

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES, QUE ASISTEN A LAS CITAS DE
CONTROL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL CARMEN DE VIBORAL,
ANTIOQUIA (COLOMBIA)**

**ERIKA MARCELA BARRIENTOS PEÑA
JUAN FERNANDO CARMONA MARTÍNEZ
LUISA FERNANDA PALACIO ORTIZ
VALENTINA QUINTERO GIRALDO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN
2016**

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES, QUE ASISTEN A LAS CITAS DE
CONTROL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL CARMEN DE VIBORAL,
ANTIOQUIA (COLOMBIA)**

**ERIKA MARCELA BARRIENTOS PEÑA
JUAN FERNANDO CARMONA MARTÍNEZ
LUISA FERNANDA PALACIO ORTIZ
VALENTINA QUINTERO GIRALDO**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicología

Asesor:

HAMILTON FERNÁNDEZ VÉLEZ

Magíster en Psicología

E.S.E Hospital San Juan De Dios El Municipio Carmen De Viboral.

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN**

2016

ÍNDICE

	pág.
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
1. JUSTIFICACIÓN	12
1.1 Pregunta de investigación	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo General	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. MARCO CONCEPTUAL	17
3.1 Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad	18
3.2 Psicología de la Salud	21
3.3 Modelos de la Psicología de la Salud	24
3.4 Enfermedades Crónicas	28
3.5 Diabetes	31
3.6 Hipertensión	36
3.7 Ansiedad	41
3.8 Hipertensión y Ansiedad	43
3.9 Diabetes y ansiedad	44
4. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO EL CARMEN DE VIBORAL	46

4.1 Descripción de la E.S.E hospital San Juan de Dios	46
4.2 Población y muestra	47
5. METODOLOGÍA	48
5.1 Método	48
5.2 Procedimiento	48
5.3 Instrumentos	49
6. RESULTADOS	53
6.1 Análisis cuantitativo - cualitativo	53
6.2 Análisis cuantitativo	57
7. CONCLUSIONES	59
REFERENCIAS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Análisis cuantitativo	50
Tabla 2. Análisis cualitativo	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Síntomas somáticos	53
Gráfico 2. Síntomas subjetivos	54
Gráfico 3. Síntomas de pánico	55
Gráfico 4. Síntomas autonómicos	56
Gráfico 5. Nivel de ansiedad	57
Gráfico 6. Caracterización de la sintomatología	58

ÍNDICE DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Consentimiento informado para participantes en una estudio de investigación	68
Anexo 2. Historia clínica	69
Anexo 3. Instrucciones	73

RESUMEN

Las enfermedades crónicas se definen como un trastorno orgánico funcional, en este grupo se destacan la Diabetes, que se origina por una elevación alta de los niveles de glucosa en sangre, y la Hipertensión arterial, que consiste en la elevación de la presión arterial por encima de los valores normales. El diagnóstico y tratamiento de estas dos enfermedades crónicas conllevan a originar estados emocionales como la ansiedad en la mayoría de los pacientes, principalmente por asuntos de adaptación, asimilación y acomodación a un estilo de vida saludable. *Objetivo:* identificar la prevalencia entre la aparición de síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial y diabetes, que asisten a las citas de control del E.S.E Hospital San Juan de Dios del Carmen de Viboral, Antioquia (Colombia). *Material y Métodos:* Investigación de tipo correlacional y transversal. Se utilizó un instrumento de sintomatología ansiosa: evaluada con la escala de ansiedad de Aarón T. Beck, donde cada paciente firmó un consentimiento informado para participar de la investigación e historia clínica. *Resultados:* se evidenció niveles mínimos y leves de ansiedad en la población evaluada.

Palabras claves: Salud, psicología de salud, enfermedades crónicas, hipertensión, diabetes.

ABSTRACT

Chronic diseases are defined as a functional organic disorder, In this group stands diabetes, which is caused by a high elevation of blood glucose levels, and hypertension, that consists in the elevated blood pressure above normal values. The diagnosis and treatment of chronic diseases these two lead to originate emotional states like anxiety in the majority of patients, especially by issues of adaptation, assimilation and accommodation to a healthy lifestyle. Objective: To identify the prevalence between the appearance of symptoms of anxiety in patients with hypertension and diabetes, that go to control appointments of E.S.E Hospital San Juan de Dios del Carmen de Viboral, Antioquia (Colombia). Material and Methods: Investigation correlational and transversal. It was used an instrument of anxious symptomatology: evaluated with the anxiety scale of Aaron T. Beck, where each patient signs an informed consent to participate in the research and medical history. Results: it was evidenced minimum and slight levels of anxiety in the population evaluated.

Key words: Health, psychology health, chronic diseases, hypertension, diabetes.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca establecer la prevalencia de aparición de síntomas de ansiedad en personas diagnosticadas con hipertensión arterial y diabetes. Para este propósito se utilizará el método de aplicación de un instrumento de ansiedad, basándose en el paradigma de la Psicología de la salud y en el concepto de salud propuesto por la OMS.

Para este propósito se tiene en cuenta, cómo a través del tiempo los psicólogos, la comunidad científica y médica han puesto mayor interés e investigación en relación a la dualidad entre la mente y el cuerpo, tanto en la salud física como en la mental, y en su interacción con el bienestar integral de la persona. Al respecto, la OMS (1948), define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por consiguiente y con el deseo de aportar a esta tarea de la Psicología de la salud específicamente, se plantea la pregunta investigativa, ¿Cuál es la prevalencia entre la aparición de síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial y diabetes, que asisten a las citas de control de la E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio El Carmen de Viboral?

Para realizar esta investigación se ha utilizado una metodología de entrevista estructurada (historia clínica), aplicada a una muestra aleatoria simple de 246 personas diagnosticadas con hipertensión y diabetes del E.S.E San Juan de Dios del Municipio El Carmen de Viboral, Antioquia (Colombia). Además, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para medir los síntomas de ansiedad. Por medio de estos instrumentos se busca

medir la prevalencia de estos síntomas en los pacientes hipertensos y diabéticos, con la intención de analizar los factores físicos, psicológicos o sociales que determinan su aparición.

En el capítulo inicial de este trabajo abordaremos los conceptos de salud, modelos de salud - enfermedad, psicología de la salud y sus modelos, diabetes, hipertensión arterial y la relación de estas dos con la ansiedad. Se tendrá en cuenta las estadísticas, su tratamiento y promoción y prevención. Todo esto con el fin de esclarecer cómo ciertos síntomas que aparecen al padecer enfermedades como la diabetes e hipertensión arterial tienen un componente psicológico que influye directamente en la condición física.

Posteriormente, se describe la metodología utilizada (método y procedimiento), una breve descripción del Inventario de Ansiedad de Beck, y un análisis de los datos estadísticos para definir los resultados de la investigación como aportes al rol de la Psicología de la salud, desde un análisis de las enfermedades crónicas más prevalentes, centrándonos en la diabetes e hipertensión.

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, las enfermedades crónicas se han convertido en un asunto de salud pública, ya que el marco conceptual y las estadísticas revelan una situación alarmante a nivel nacional y mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (2016) “en 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad”.

La diabetes y la hipertensión arterial se han convertido en una de las enfermedades crónicas más prevalentes, especialmente en Colombia. Según el Ministerio de Salud (MinSalud, 2014) “en la actualidad, el infarto, la trombosis, la hipertensión y la diabetes están en la lista de las 10 principales causas de mortalidad en Colombia, lo cual pone al país frente a una epidemia de las enfermedades cardiovasculares – ECV”. Menciona este autor además que la Organización Mundial de la Salud afirma que “en el perfil epidemiológico de países en 2011, la tasa de mortalidad de Colombia evidencia que por cada 100 mil habitantes para ECV y diabetes es de 166,7 para mujeres y de 205,9 para hombres”. Asimismo, nos ha permitido centrar nuestro interés en el análisis de estas enfermedades y las posibles consecuencias en otras áreas del ser humano como lo psicológico, lo biológico y social.

