin ningún tratamiento actual.

6.4. Objetivos

Objetivo general

- Diseñar un plan de diagnóstico oportuno de estrés emocional para los pacientes que presenten factores estresantes.

Objetivos específicos

- Crear un sistema de control de trabajo multidisciplinario que involucre al médico familiar, psicólogo y psiquiatra para el manejo de pacientes con estrés emocional.
- Implementar un protocolo que permita dar un seguimiento a los pacientes diagnosticados con estrés emocional y evidenciar su repercusión a futuro.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales de salud para el manejo y diagnóstico de estrés emocional.

6.5. Análisis de factibilidad

La realización de la propuesta es factible debido a que para que su diagnóstico se necesita la aplicación de escalas de fácil manejo y realización como lo es la Escala de Holmes y Rahe para la identificación de factores estresantes y la escala de Hamilton para el diagnóstico de estrés. Además, cabe recalcar que en el Centro de Salud tipo C de Lasso existe el personal adecuado y necesario para manejar este tipo de patologías, ya que cuenta con Psicólogo, Médico Familiar y Psiquiatra.

6.6. Fundamentación

Diagnóstico

El diagnóstico oportuno del estrés emocional por parte de los profesionales de salud permite que las repercusiones y complicaciones psicológicas y físicas disminuyan a futuro con un correcto manejo. El diagnóstico se lo puede realizar con la aplicación de la Escala de Hamilton que permite dar un diagnóstico crítico y estratificado de estrés emocional, el cual se puede confirmar con los criterios de la DSM 5, además, se puede realizar la escala de Holmes and Rahe para determinar la repercusión de los factores estresantes en la aparición de enfermedades crónicas a futuro.

Sistemas de control

A través de una correcta identificación de pacientes con estrés emocional, el llenado correcto de la historia clínica y la creación de una matriz con una evaluación semanal, quincenal o mensual de las personas diagnosticadas de acuerdo su gravedad, se podrá evidenciar si los niveles de estrés, tras una valoración a futuro, disminuyeron, además se podrá valorar el actuar del personal de salud mediante indicadores como: Seguimiento de atenciones al paciente, diagnóstico oportuno, aparición de enfermedades concomitantes, evaluación del desempeño de los trabajadores en salud mediante el estudio de las historias clínicas y valoración del paciente después de la terapia y tratamiento otorgado.

Protocolo de registro

Se debe implementar la creación de una matriz que nos permita identificar si el protocolo de diagnóstico, manejo y tratamiento del estrés es el correcto, el cual tenga los siguientes ítems: Edad del paciente, nombre del paciente, número de cédula, residencia, factores estresantes, sintomatología, resultados tras la aplicación de la escala de Holmes and Rahe y la escala de Hamilton, diagnóstico, número de controles, adherencia al tratamiento, referencia a psiquiatría y diagnóstico final. Además, se debe dar un correcto llenado a la historia clínica del paciente.

Conocimiento profesional

El profesional del área de salud que trabaja en el Centro de salud tipo C de Lasso tiene las herramientas necesarias para captar y diagnosticar pacientes que presenten estrés emocional, lo que se debe hacer es una actualización de conocimientos de acuerdo a guías clínicas y artículos médicos de interés, que nos permitan dar una atención eficaz y eficiente a la población, mediante charlas educativas en la sala de reuniones del Centro de salud con el personal que labora en el mismo, una vez a la semana.

6.7. Modelo operativo

Tabla N°16. Plan operativo

FASES	METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
DIAGNOSTICO ADECUADO	Dar un diagnóstico oportuno de estrés emocional a la población que pertenezca al Centro de Salud tipo C de Lasso, para su correcto manejo posterior.	<p>Prevención</p> <p>-Brindar charlas informativas sobre la importancia de identificar y tratar factores estresantes para evitar a futuro la aparición de estrés emocional y enfermedades crónicas.</p> <p>Diagnóstico</p> <p>-Escala de Holmes and Rahe. -Escala de Hamilton. -Criterios diagnósticos - DSM 5.</p> <p>Tratamiento</p> <p>- Terapia psicológica. -Seguimiento por medicina familiar. -Tratamiento farmacológico y valoración, si es necesario, por parte de psiquiatría.</p>	<p>-Tiempo de aplicación de la escala de Holmes and Rahe y la escala de Hamilton, 10 a 15 minutos.</p> <p>- Tiempo que dura la consulta de Medicina Familiar, entre 20 minutos a 1 hora.</p> <p>- Tiempo que dura la consulta con psicología entre 30 minutos a 1 hora.</p>	Profesional de salud: Medico rural, médico general, medico familiar, psicología y psiquiatría.	-Diagnóstico oportuno. -Seguimiento correcto. -Manejo y tratamiento adecuado.
SISTEMA DE CONTROL DE TRABAJO	Mediante una correcta identificación de pacientes con	<p>Variable que se busca controlar</p> <p>- Seguimiento de atenciones al paciente.</p>	En cada consulta, lo pertinente al trabajo administrative	Profesional de salud	-Desempeño del personal de salud adecuado.