Lo anterior, nos permite pensar el concepto de salud entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. OMS (1948); además puede ser pensada como un hecho que trasciende de lo individual a lo social y que atraviesa la organización cultural, centrando su atención no solo en

lo biológico, sino aceptando que en ese proceso de salud – enfermedad se da una construcción biopsicosocial.

El interés en esta dualidad entre mente y cuerpo le corresponde investigarlo a la psicología de la salud, definida por Stone (1988) como “el desarrollo y la aplicación de la teoría y la competencias psicológicas a las acciones del sistema de salud”(p.20), entonces podemos decir que el objetivo de la psicología de la salud es reconocer las relaciones existentes entre sujetos y contexto en el proceso de bienestar – calidad de vida y factores psicológicos, sociales y biológicos; promoviendo estilos de vida saludable como prevención de enfermedad, y realizando detección de factores psicosociales que afectan la vida de los sujetos de una comunidad particular y contribuyendo al desarrollo de políticas públicas.

En este orden de ideas, el principio fundamental para el cuidado integral de la salud de la mente y el cuerpo, es la unificación de esfuerzos de diferentes profesionales de la rama de la salud en un trabajo interdisciplinar. En este punto, la psicología forma parte fundamental del área de la salud, ya que realiza un diagnóstico del estado de salud - enfermedad de los pacientes, teniendo como base el modelo biopsicosocial con la intención de identificar los factores del contexto que ponen en posición de vulnerabilidad a los sujetos y establece unas pautas que guían la intervención, buscando equilibrar las dimensiones bio-psico-sociales, entendiendo que estas esferas componen el todo que es el ser humano y que la armonía de estas podrán garantizar un mejor vivir a los sujetos.

De acuerdo a lo anterior, la importancia de este trabajo de investigación posee una proyección social enfocada en beneficiar a los profesionales de la salud del E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio El Carmen de Viboral, la población de pacientes evaluados que colaboró en la investigación y a sus familiares, consiste en aportar información que permita que las instituciones que prestan servicios de salud se interesen en la importancia que tiene para los pacientes y sus familias el aprender a convivir con estas enfermedades crónicas y sus comorbilidades, a través del desarrollo de habilidades psico-educativas. Estas estrategias permitirán además tomar decisiones más asertivas respecto al estilo de vida que se va a llevar desde el momento del diagnóstico en adelante. Esto permitirá un mejoramiento, tanto a nivel emocional como a nivel social, en la responsabilidad de los pacientes, su familia y su núcleo social, frente a las diversas problemáticas que puedan surgir, bien sea por no adherencia o por aparición de depresión y ansiedad que surjan en la vida del paciente.

Este trabajo de investigación en el escenario de la salud, permite que la Fundación Universitaria Luis Amigó (FUNLAM) se posicione cada vez más en el medio académico, debido a que sus estudiantes se muestran receptivos y comprometidos por las problemáticas psicosociales y humanas del mundo moderno, haciendo que todas las actividades académicas hechas por fuera de la institución propicien un reconocimiento especial a la FUNLAM por su formación de profesionales con unas bases morales y éticas constituidas en prestar una labor con calidez humana en los diversos ámbitos sociales.

Como estudiantes de la FUNLAM este proyecto representa un inmenso valor agregado para la formación como futuros psicólogos, debido a que cada sesión de trabajo representa un

aprendizaje particular y único con respecto a las implicaciones psicosociales de la enfermedad; además permite entender más a fondo el ejercicio práctico e investigativo del psicólogo en el ámbito de la salud, y brinda herramientas de aprendizaje para la futura labor profesional.

La investigación sostiene un doble propósito, es un aporte a las herramientas técnicas y teóricas de la actualidad con respecto a las enfermedades crónicas de diabetes e hipertensión arterial, lo cual posee una gran repercusión social, porque permitirá atender a más personas desde un enfoque integral de la salud, teniendo en cuenta las dimensiones biopsicosociales.

Esta investigación está amparada en la Ley 1090 de 2006 que reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología que dicta además el código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, en su capítulo 7 en su artículo 49 en el cual define que “los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como su divulgación y pautas para su correcta utilización”.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de la aparición de síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial y diabetes, que asisten a las citas de control de la E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio El Carmen de Viboral?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Identificar la prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión arterial de la E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio El Carmen de Viboral.

2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar los síntomas de ansiedad de los pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión arterial a partir del Inventario de ansiedad de Aarón T. Beck (BAI) identificando los niveles de ansiedad.
- Determinar los niveles de ansiedad a partir de los resultados obtenidos en la aplicación del BAI en los pacientes diagnosticados con diabetes e hipertensión arterial, estableciendo la prevalencia de los síntomas.
- Comparar los niveles de ansiedad en mujeres y hombres diagnosticadas con hipertensión arterial y diabetes determinando la prevalencia.

3. MARCO CONCEPTUAL

Es importante para efectos de conceptualización definir inicialmente el concepto de salud, luego se abordará el papel de la psicología de la salud, específicamente en su aporte dentro de las enfermedades crónicas, luego se hablará de la diabetes e hipertensión y finalmente se describe el trastorno de la ansiedad y cómo puede estar relacionada con estas dos patologías.

SALUD

Al indagar por la historia del concepto de salud partimos de Galeno (médico 131 AC) quien se pregunta por las causas de las alteraciones de la salud y cuestiona la presencia de dioses en la enfermedad, en la edad moderna, se presenta un auge de la ciencia, un interés por el cuerpo humano, por la anatomía y la lobotomía, aparece el invento del microscopio siglo XVIII y la revolución industrial, con avances tecnológicos y científicos acerca del conocimiento del cuerpo, con rayos X y aparece la concepción actual donde la salud es pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, donde no solo se centra la atención en lo biológico, sino que se da una construcción social-cultural a partir de las representaciones, ideas, creencias y costumbres de una población.

La definición más tradicional de Salud es la siguiente: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta cita es una síntesis estructurada durante la conferencia Sanitaria

internacional, previa a la constitución de la OMS, celebrada en Nueva York en 1946, (OMS, 1948).

La tesis antes mencionada requiere el análisis de varios aspectos, ya que incluye bienestar físico (que representa lo biológico), bienestar mental (que abordan todos los aspectos psicológicos) y bienestar social (que representa el entorno). Por lo tanto, lograr una homeostasis como la que propone la OMS requiere del abordaje interdisciplinario en el ámbito de la salud.

Otra definición válida de salud es la siguiente: “Un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente.” (León & Berenson, 1996). En esta definición llama la atención el término de “Normales”, justamente porque requiere una medición y una comparación con otros aspectos personales y culturales.

3.1 Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad

MODELO MÁGICO-RELIGIOSO la enfermedad resulta de fuerzas de espíritus, representan un castigo divino o bien se trata de un estado de purificación que propone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos- malignos) constituyen variables determinantes y condicionantes del estado de salud- enfermedades.

MODELO SANITARISTA no tiene en cuenta las condiciones sanitarias que rodean al ser humano en el proceso de salud- enfermedad, condiciones ambientales. (No considera factores sociales, condiciones de vida).

MODELO SOCIAL proceso de salud - enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de la vida del ser humano y de cada conjunto poblacional, variables determinantes como: estilos de vida, factores del agente y del ambiente. Privilegia a los social como el factor más importante. Se corre el Riesgo de reducir la complejidad del proceso.

MODELO UNICAUSAL los agentes externos proceso salud – enfermedad.

MODELO MULTICAUSAL influencia de factores que corresponden al huésped (ser humano) hospederero (enfermedad) y factores externos (ambiente).

MODELO EPIDEMIOLOGICO trata de identificar factores de riesgo, incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud – enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad desde el elemento central de análisis en la identificación de los factores de riesgo.

MODELO ECOLÓGICO para este modelo la salud – enfermedad resulta de la interacción agente- huésped – ambiente en un contexto institucional que descubre tanto las relaciones e factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto, permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio.

MODELO HISTÓRICO-SOCIAL existen perfiles diferenciales de salud – enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales, todos los factores causales se permean de lo social – histórico, e introduce cinco variables o dimensiones para el estudio salud – enfermedad, histórica, clase social, desgaste laboral del individuo, reproducción fuerza de trabajo, producción del individuo.

MODELO GEOGRÁFICO la enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográficos (geógenos) privilegia el ambiente geográfico como factor determinante proceso salud- enfermedad.

MODELO ECONÓMICO incorpora la teoría del capital humano en los determinantes salud – enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta a la enfermedad, para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud – enfermedad.

MODELO INTERDISCIPLINARIO el estado de salud – enfermedad tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma) y determinantes estructurales a nivel socio- estructural (estratificación social, mecanismos de redistribución de la riqueza). Determinantes próximos a nivel institucional – familiar (estilos de vida, sistema de salud) y a nivel individual el propio estado de salud.

La salud mental según la OMS. (2013) “se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

Para hablar de salud pública citamos a Figueroa, S. (S.F) “definición de Winslow: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- 1) El saneamiento del medio;
- 2) El control de las enfermedades transmisibles;
- 3) La educación de los individuos en los principios de la higiene personal;
- 4) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades;
- 5) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad

y definición de Terris: Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad”

3.2 Psicología de la Salud

La psicología de la salud surge en los estados unidos en la primera década de 1970, según lo menciona (Stone, 1991), este enfoque de la psicología se interesa en plantear medidas frente a las patologías de manera particular, pretendiendo prever las posibles

incidencias en la integralidad de la salud de los sujetos pero también con la intención de proponer e implementar procedimientos o técnicas para la prevención de la enfermedad o su rehabilitación tal como lo menciona Matarazzo, quien define la psicología de la salud

“El conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria” (Matarazzo, 1980, p. 815)

Es una posición que ha tenido un amplio eco en la psicología de manera universal, y se ha aceptado incluso en la sociedad de Psicología de la Salud Europea; con la intención de mirar que hace tan relevante esta posición es importante conocer algunas puntualidades que pueden aclarar esta definición de Matarazzo; así que lo primero que hay que tener en cuenta es que la psicología de la salud es una rama de la psicología a la cual todos los enfoques le aportan a su construcción y aplicación en los diferentes ámbitos sociales, lo que la hace inherente a la psicología; segundo, teniendo la primera claridad hay que apuntar que no hay restricciones para su utilización y que su práctica puede ser utilizada en donde sea conveniente; tercero, centra su importancia en las conductas de las personas, aun si son egosintónicas o egodistónicas con su salud como forma de prevención y promoción, lo que le da una dirección no solo hacia estas, sino que también hacia estrategias de tratamiento para vivir mejor en caso de que exista alguna afección física o psicológica; cuarto, la Psicología de la Salud, se ha centralizado en las conductas, exactamente en aquellas que son “normales”

entendiendo normales como aquellas que son egosintónicas con el bienestar y con la calidad de vida; Esto contrasta con algunos asuntos de la psicología clínica; quinto, propone la importancia de ser actores activos en la conformación de políticas públicas para todas las poblaciones en general de manera heterogénea, lo que exige a los psicólogos acercarse cada vez más a la política y a la proposición innovadora)

Este enfoque de la psicología se interesa en plantear medidas frente a las patologías de manera particular, pretendiendo prever las posibles incidencias en la integralidad de la salud de los sujetos, pero también con la intención de proponer e implementar procedimientos o técnicas para la prevención de la enfermedad o su rehabilitación.

Históricamente dentro de la psicología se ha identificado la importancia de ocuparse de asuntos relacionados con el trabajo transdisciplinar para la búsqueda del bienestar integral de los sujetos, y dentro de este aporte la psicología debe entender que no debe limitarse a realizar intervención a las patologías psíquicas; pues si fuera así perdería sentido la definición que hace referencia al cuidado de la salud mental, entendiendo que la salud mental implica una intervención en término de promoción, condicionamientos conductuales, prevención secundaria, prevención terciaria y medidas necesarias para la debida “armonía” del psiquismo humano o puesto en otras palabras una egosintonía entre el yo y lo externo, fundamento que estaría sustentado por definición con el concepto de salud mental.

Diferentes autores respaldan esta construcción inicial, pues la psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende “la aplicación de los conceptos y métodos

psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud”

Stone (1979). O bien de otros componentes del sistema, por ejemplo, la práctica habitual de la psicología clínica que constituye una de sus subdivisiones de la atención integral en salud.

Esta percepción inicial que tuvo Stone es egosintónica con el constructo planteado por Morales, en el que la define: “Por psicología de la salud debería entenderse a la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud” Morales (1997) realizando un énfasis especial en la identificación de “los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud” Morales (1997).

3.3 Modelos de la Psicología de la Salud

Modelo de creencias en salud: Este modelo puede ubicarse cronológicamente alrededor de la década de 1950 y ha sido muy utilizado para explicar los comportamientos en salud. Según Morales y Gil (2003), los componentes básicos de este modelo surgen a partir de dos variables:

- El valor que el sujeto le atribuye a una determinada meta, como mantener o recuperar la salud.
- La estimación que hace una persona con respecto a la probabilidad de conseguir esa meta, por ejemplo, la creencia que a partir de una acción preventiva se podrá evitar la enfermedad.

Las dimensiones que componen este modelo, como lo plantea Rosenstock (1974), citado en Morales y Gil (2003), son cuatro:

- La susceptibilidad percibida:
- Severidad percibida
- Beneficios percibidos
- Barreras percibidas.

Modelo Acción razonada:

Formación de creencias: las creencias acerca de un objeto (actitudinal-psicosocial) proporcionan la base para una formación de una actitud.

Ajzen y Fishbein (1975) hablan de la formación de tres tipos de creencias

- Creencias descriptivas: se obtienen de la observación directa de un objeto.
- Creencias inferenciales: interacción que mantiene una persona con otra.
- Creencias informativas: viene desde el otro.

Formación de la actitud: la posición de una persona sobre una dimensión bipolar evaluativa o afectiva con respecto a el objeto, la acción o evento, esto según Fishbein

Definición y medición de la conducta, Fishbein y Ajzen plantean que el propósito final de la teoría de la acción razonada es predecir (identificar) y comprender (medir) una conducta.

Predicción de la conducta: esta teoría trata de predecir conductas a través de una cadena causal de los siguientes elementos: 1. intención de realizar la conducta, 2. Actitud hacia la conducta, 3. Evaluación de los resultados, 4. Norma subjetiva. 5, creencias normativas, 6. Creencias conductuales. 7, motivación general para cumplir.