	<p>estrés emocional y la creación de una matriz se podrá evidenciar si lo niveles de estrés, tras una valoración a futuro, disminuyeron, además se podrá valorar el actuar del personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico oportuno. - Aparición de enfermedades concomitantes. - Evaluación del desempeño de los trabajadores en salud - Valoración del paciente después de la terapia. - Tratamiento otorgado. <p>Punto de referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y estudio de las historias clínicas y la matriz. <p>Actuador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales de salud llenaran las historias clínicas y la matriz, 	<p>sera entre 15 a 20 minutos.</p>		<p>- Correcto manejo y diagnóstico del paciente.</p>
<p>PROTOCOLO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN COMPLETO</p>	<p>Se debe implementar la creación de una matriz que nos permita identificar si el protocolo de diagnóstico, manejo y tratamiento del estrés es el correcto.</p>	<p>Protocolo conformado por los siguientes ítems</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad del paciente. - Nombre del paciente. - Número de cedula. - Residencia. - Factores estresantes. - Sintomatología - Resultados tras la aplicación de la escala de Holmes and Rahe y la escala de Hamilton. - Diagnostico. - Número de controles. 	<p>Tiempo que dura cada consulta, entre 30 minutos a 1 hora. Pedir que regrese si es necesario.</p>	<p>Profesional de salud</p>	<p>- Correcto llenado de la historia clínica y de la matriz propuesta.</p>

		-Adherencia al tratamiento -Referencia a psiquiatría. -Diagnostico final.			
ACTUALIZAR LOS CONOCIMIEN TOS	-Actualización de conocimientos de acuerdo a guías clínicas y artículos médicos de interés, que nos permitan dar una atención eficaz y eficiente a la población	-Estudio de guías clínicas actualizadas que traten sobre el diagnóstico y manejo del estrés emocional. -Lectura crítica de artículos de interés que hablen sobre el estrés emocional.	-Charlas educativas al personal de salud que dure dos horas a la semana.	Profesional de salud.	Conocer adecuadamente información sobre prevención, diagnóstico y tratamiento del estrés emocional.

Fuente. Acosta (2020)