Modelo Transteórico (MT): Este modelo se consolidó en los años noventa como una de las propuestas más innovadoras, pues potenciaba la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Mostraba las variadas posibilidades de intervención que podrían ejecutarse según las características heterogéneas de cada población a intervenir. El MT está fundamentado en una premisa fundamental. La variabilidad comportamental es un continuo en el cual los niveles de motivación cambian.

Al ser un continuo permite planear las intervenciones y programas que sean más adecuadas para intervenir las particularidades que puedan tener los individuos que están inmersos en un grupo social, indiferente del contexto donde se desarrollen las dinámicas sociales. Este modelo surge con base en una serie de supuestos inherentes al cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicha variación. Estas premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación en la práctica del MT indican que:

- Ningún modelo puede abarcar toda la complejidad que está presente en el cambio comportamental
- El cambio puede darse en una serie de etapas que no tiene un orden preestablecido L

- Las etapas son estables pero flexibles, al igual que con los factores de riesgo comportamental
- Una gran parte de las poblaciones no están preparadas para ser agentes de cambio y por esta razón los programas tradicionales dentro de lo educativo, formativo o preventivos orientados a los riesgos comportamentales no tienen un eco en la población
- Si no hay planeación en las intervenciones enmarcadas dentro de las etapas del cambio se entrara en un estado de quietud que genera desmotivación ni intención de participar en las intervenciones o las actividades ofrecidas
- La prevención en la salud, la sensibilización desde la educación y la promoción de la primera pueden generar impactos no esperados y pueden sobrepasar el paradigma de acción ya establecido
- Las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio que le son propias a cada individuo o población en particular
- Hay que entender que, al ser sujetos, también se está dominado de alguna manera por factores sociales y biológicos y que el psiquismo es el que permite un posible autocontrol.
- Es necesario plantear la metodología en términos de pro-actividad más que de reactividad
- Es necesario plantear estrategias interactivas, así como de estrategia que den soporte ambiental a los cambios esperados

A modo de conclusión se propone que la psicología de la salud, debe comprenderse como un campo de actuación en el que los profesionales de psicología deben poseer el saber

acerca de las cosas, por ejemplo acerca de las patologías, como primera instancia, pues es sumamente importante entender que se deben tener unas competencias, para el hacer, pues ambos generan el saber hacer que es imprescindible para la investigación, la promoción, la prevención e incluso la rehabilitación, teniendo esta claridad de la importancia del saber hacer, se aborda la importancia que tiene una variable en particular, la investigación, pues ésta determinará los elementos psicológicos que mediaran en el comportamiento del proceso salud-enfermedad en términos de promoción y prevención.

3.4 Enfermedades Crónicas

Las enfermedades de tipo orgánico y biológico se pueden dividir en dos grandes tipos enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles, también denominadas enfermedades crónicas no transmisibles. A continuación, se hará una breve descripción de ambas:

Enfermedades transmisibles: Según el instituto de nacional de salud (2016), estas enfermedades son “causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas.” (Párr. 1)

Este tipo de enfermedades contribuyen al incremento de problemas de tipo sanitario, pueden ser epidémicas o endémicas. Dentro de esta clasificación se encuentran:

- Enfermedades inmunoprevenibles

- Enfermedades transmitida por vectores
- Enfermedades transmitidas por alimentos
- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Infecciones de transmisión sexual
- Enfermedades por micobacterias
- Enfermedades por zoonosis

Enfermedades Crónicas No Transmisibles: En este trabajo se trabajarán como enfermedades crónicas.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1979).

Barquin (2002), considera que los trastornos o enfermedades crónicas varían desde los relativamente benignos, como una pérdida parcial que pueda ser auditiva, visual, etc., hasta enfermedades graves como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades músculo-esqueléticas, etc.; y aún más alarmante desde el punto de vista estadístico es que el mayor número de personas desarrollará algún tipo de incapacidad o enfermedad crónica que pueda llegar a ser causa de muerte.

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta esferas importantes de la vida del sujeto que la padece, generando cambios y quizás el que genera mayor foco de atención es el aspecto emocional, ya que la persona se ve forzada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas como la ansiedad.

Al hacer mención a la etapa crítica de la enfermedad crónica se identifica una serie de reacciones comunes, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta etapa, los sujetos asumen diferentes habilidades o estrategias de afrontamiento; la más habituales son la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social- familiar. Por ejemplo, Brannon y Feist (2001) identificaron un tipo de negación que se presentaba antes del diagnóstico y que podía llegar a significar un obstáculo para acceder al tratamiento.

El “Modelo de vulnerabilidad psicosocial” plantea que las personas más hostiles informan un mayor número de conflictos interpersonales (trabajo, vida personal y familiar) (Smith & Christensen, 1992). El “Modelo conducta-salud” plantea que los hábitos inadecuados en salud incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas hostiles (Leiker & Hailey, 1988). El “Modelo de reactividad psicofisiológica” propone que la hostilidad contribuye a la enfermedad cardiovascular por la manera en que las respuestas

fisiológicas son aumentadas, incrementando la potencialidad patógena de los estresores (Williams, Barefoot & Shekelle, 1985).

Según la organización mundial de la salud, las enfermedades crónicas se podrían disminuir, o al menos reducir su impacto en la salud pública y la calidad de vida de las personas con simples modificaciones en los estilos de vida, tales modificaciones son: evitar el tabaquismo, evitar el sedentarismo, disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y llevar una dieta saludable; estos comportamientos favorecen y contrarrestan la sintomatología a nivel metabólico y fisiológico. (2010, pp.10-11)

Ahora bien, en este trabajo de grado, se abordarán sólo dos de las principales enfermedades crónicas, la diabetes y la hipertensión, las cuales están descritas a continuación:

3.5 Diabetes

La diabetes se ha convertido en un problema serio de salud pública que va en aumento tanto en la población de edad avanzada como en niños/as y adolescentes. Como en toda enfermedad física, el estado psicológico de la persona frecuentemente influye en el desarrollo, manejo y transcurso de la enfermedad (Jiménez & Dávila, S.F).

Uno de los objetivos de este trabajo de grado es analizar los factores psicosociales y conductuales en la diabetes, ya que esta enfermedad crónica ha comenzado a recibir más atención en los últimos años. Se han elaborado estudios de prevalencia de síntomas

patológicos como ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con diabetes, de conductas y actitudes relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, de intervenciones psicosociales para mejorar el automanejo y la calidad de vida.

La diabetes es estimada, dentro de las condiciones médicas crónicas, como una de las más demandantes en aspectos físicos, psicológicos y emocionales.

Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar síntomas de ansiedad, que perduran en el tiempo, por ende, se recomienda solicitar y asistir a proceso psicológico.

La diabetes es una condición crónica en la cual el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente resultando en hiperglucemia o exceso de glucosa en la sangre (Organización Panamericana de la Salud, 2001). La insulina es una proteína derivada del páncreas que ayuda al cuerpo a utilizar o almacenar la glucosa que ingerimos por medio de la comida. Esta proteína convierte el azúcar, el almidón y otros compuestos orgánicos procedentes de la comida en la energía necesaria para el funcionamiento del cuerpo.

Dentro de los síntomas físicos que encontramos en personas diagnosticadas con diabetes tenemos; temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardíacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos. La sintomatología asociada a la respuesta del cerebro, a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo.

Si hablamos de tratamiento, actualmente no hay una cura para la diabetes, pero sí existen procedimientos para controlar los niveles de glucosa en la sangre. El tratamiento diario para los tres tipos de diabetes consiste en medicamentos, un plan de alimentación y de ejercicio o actividad física y automonitoreo de glucosa en la sangre (American Diabetes Association, 2002).