6.8. Administración

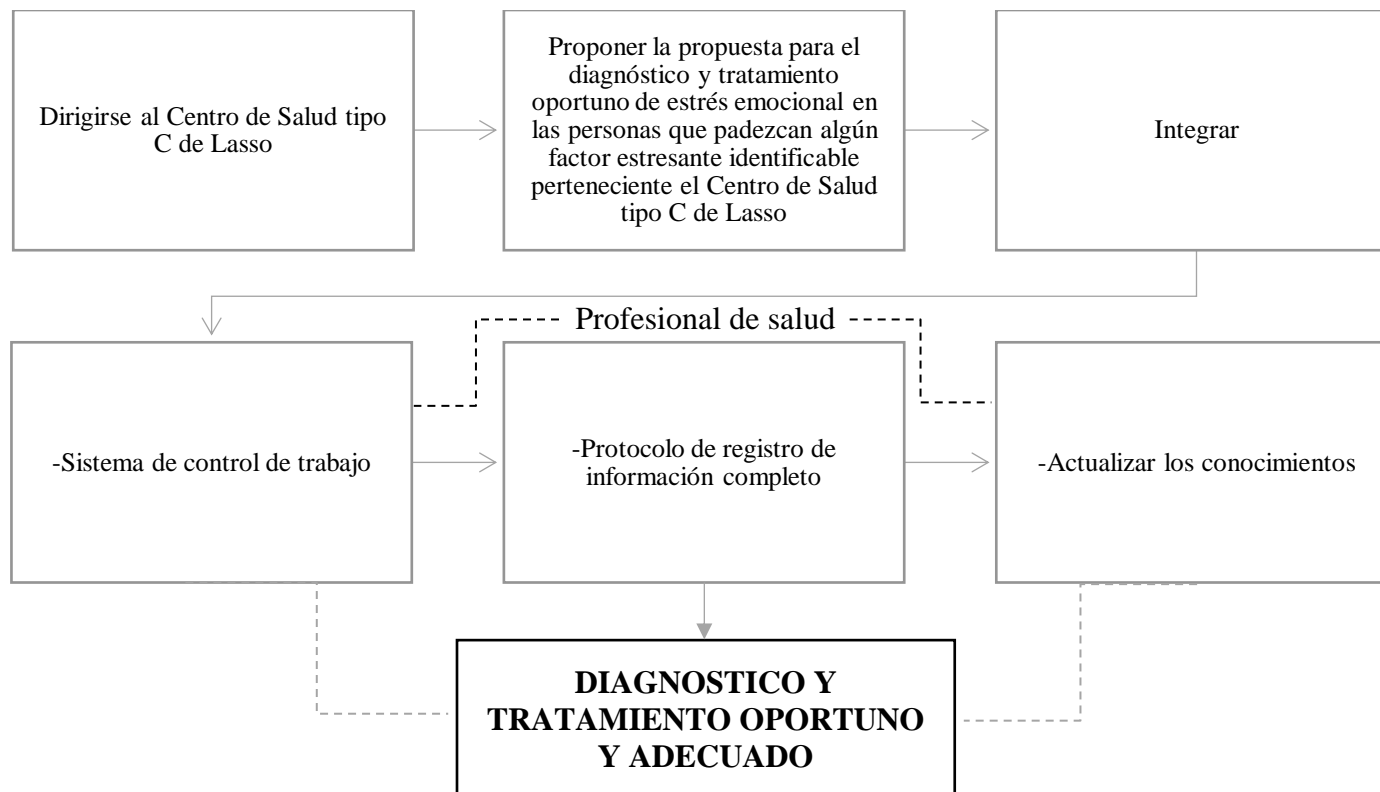


Gráfico 4. Administración de la propuesta
Fuente. Acosta (2020)

6.9. Previsión de la evaluación

El plan de monitoreo y evaluación de la propuesta se realizará estudiando el correcto llenado y manejo de las historias clínicas de los pacientes y se evaluará los parámetros establecidos en la matriz correspondiente mediante la aplicación de estudios estadísticos, además se evaluará las limitaciones en el primer nivel de atención para el tratamiento farmacológico del estrés emocional y sus posibles complicaciones. De esta forma conoceremos si el diagnóstico y tratamiento del estrés emocional en el centro de salud tipo C de Lasso es el correcto.

MATERIALES DE REFERENCIA

1. Bibliografía

1. Herrera-Covarrubias D, Coria-Avila GA, Muñoz-Zavaleta DA, Graillet-Mora O, Aranda-Abreu GE, Rojas-Durán F, et al. Impacto del estrés psicosocial en la salud. *eNeurobiologia*. 2017;8(17):1–23.
2. Cairney J, Kwan MY, Veldhuizen S, Faulkner GE. Who Uses Exercise as a Coping Strategy for Stress? Results from a National Survey of Canadians. *J Phys Act Heal*. 2014;11(5):908–16.
3. Concepción M, Andrés G. Diferencias de género en el estrés y la salud de las personas mayores Gender Differences in. 2017;2064.
4. Ma K, Xu A, Cui S, Sun MR, Xue YC, Wang JH. Impaired GABA synthesis, uptake and release are associated with depression-like behaviors induced by chronic mild stress. *Transl Psychiatry*. 2016;6(10).
5. Everson-Rose SA, Roetker NS, Lutsey PL, Kershaw KN, Longstreth WT, Sacco RL, et al. Chronic stress, depressive symptoms, anger, hostility, and risk of stroke and transient ischemic attack in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Stroke*. 2014;45(8):2318–23.
6. Moreira APL, Malta DC, Vianna RP de T, Moreira PVL, de Carvalho AT. Risk and protection factors for self-reported hypertension and diabetes in João Pessoa, Brazil. The VIGITEL survey, 2014. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2017;135(5):450–61.
7. Uhalde DG. *Guia de Practica Clinica: Ansiedad en las Enfermedades Crónicas*. 2013;127(1):20–2.
8. Zavala, U. y Florenzano U. Diabetes Y Corazón. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2015;26(2):175–85.
9. Lopez -Jaramillo Patricio, Sanchez RA, Diaz M. Latin American consensus on hypertension in patients with diabetes type 2 and metabolic syndrome. *J Hypertens*.

- 2013;31:223–38.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016;1(1):1–84.
 11. OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Oms. 2013;1–39.
 12. Garzón G, Gil Á, Herrero AM, Jiménez F, Cerezo MJ, Domínguez C. Grado de control metabólico y de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2 con y sin enfermedad cardiovascular. *Gac Sanit.* 2015;29(6):425–30.
 13. Koteckewis K, Ribeiro RP, Ribeiro BG de A, Martins JT. Enfermedades crónicas no transmisibles y el estrés de los trabajadores de enfermería de unidades quirúrgicas. *Enfermería Glob.* 2017;16(2):295–304.
 14. Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2015: América Latina y el Caribe. Of Reg para América Lat y el Caribe. 2015;21(1):1–211.
 15. Luna M. Factores de riesgos modificables para enfermedad cardiovascular en el personal de enfermería de una Institución Hospitalaria de IV nivel de atención, de la ciudad de Bogotá, durante el primer trimestre del año 2011 [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2011. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9789/tesis12-8.pdf?sequence=1>
 16. Díaz A. Repercusión del estrés percibido y del estrés laboral en los factores de riesgo cardiovascular y en la respuesta inmunitaria mediada por inmunoglobulinas en población laboral [Internet]. Universidad de Sevilla; 2017. Available from: [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/69203/Tesis Doctoral A. Díaz Hernández .pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/69203/Tesis%20Doctoral%20A.%20D%C3%ADaz%20Hern%C3%A1ndez.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
 17. Mena F. Autoeficacia y estrés como determinantes de adherencia en pacientes hipertensos Comuna de Retiro, Región del Maule, Chile [Internet]. Universidad de Concepción; 2017. Available from: http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2559/3/Tesis_Autoeficacia_y_estres_como_determinantes.pdf

18. Salleh M. Life event, stress and illness. *Malaysian J Med Sci* [Internet]. 2008;15(4):9–18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341916/pdf/mjms-15-4-009.pdf>
19. Harris M, Oldmeadow C, Hure A, Luu J, Loxton D, Attia J. Stress increases the risk of type 2 diabetes onset in women: A 12-year longitudinal study using causal modelling. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(2):1–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319684/pdf/pone.0172126.pdf>
20. Del Pilar M, Del Solar J, Guerrero M, Atalah E. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Rev Med Chil*. 2015;133(8):919–28.
21. Francisco P, De Assumpção D, Silva F, Senicato C, Carvalho D. Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. *Rev Saude Publica*. 2019;53:1–13.
22. Hoy D, Rao C, Nhung NTT, Marks G, Hoa NP. Risk factors for chronic disease in viet nam: A review of the literature. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2013;10(1):1–18. Available from: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/pdf/12_0067.pdf
23. Gbadamosi M, Tlou B. Modifiable risk factors associated with non-communicable diseases among adult outpatients in Manzini, Swaziland: A cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2020;20(1):1–12. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-020-08816-0>
24. Anderson E, Durstine L. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sport Med Heal Sci* [Internet]. 2019;1(1):3–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>
25. Vanegas M, Ramírez M, Guzmán R. Regulación del estrés y emociones con actividades gráficas y narrativa expresiva. *Rev Psicol* [Internet]. 2016;34(2):293–312. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v34n2/a04v34n2.pdf>
26. Cuesta MR. Influencia del estrés psicológico y la actividad física moderada en la