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes (Edelwich & Brodsky, 1998).

Estadísticas

En la revista de salud pública de Medellín (2011), “Según el reporte de la OMS, para enero del 2011, se calculó que en el mundo había más de 220 millones de personas con esta enfermedad [Diabetes] y del total de la mortalidad, el 80% se registró en países en desarrollo” (p.65)

En cuanto a los países de América “la mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del norte que en el Sur, los del centro tienen un comportamiento intermedio ... es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano” (Moreno, 2001.p.37)

Ahora bien, en cuanto a Colombia, las enfermedades crónicas están dentro de las principales afecciones que impactan la salud de las personas, así lo demuestra el ministerio de salud (MINSALUD, 2014), donde se encontró que el infarto, la hipertensión y la diabetes son enfermedades que indican una epidemia de afecciones que aumentan la tasa de mortalidad en los habitantes del país.

Según la Organización Mundial de la Salud:

En el perfil epidemiológico de países de 2011, la tasa de mortalidad de Colombia por cada 100 mil habitantes para ECV y diabetes es de 166,7 para mujeres y de 205,9 para hombres. Pese a la magnitud de las cifras, el país cuenta con una ventana de oportunidad de diez años para prevenir y controlar la aparición de nuevos casos. (Citado en MINSALUD 2014)

El comportamiento de la morbimortalidad ha logrado prender las alarmas de las autoridades sanitarias del país. De acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (MINSALUD, 2014), su prevalencia en Colombia en la población entre 18 a 69 años era de 3,5%. En el año 2010, murieron en Colombia 6.859 personas por esta causa, cifra que representó el 3,4% del total de muertes en el país.

Tratamiento:

El Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS) (s.f), han propuesto un protocolo para el manejo de este diagnóstico, este protocolo consta de dos

ejes fundamentales, el primero está compuesto por un programa de alimentación balanceada y ejercicio y el segundo eje contiene todo lo relacionado con lo farmacológico.

- *Alimentación y ejercicio:* Estos dos aspectos son fundamentales, en algunos casos, inclusive es suficiente para controlar la sintomatología de la diabetes. Los objetivos que se buscan son: “proporcionar un buen estado nutricional y contribuir a prevenir y tratar las complicaciones, tanto agudas como crónicas.” (GEDAPS, S.f. p. 11). Es decir, se busca mantener unos adecuados niveles de glucosa en sangre, que estos niveles no cambien bruscamente y que el paciente pueda llevar a cabo sus actividades casi normalmente. Es importante resaltar que tanto la dieta, como la realización de una rutina de ejercicios deben estar supervisados por profesionales idóneos.
- *Tratamiento farmacológico:* GEDAPS (s.f), explica que solo se llega a este tratamiento cuando las medidas antes mencionadas no son suficientes para contrarrestar la sintomatología de la diabetes. Se inicia con tratamiento farmacológico oral y si es necesario se combina con la administración de insulina, la cual debe ser inyectada por vía subcutánea por el mismo paciente o su cuidador. Con este manejo de la enfermedad se busca contrarrestar las complicaciones de la diabetes y así mismo evitar la adquisición de otras enfermedades crónicas.

Promoción y prevención

La federación internacional de diabetes (S.f), ha propuesto un plan de acción a desarrollar en todo el mundo, con los siguientes objetivos:

- Mejorar los resultados sanitarios de las personas con diabetes
- Prevenir el desarrollo de diabetes
- Acabar con la discriminación contra las personas con diabetes.

El cumplimiento de estos objetivos se realizará a través de programas nacionales, los cuales son la estrategia clave de esta organización:

Unos planes nacionales contra la diabetes o las ENT [Enfermedades no transmisibles], de los cuales la diabetes sea un componente discreto, bien diseñados e implementados, son un modo eficaz de organizar la respuesta política y práctica y de involucrar a políticos, patrocinadores, proveedores de servicios y organizaciones de la sociedad civil en una acción colectiva para combatir la epidemia de diabetes. (p.9)

3.6 Hipertensión

La vida cada vez más industrializada, los altos niveles de estrés, una dieta poco balanceada, el sedentarismo y el consumo de tabaco, son factores de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares e hipertensión, lo que hace que se vea afectada la productividad laboral, las relaciones afectivas y la calidad de vida de las personas que padecen estas afecciones.

Según la definición de la sociedad Andaluza de medicina para la familia (2006), la hipertensión se define como la elevación mantenida de la presión arterial por encima de los

límites normales. Respecto a los valores normales la Organización Mundial de la Salud define claramente cuales son considerados altos:

“La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general. Pág. 17, 2013.”

Esta alteración en la salud de las personas en sus primeras etapas puede pasar desapercibida, ya que generalmente no causa ninguna molestia, o solo algunos pequeños síntomas como cefalea, visión borrosa, mareo o sangrado por la nariz. Pero con el tiempo puede generar desde fallas renales, arritmias, infarto o accidentes cerebrovasculares.

La OMS reconoce la hipertensión como un problema de salud pública, expone que: “Contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. Afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de salud son débiles.” (2013)

Lo anterior nos pone de manifiesto la importancia de las políticas de salud para prevenir y tratar esta enfermedad crónica que cada vez aumenta más sus cifras y consecuencias para las personas con dicha patología. Pero es necesario resaltar que además de los medicamentos hipertensivos, es necesario modificar los hábitos de vida no saludables,

entonces esto quiere decir que la intervención no es solo desde lo biológico y farmacológico, sino que también es necesario el apoyo familiar, psicológico y social para estas personas.

La hipertensión se puede ser de dos tipos según su etiología (Tobal, et al., 1994 p.201):

“1. Hipertensión esencial o primaria, cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente, siendo por tanto un trastorno funcional. Es en este tipo de hipertensión en el cual la Psicología de la Salud se ha interesado especialmente.

2. Hipertensión secundaria, que es debida a un fallo o daño orgánico. En ocasiones la hipertensión secundaria puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada.”

Estadísticas:

La OMS (2013), muestra que, en el mundo, las enfermedades cardiovasculares, complicadas por la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. Además la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. Lo que muestra la gravedad de la patología en la sociedad contemporánea.

En cuanto a Colombia, la hipertensión arterial tiene según Tejada, Herrera & Moreno, (2000), citado en Vinaccia, Quiceno, Gómez, & Montoya, (2007) “una prevalencia de 12,6% en la población mayor de quince años, por lo que se constituye en el factor de riesgo más importante en relación con las enfermedades cardiovasculares (PAHO, 1998). Además, en la

población adulta la hipertensión arterial se presenta con una frecuencia estimada de 14%, porcentaje que aumenta con la edad” (párr.5)

Tratamiento:

Para el manejo de esta patología (Sellén, 2008), propone dos aspectos fundamentales: tratamiento no farmacológico y farmacológico.

- *No farmacológico:* Busca que la persona corrija ciertos hábitos en su alimentación como: disminuir la ingesta de sodio, alcohol y la grasa de origen animal, lo que facilitará la conservación del peso saludable. Pero además se espera que el paciente asuma un cambio de estilo de vida donde incluya la práctica de ejercicios físicos. Por último, es recomendable la psicoterapia de la conducta que incluye la autorrelajación, biorretroalimentación y/o la meditación. (Sellén, 2008) Este tratamiento se usa para pacientes que están en la fase inicial del diagnóstico o para apoyar el tratamiento farmacológico. con estas medidas se busca que el paciente no tenga que recurrir a los fármacos, y pueda continuar su vida de forma estable.
- *Farmacológico:* En el mercado existen muchos medicamentos antihipertensivos, y el uso de ellos es elección del médico tratante, quien hará la formulación de ellos dependiendo de la necesidad del paciente. (Selén, 2008).