- reactividad cardiovascular. Medigraphic [Internet]. 2018; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2018/fi183g.pdf>
27. León M, Fornés J. Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enferm Glob* [Internet]. 2015;14(2):276–300. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/revision2.pdf>
 28. Ospina A. Sintomas, niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en una muestra de estudiantes masculinos y femeninos de una institución de educación Superior Militar: Análisis Comparativo [Internet]. Universidad Católica de Colombia; 2016. Available from: [https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/3161/4/tesis de maestría Andrés Ospina Stepanian.pdf](https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/3161/4/tesis_de_maestría_Andrés_Ospina_Stepanian.pdf)
 29. Ma D, Sakai H, Wakabayashi C, Kwon JS, Lee Y, Liu S, et al. The prevalence and risk factor control associated with noncommunicable diseases in China, Japan, and Korea. *J Epidemiol*. 2017;27(12):568–73.
 30. Grenon SM, Owens CD, Alley H, Perez S, Whooley MA, Neylan TC, et al. Posttraumatic Stress Disorder Is Associated With Worse Endothelial Function Among Veterans. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(3):e003010.
 31. Fuchs FD, Fuchs SC, Moreira LB, Gus M, Nóbrega AC, Poli-de-Figueiredo CE, et al. Prevention of hypertension in patients with pre-hypertension: Protocol for the PREVER-prevention trial. *Trials*. 2011;12:1–7.
 32. Patilla C. Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento. Tesis para obtener Tit Prof Psicol. 2011;
 33. Pozo J. Afrontamiento al estrés y depresión en aspirantes a policía a la Escuela de Formación de policías de línea GOE-Guano, periodo diciembre 2016 - mayo 2017. 2014;1–25.
 34. Sánchez P. Psicobioquímica (Estrés, Ansiedad y Depresión) en Fibromialgia - 04.pdf. *C Psicobioquímica*. 2014;3:55–68.

35. Gallo LC, Roesch SC, Fortmann AL, Carnethon MR, Penedo FJ, Perreira K, et al. Associations of chronic stress burden, perceived stress, and traumatic stress with cardiovascular disease prevalence and risk factors in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos Sociocultural Ancillary Study. *Psychosom Med.* 2015;76(6):468–75.
36. Juárez M. El estrés y las enfermedades crónicas. 2017;18:198–203.
37. Boateng D, Wekesah F, Browne JL, Agyemang C, Agyei-Baffour P, De-Graft Aikins A, et al. Knowledge and awareness of and perception towards cardiovascular disease risk in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(12):1–21.
38. Room TB, Lauderdale F, Goldberg IJ. The impact of neighborhoods on cardiovascular risk: the MESA Neighborhood Study Ana. 2015;12(2):130–40.
39. Calvo-Colindrez JE, Duarte-Mote J, Eng-Castro VEL, Espinosa-López RF, Romero-Figueroa S, Sánchez-Rojas G. Hiperglucemia por estrés. *Med Interna Mex.* 2013;29(2):164–70.
40. Lozano-Ortiz M, Salazar González BC. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan.* 2007;7(1):77–84.
41. Sartorius N. The Meanings of Health and its Promotion. *Rev Med Chil.* 2006;47:662–4.
42. Alcántra G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Rev Univ Investig [Internet].* 2008;9(1). Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
43. Valenzuela L. La salud, desde una perspectiva integral. *Rev Univ la Educ Física y el Deport [Internet].* 2016;(9):50–9. Available from: https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD_esEC904EC904&biw=681&bih=647&ei=JxA7X7X5JrCKwbkPwZaagAM&q=enfermedad+aspectos+basicos+%2B+pdf&oq=enfermedad+aspectos+basicos+%2B+pdf&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIICCEQFhAdEB46BAgAEec6BAgAEEM6AggAOggILhCxAxCDAToICA

AQsQMg

44. Hernández M, Mauri J, García V. La filosofía, el proceso salud-enfermedad y el medio ambiente. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2012;11(5):727–35. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500019
45. Langdon E, Wiik F. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2010;18(3):177–85. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf
46. De Souza D, De Albuquerque E, Brêda M, Martins S. El proceso salud-enfermedad y la estrategia salud de la familia: la perspectiva del usuario. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014;22(6):918–25. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es_0104-1169-rlae-0002-2496.pdf
47. Bernell S, Howard S. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Front Public Heal* [Internet]. 2016;2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969287/pdf/fpubh-04-00159.pdf>
48. Rodríguez Rodríguez T, Muñiz Cabeza DM. Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en trabajadores de la salud: un enfoque multidisciplinario. *Rev Finlay* [Internet]. 2020;4(3):158–71. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/279/1346>
49. Durán-arenas LG. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. 2016;54(2):249–60.
50. Brito E. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. 2018;8(1):66–74.
51. American Heart Association. Hypertension highlights 2017: guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults. 2017;1–2.

52. Amaral De Paula E, Baumgratz De Paula R, Nagen da Costa DM, Colugnati Basile AF, Pereira de Paiva E. Artículo Original Evaluación del riesgo cardiovascular en hipertensos. *Rev Latinoamericaca Enfermagen*. 2013;21(3).
53. Chobanian A V., Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42(6):1206–52.
54. Mediavilla Bravo JJ. Diabetes mellitus. *Guías Clínicas*. 2015;2–47.
55. Yi M, Li H, Wu Z, Yan J, Liu Q, Ou C, et al. A Promising Therapeutic Target for Metabolic Diseases: Neuropeptide y Receptors in Humans. *Cell Physiol Biochem*. 2018;45(1):88–107.
56. Seguí M, Ruiz M, Orozco D, Barrot J, García J. Los «Standards of Medical Care in Diabetes—2017». *Diabetes práctica*. 2017;08(01):1–48.
57. Rivas E, Zerquera G, Hernández C, Vicente B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. *Rev Finlay*. 2017;1(3):229–50.
58. Ministerio de sanidad y consumo de España. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. *Sandra*. 2015;3:181.
59. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. guía de Practica Clinicia de Diabetes mellitus tipo 2. 2017;1–87.
60. Schoonenboom J, Johnson B. Wie man ein Mixed Methods-Forschungs-Design konstruiert. *Kolner Z Soz Sozpsychol* [Internet]. 2017;69:107–31. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602001/pdf/11577_2017_Article_454.pdf
61. Acuña L, García D, Bruner C. La escala de reajuste social de holmes y rahe en México: Una revisión después de 16 años. *Rev Mex Psicol* [Internet]. 2012;29(1):16–32. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602001/pdf/11577_2017_Article_454.pdf

62. Urzúa A, Basabe N, Pizarro JJ, Ferrer R. Afrontamiento del estrés por aculturación: Inmigrantes latinos en Chile. *Univ Psychol.* 2017;16(5):1–13.

2. Anexos

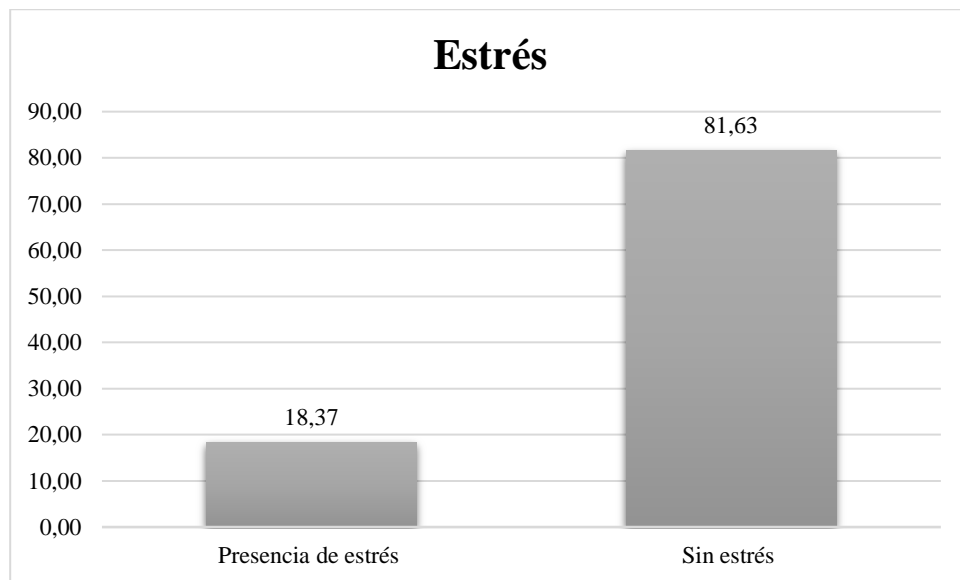
Valoración del estrés actual de la población

Estrés

Estrés	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de estrés	18	18,37%
Sin estrés	80	81,63%
Total	98	100%

Fuente: TEST DE HAMILTON - ESTRESS

Elaborado por: Acosta (2020)



Estrés

Elaborador por: Acosta (2020)

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA
CENTRO DE SALUD TIPO C DE LASSO**



ENTREVISTA

Entrevista dirigida a la población de Tanicuchi afectada por el cierre de la vía principal debido a la construcción de la vía panamericano sur en el año 2014.