Promoción:

Según la propuesta de Dotres, Pérez, Córdoba, Santín, Landrove y Macías (1999) la promoción de la salud con respecto a la hipertensión arterial debe ser pensada al tener en cuenta los siguientes aspectos:

La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo. (p.50)

Además, estos autores afirman que es necesario el uso de otro tipo de métodos para la promoción como:

Una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que, por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios. (p.50)

Prevención:

Las medidas de prevención y promoción van encaminadas al incremento de conductas de un estilo de vida saludable, según la Organización Panamericana de la Salud (S.f), estas medidas lograrían un impacto en la población mundial, “lo cual reduciría en potencia la morbilidad, la mortalidad, y pospondrá el momento de debut de los individuos con hipertensión” (p.25)

3.7 Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional innata que está presente en los seres humanos, incluso se podría afirmar que es necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. Sin embargo, esta reacción emocional, puede alcanzar un eminente grado e incluso ser contrario al proceso de ajuste o adaptación a situaciones o experiencias particulares. En este orden de ideas la ansiedad puede servir como potencializador de ajuste o adaptación, pero de manera contraria puede limitar e incluso volverse patológico. Cuando hay altos niveles de ansiedad es posible que aparezcan diferentes afecciones unas de naturaleza biológica y otras de índole psicológica.

La ansiedad, según el DSM-IV-TR y el CIE-10, es un conjunto de síntomas y signos que pueden manifestarse tanto en afecciones específicas de ansiedad (ej. desorden de ansiedad generalizada) como en otras afecciones mentales (ej. Desórdenes de estado de ánimo). Pero no solo se limita a síntomas de orden psíquico, pues al ser sujetos integrales, compuestos por organismo, psiquismo y sociedad, entendemos que la afectación de una parte del todo puede

tener incidencia directa e indirecta en las otras esferas, como es en el caso del organismo, del cuerpo y lo social entendiendo que estos son diferentes pues uno corresponde al orden de lo real (organismo) biológico y otro al orden de lo imaginario o de la realidad (cuerpo), psiquismo. Teniendo en cuenta lo mencionado, es relevante conocer algunos síntomas y signos, nerviosismo, fatiga, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones en el sueño, preocupación excesiva o incontrolable y síntomas somáticos (ej. náusea, vómitos, dolor de cabeza). Los síntomas de ansiedad por lo general están relacionados con el estrés. “En particular, una percepción de un número mayor de síntomas presentes, un mayor número de complicaciones y menor control sobre las enfermedades, por ejemplo, la diabetes” (Paschalides et ál., 2004).

Para conocer los síntomas de la ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente han sido aceptados y son congruentes con los principios éticos que dicta American Psychological Association. Vamos a recurrir la DSM-IV TR, la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana, pero sin dejar de lado el manual diagnóstico CIE-10, pues es el predominante en popularidad y utilización dentro del campo de la salud, entendiendo que en la rama de la salud, se debe buscar más que la interdisciplinariedad, la transdisciplinariedad, para tener una claridad entre los profesionales y para establecer un lenguaje entendible para todos, pues podrá cohesionar al equipo en el cumplimiento de los objetivos

El Cie 10, la define y codifica la ansiedad como: factores psicológicos o de comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas bajo otro concepto (F54)

3.8 Hipertensión y Ansiedad

Según Donker, (Citado en Tobal, et al., 1994) dentro de los factores psicológicos que contribuyen al aumento o al sostenimiento de la presión arterial se encuentran la ansiedad, el stress y la ira (p. 202). Este aspecto sumado a la sintomatología biológica de la patología ocasiona una gran disminución en la calidad de vida de las personas hipertensas. Estos autores también exponen que “entre las características emocionales y de personalidad que evidencian mayor relación con la hipertensión, destacan la ansiedad y la ira” (p.202)

En concordancia con lo expuesto se evidencia que la Hipertensión tiene comorbilidad con la ansiedad, según como se expresa en la psicopatología de la ansiedad, donde se ve como un efecto de las enfermedades cardiovasculares

Tobal et, al. (1994), Plantean que “los individuos con un alto rasgo de ansiedad tienden a percibir más situaciones como amenazantes que los sujetos con esos niveles bajos” (p.216) es claro que entre el estudio y lo planteado previamente, se determina que los sujetos que poseen niveles de ansiedad altos serán más propensos a enfrentarse a esta sensación que puede terminar convirtiéndose en un trastorno psicofisiológico.

Aparte de los factores predisponentes y consecuentes existen otros de carácter psicosocial como las emociones y el estrés. Estos tienen una importante función adaptativa, sin embargo, en algunas ocasiones pueden ser estas (ansiedad, la ira o la tristeza) las que presenten correlatos fisiológicos que afecten la presión arterial, y por lo tanto la hipertensión arterial es considerada hoy como un trastorno psicofisiológico como lo explican Molerio & García (citado por Holst & Quirós, 2011). De acuerdo a esto, algunos estudios han evidenciado la relación entre el componente conductual y la hipertensión arterial. Sommers y Greenberg (citado por Holst & Quirós, 2011) encontraron que los individuos hipertensos presentaban dificultades con la expresión de la cólera y mayor ansiedad interpersonal, así como un uso más frecuente de mecanismos defensivos con respecto a sus experiencias emocionales. Estos factores no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente, no pudiéndose delimitar finalmente dónde comienza uno (por ejemplo, la ansiedad) y dónde lo hace otro (la hipertensión), interactuando a su vez con los factores de riesgo tradicionales.

3.9 Diabetes y ansiedad

La diabetes origina una sintomatología metabólica y biológica, provocando una disminución de calidad de vida de los pacientes, o generando un nivel de estrés más alto. Según Dávila & Jiménez, (2007), “Los síntomas de ansiedad, usualmente relacionados con el estrés, han demostrado estar significativamente asociados con una concepción negativa de la diabetes” (p.134). En los pacientes que presentan un nivel de estrés o ansiedad elevada, se pueden evidenciar síntomas como: Nerviosismo, fatiga, tensión muscular, irritabilidad, preocupación excesiva y posibles síntomas somáticos.

Muchas investigaciones médicas muestran que la ansiedad puede influir directamente en la variación de los niveles de glucosa en sangre, lo cual activa el circuito fisiológico del estrés, dicho circuito puede ocasionar complicaciones físicas y psíquicas en los pacientes. (Dávila & Jiménez, 2007)

Ahora bien, un adecuado manejo de los síntomas de ansiedad ayuda al control de los niveles de glucemia (Dávila & Jiménez, 2007), pero además permiten que las personas mejoren su autoimagen y auto concepto, en tanto tienen una percepción más positiva de su salud.

4. DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO EL CARMEN DE VIBORAL

La presente investigación fue realizada en el E.S.E Hospital San Juan de Dios en el Municipio Carmen de Viboral; municipio ubicado en el oriente antioqueño fundado en el año 1752 y ubicado a 62 km de Medellín. Famoso a nivel nacional por la pujante industria cerámica de la primera mitad del siglo XX. Tiene en el año 2010 aproximadamente 45.000 habitantes distribuidos así: 26.462 en zona urbana y 18.500 en la zona rural. Posee una extensión total de 448 km², divididos en 57 veredas (7 corregimientos), muchas de las cuales se encuentran a considerable distancia del centro urbano. Su altitud fluctúa entre los 800 y los 3000 msnm, lo que permite gran variabilidad de productos agrícolas; además, tienen una importante fuerza de trabajo impulsada por la floricultura, la industria y el comercio. La industria de la cerámica, que le dio fama al municipio a nivel nacional actualmente es mínima y sólo perdura como legado cultural. (Plan de Juventud el Carmen de Viboral, 2010).