DATOS GENERALES

1. ¿Cuántos años tienes usted?

2. ¿Dónde vive usted?

3. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?

4. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado ()
- Soltero ()
- Unión Libre ()
- Divorciado ()
- Viudo ()

PRIMERA PARTE DE LA ENTREVISTA

5. ¿Antes de que se abra la vía panamericano sur, a qué se dedicaba usted?

6. ¿Por cuántos años se dedicó a esta actividad laboral?

7. ¿Esta actividad laborar satisfacía sus necesidades básicas?

8. ¿Se sentía conforme con el estilo de vida que llevaba antes?

9. ¿Sufría algún tipo de enfermedad antes de la creación de la panamericana sur?

TERCERA PARTE DE LA ENTREVISTA

10. ¿Cambiaron sus ingresos económicos con la apertura de la panamericano sur?

11. ¿Afectó su estilo de vida el cierre de la vía principal que pasaba por Tanicuchi?

12. ¿Su bienestar emocional y físico se perturbó de alguna manera con este cambio?

13. ¿Recuerda si tuvo periodos de angustia cuando se suscitó este evento?

14. ¿Tuvo discusiones frecuentes con su pareja o familia con respecto a los ingresos económicos luego de este acontecimiento?

15. ¿Presentó insomnio o sueños recurrentes de angustia que tenían como causante el cambio en sus ingresos económicos?

16. ¿Durante ese periodo de cambio presentó ataques de ira o irritabilidad?

17. ¿Ha existido cambio significativo en su salud o en la salud de algún miembro de su familia tras la inauguración de la vía panamericana sur?

CUARTA PARTE DE LA ENTREVISTA

18. ¿Pudo usted adaptarse a este proceso de cambio en su vida?

19. ¿Cambió su actividad laboral con la apertura de la vía panamericana sur?

¿El cambio económico experimentado le sigue afectando actualmente?

¿Pudo volver al estatus económico que tenía antes de que se abra la vía panamericana sur?

**ELABORADO POR:
MD. ROBERTO IVÁN ACOSTA GAVILÁNEZ**

Escala de Holmes y Rahe

1.	Muerte del cónyuge:	100
2.	Divorcio:	73
3.	Separación matrimonial:	65
4.	Encarcelación:	63
5.	Muerte de un familiar cercano:	63
6.	Lesión o enfermedad personal:	53
7.	Matrimonio:	50
8.	Despido de trabajo:	47
9.	Desempleo:	47
10.	Reconciliación matrimonial:	45
11.	Jubilación:	45
12.	Cambio de salud de un miembro de la familia:	44
13.	Drogadicción y/o alcoholismo:	44
14.	Embarazo:	40
15.	Dificultades o problemas sexuales:	39
16.	Incorporación de un nuevo miembro de la familia:	39
17.	Reajuste de negocio:	39
18.	Cambio de situación económica:	38
19.	Muerte de un amigo íntimo:	37
20.	Cambio en el tipo de trabajo:	36
21.	Mala relación con el cónyuge:	35
22.	Juicio por crédito o hipoteca:	30
23.	Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
24.	Hijo o hija que deja el hogar:	29
25.	Problemas legales:	29
26.	Logro personal notable:	28
27.	La esposa comienza o deja de trabajar:	26
28.	Comienzo o fin de la escolaridad:	26
29.	Cambio en las condiciones de vida:	25
30.	Revisión de hábitos personales:	24
31.	Problemas con el jefe:	23
32.	Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
33.	Cambio de residencia:	20
34.	Cambio de colegio:	20
35.	Cambio de actividades de ocio:	19
36.	Cambio de actividad religiosa:	19
37.	Cambio de actividades sociales:	18
38.	Cambio de hábito de dormir:	17
39.	Cambio en el número de reuniones familiares:	16
40.	Cambio de hábitos alimenticios:	15
41.	Vacaciones:	13
42.	Navidades:	12
43.	Leves transgresiones de la ley:	11

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a la población perteneciente parroquia de Tanicuchi que son atendidos en la Centro de Salud tipo C de Lasso y se les invita a participar en el proyecto de investigación: **"ESTRÉS EMOCIONAL FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: CASO DE ESTUDIO PARROQUIA TANICUCHI ECUADOR"**

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 son las patologías no transmisibles más frecuentes en la población. La hipertensión arterial es la segunda causa de muerte en el hombre y la primera causa de muerte en la mujer; Mientras que la diabetes mellitus 2 es la tercera causa de muerte en el hombre y la segunda causa de muerte en la mujer. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 son enfermedades que pueden ser prevenidas, por lo cual es necesario disminuir los factores de riesgo que la producen para evitar su aparición.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Yo, Roberto Iván Acosta Gavilánez médico de profesión, perteneciente al programa de Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato, estoy investigando la repercusión que tiene el estrés emocional como factor de riesgo para la aparición de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2; por lo cual necesitamos de su aprobación para tomar sus datos clínicos personales que nos ayudaran a realizar la investigación. Le explicaremos a continuación la importancia de estudiar dichas enfermedades en la comunidad. Si tiene alguna duda no tema en preguntar, cabe recalcar que salvaguardaremos su integridad además de su información personal la que será solo utilizado con fines investigativos.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

En el estudio participarán hombres y mujeres entre 35 y 65 años que hayan sido diagnosticados de hipertensión arterial esencial o diabetes mellitus tipo 2 en los últimos 5 años, los cuales pertenezcan a la parroquia de Tanicuchi y sean atendidos en el centro de salud tipo C de Lasso.

La participación del paciente en el proyecto de investigación es voluntaria, por lo cual, si usted cree conveniente podrá retirarse en cualquier momento de la misma; sin que ello conlleve a un deterioro en la calidad de su atención en salud.

RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE:

- El participante debe otorgar información verídica acerca de los datos a proporcionar para el proyecto de investigación.

RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR:

- Los registros de los datos obtenidos y los resultados se guardarán en un lugar seguro y solo se utilizarán para esta investigación.
- Las conclusiones de esta investigación se realizarán de formar general, sin que se especifique de que persona se obtuvo esa información.
- Para aplicar las entrevistas se realizará en un lugar privado, cómodo y seguro.
- Ninguna persona ajena a la investigación podrá ver la información obtenida.
- Se codificará los datos de información personal del paciente para mantener el anonimato
- Se garantizará los derechos de los pacientes al ser considerados como grupos de atención prioritario y vulnerable de acuerdo al artículo 35 y al artículo 50 de la Constitución de la República del Ecuador; brindándoles información y atención suficiente, oportuna y de calidad, procurando la voluntariedad de participación en el proyecto de investigación.

RIESGOS DEL ESTUDIO:

El estudio no representa un riesgo para la población que participe la investigación, los datos personales como la información obtenida del paciente tendrá únicamente fin investigativo, por lo cual se respetara su confidencialidad.

BENEFICIOS DE LA INVESTIGACION:

La investigación beneficiará directamente a la comunidad, debido a que aportará datos nuevos sobre la causa de aparición de hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 en la población. Esto a su vez nos permitirá dar un tratamiento y diagnóstico oportuno, y además nos ayudará a prevenir de esta manera la aparición y complicaciones de dichas enfermedades.

CONFIDENCIALIDAD

Se respetará su confidencialidad, todos los datos personales serán utilizados con fines investigativos y solo serán expuestos al personal que trabaje en el proyecto de investigación.

ACEPTACIÓN

Yo, _____
(Nombres y apellidos del paciente). Recibí la información necesaria sobre la investigación que voy a formar parte, conozco el propósito, riesgos y beneficios. Sé que mi identidad será respetada y que puede retirarme de la investigación en el momento de desee sin que esto me cause daño y entiendo que puedo negarme a realizar la entrevista sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el investigador. Todo ello ha sido explicado por el investigador: Md. Roberto Iván Acosta Gavilánez; el cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos sólo se utilizarán para esta investigación. Por todo lo planteado anteriormente, de manera voluntaria expreso libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Nombre del participante

CI:

Firma del participante

Nombre del investigador.

CI:

Firma del investigador

Lugar y fecha: _____