4.1 Descripción de la E.S.E hospital San Juan de Dios

La E.S.E Hospital san Juan de Dios es una entidad fundada hace alrededor de 100 años, la cual busca prestar servicios integrales y de calidad a toda la población del municipio y veredas aledañas. Dentro de los servicios que presta se encuentran: hospitalización, consulta médica general, odontología, urgencias, laboratorio, radiología e imágenes diagnósticas, servicio farmacéutico, Promoción y Prevención, vacunación, ginecobstetricia, nutrición y dietética, ultrasonido, pediatría, psicología y fisioterapia. (Hospital San Juan de Dios, 2014).

4.2 Población y muestra

La población está compuesta por 2567 personas diagnosticadas con diabetes e hipertensión arterial que asisten al control en el E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio El Carmen de Viboral.

Por medio de un muestreo aleatorio simple, se seleccionaron de esa población 246 pacientes, bajo los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes diagnosticados con diabetes, hipertensión o ambos; b) usuarios – pacientes que asisten al control en el E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio El Carmen de Viboral; c) firma de consentimiento informado y d) aplicación de test de ansiedad BAI.

Para resguardar y cumplir el bienestar de los participantes, se cumplieron los principios éticos que dicta la American Psychological Association (1992).

El número de mujeres fue de 170, que representan el 69,1%, y el de hombres de 76, con una participación en la muestra del 30,9%. La edad promedio de las mujeres es de 65,78 años con una desviación estándar de 10,65 años y la de los hombres es de 70,1 años, con una desviación estándar de 12,63 años. El promedio general de edad es de 67,1 años, con una desviación estándar de 12,2 años. Siendo la edad más alta 102 años en hombres y la más baja 49 años, en mujeres la edad más alta es de 96 años y la más baja es de 31 años.

En cuanto al estrato socioeconómico, el 17,1% son de estrato 1; el 51,2% de estrato 2 y el 29,2% de estrato 3.

5. METODOLOGÍA

5.1 Método

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, donde se utilizó un muestreo aleatorio simple que identifica y describe los síntomas de ansiedad de un grupo de personas diagnosticadas con diabetes e hipertensión Arterial que asisten a los controles médicos en la E.S. E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de el Carmen de Viboral Antioquia.

5.2 Procedimiento

Los pacientes que participaron en la investigación, eran informados de los objetivos de ésta, previo a dar su consentimiento. Una vez recibida la información se solicitaba a los pacientes el consentimiento informado (anexo 1) para participar en la investigación, contándoles acerca del secreto ético de la información, que no obtendrían remuneración económica por su participación y se les recordó que podrían retirarse de la investigación cuando ellas así lo consideraran.

Una vez obtenido el consentimiento informado (anexo 1), se llenó la ficha de datos sociodemográficos, historia clínica (anexo 2) y se les aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (anexo 3). En general, los pacientes que conformaron la muestra requirieron poca ayuda y orientación para contestar el instrumento. Posteriormente, se procedió al análisis de la información de acuerdo a los procedimientos de interpretación respectiva de la prueba. Luego

de recolectadas las muestras se pasó a ingresar cada dato a una base de datos construida en Excel para su tratamiento estadístico.

5.3 Instrumentos

Descripción del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (s.f.) el inventario de Ansiedad de Beck es un test creado por Aaron T. Beck y Robert A. Steer publicado en 1988, editado a la adaptación española por Pearson Educación S.A en el 2011.

La prueba busca evaluar el constructo de ansiedad; específicamente la ansiedad clínica. Según el autor el inventario:

Está diseñado para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM IV TR para su diagnóstico. (p.5)

El BAI puede aplicarse a una variedad de grupos poblacionales que incluye tanto pacientes clínicos como población normal, a adultos y adolescentes desde los 13 años. Es administrada de forma oral o por medio de papel y lápiz. Cuenta con 21 ítems contruidos a partir de la escala Likert que puntúa de 0 a 3 (mínima, leve, moderada y grave), siendo la

puntuación máxima de ansiedad 63 puntos. Puede aplicarse en áreas como la psicología educativa, neuropsicología, psicología forense y psicología del deporte.

La confiabilidad del test original se obtuvo una correlación test-retest de 0.75 y en su validez se observaron correlaciones entre 0.41 y 0.58.

Calificación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Tabla 1. Análisis cuantitativo

RANGO	INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA
0 - 7 puntos	Nivel mínimo de ansiedad
8 - 15 puntos	Ansiedad leve
16 – 25 puntos	Ansiedad moderada
26 – 63 puntos	Ansiedad grave
Puntuación máxima: 63 puntos	

NADA EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	GRAVEMENTE
0	1	2	3

Tabla 2. Análisis cualitativo

Origen del síntoma que permitirá establecer un diagnóstico diferencial:

SÍNTOMAS SOMÁTICOS (NEUROFISIOLÓGICOS)	
<i>Pregunta 1</i>	<i>Hormigueo o entumecimiento</i>
<i>Pregunta 3</i>	<i>Debilidad en las piernas</i>
<i>Pregunta 6</i>	<i>Mareos o vértigos</i>
<i>Pregunta 8</i>	<i>Sensación de inestabilidad</i>
<i>Pregunta 12</i>	<i>Temblor de manos</i>
<i>Pregunta 13</i>	<i>Temblor generalizado o estremecimiento</i>
<i>Pregunta 19</i>	<i>Sensación de irme a desmayar</i>

SÍNTOMAS SUBJETIVOS (DE PÁNICO O ANGUSTIA)	
<i>Pregunta 4</i>	<i>Incapacidad para relajarme</i>
<i>Pregunta 5</i>	<i>Miedo a que suceda lo peor</i>
<i>Pregunta 9</i>	<i>Sensación de estar aterrorizado</i>
<i>Pregunta 10</i>	<i>Nerviosismo</i>
<i>Pregunta 14</i>	<i>Miedo a perder el control</i>
<i>Pregunta 17</i>	<i>Estar asustado</i>

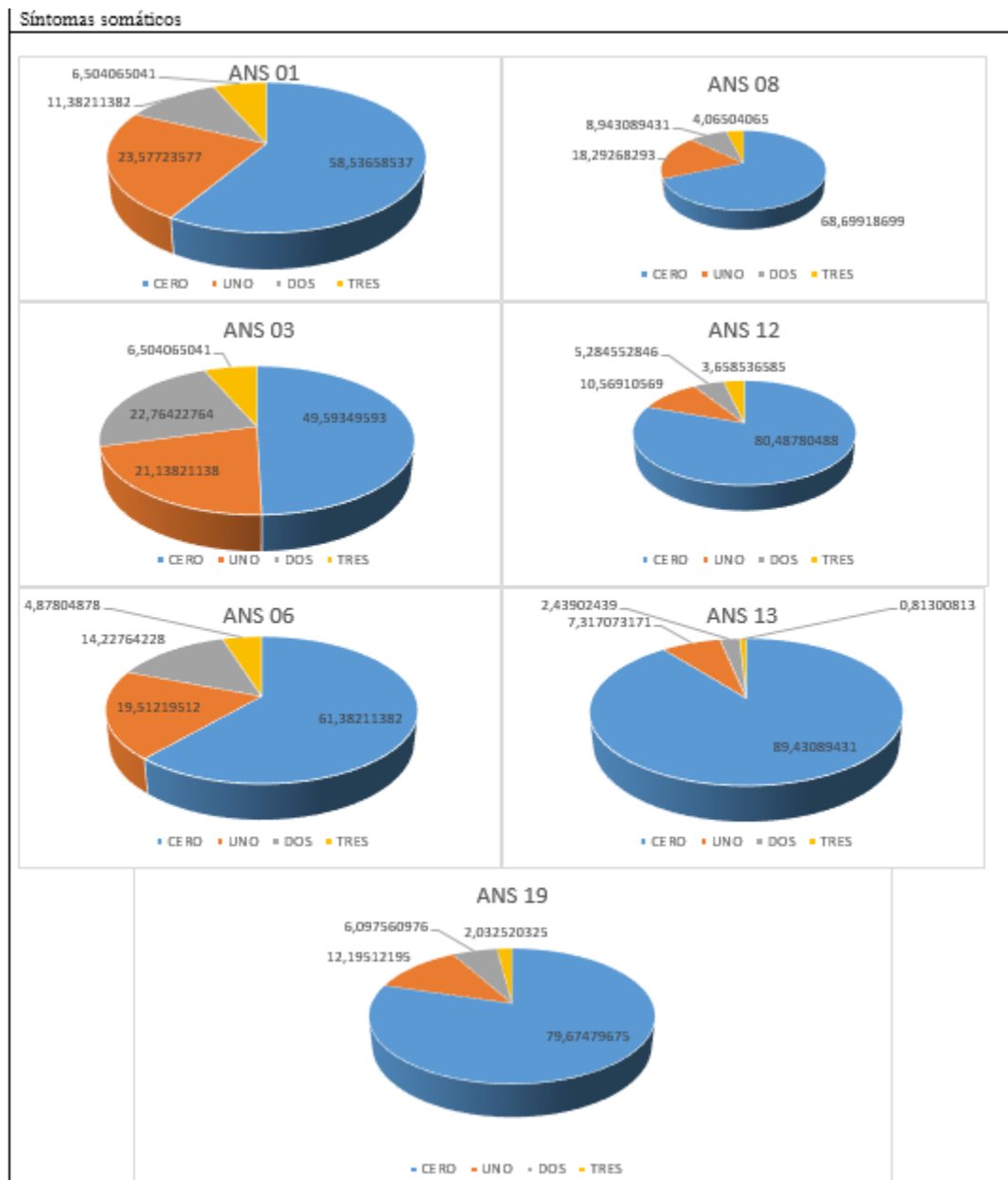
<i>SÍNTOMAS DE PÁNICO</i>	
<i>Pregunta 7</i>	<i>Palpitaciones o taquicardia</i>
<i>Pregunta 11</i>	<i>Sensación de ahogo</i>
<i>Pregunta 15</i>	<i>Dificultad para respirar</i>
<i>Pregunta 16</i>	<i>Miedo a morir</i>

<i>SÍNTOMAS AUTONÓMICOS</i>	
<i>Pregunta 2</i>	<i>Sensación de calor</i>
<i>Pregunta 18</i>	<i>Indigestión o molestias en el abdomen</i>
<i>Pregunta 20</i>	<i>Rubor facial (sonrojarse, ponerse colorado)</i>
<i>Pregunta 21</i>	<i>Sudoración (no debida al calor)</i>

6. RESULTADOS

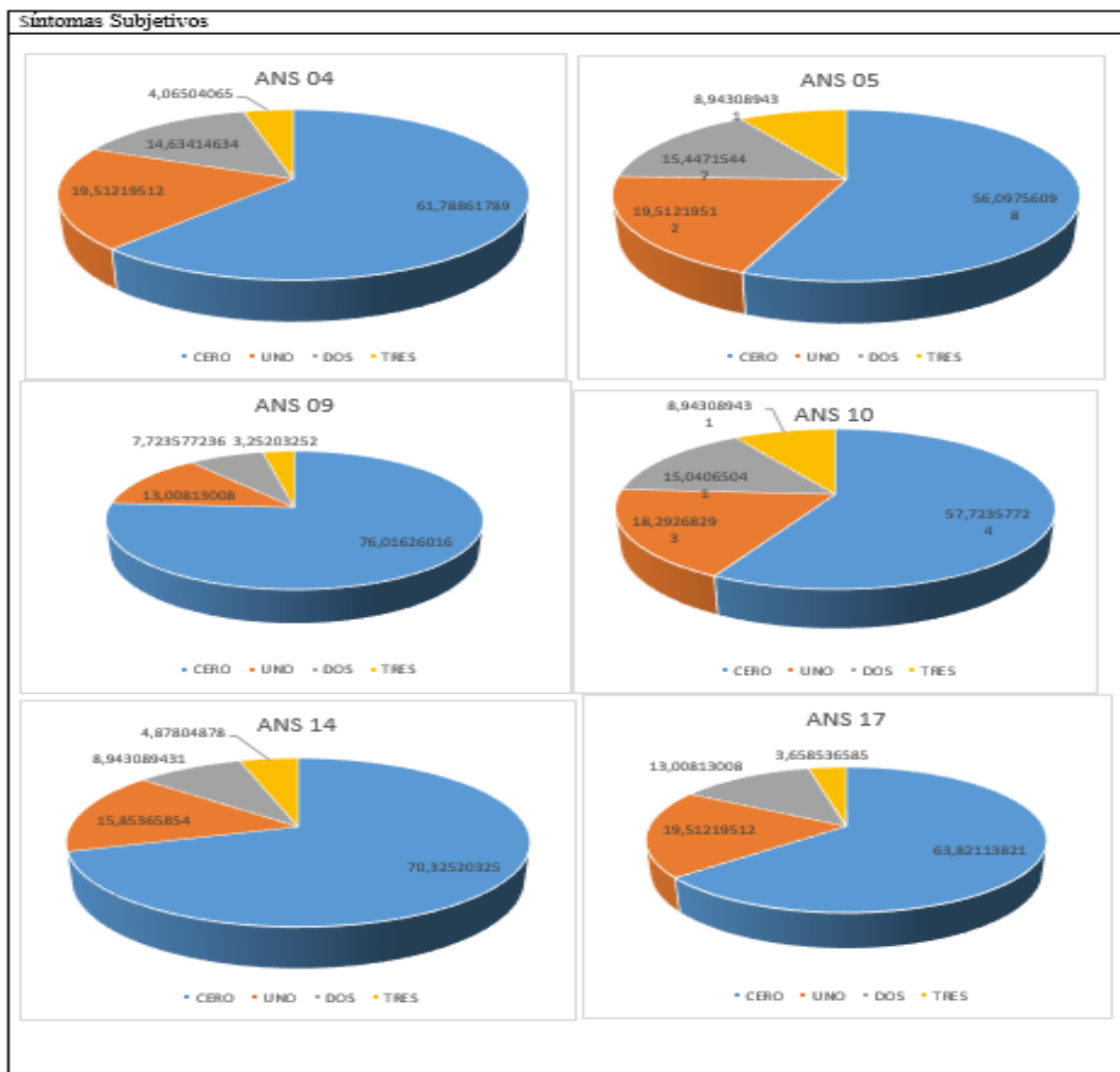
6.1 Análisis cuantitativo - cualitativo

Gráfico 1. Síntomas somáticos



Se encontró dentro de los síntomas somáticos que hay poca prevalencia de estos, tal como lo permite conocer los valores obtenidos en las respuestas a las preguntas 1, 3, 6, 8, 12, 13, 19, indicando que estos síntomas neurofisiológicos son mínimos y no representan la presencia de ansiedad como trastorno.

Gráfico 2. Síntomas subjetivos



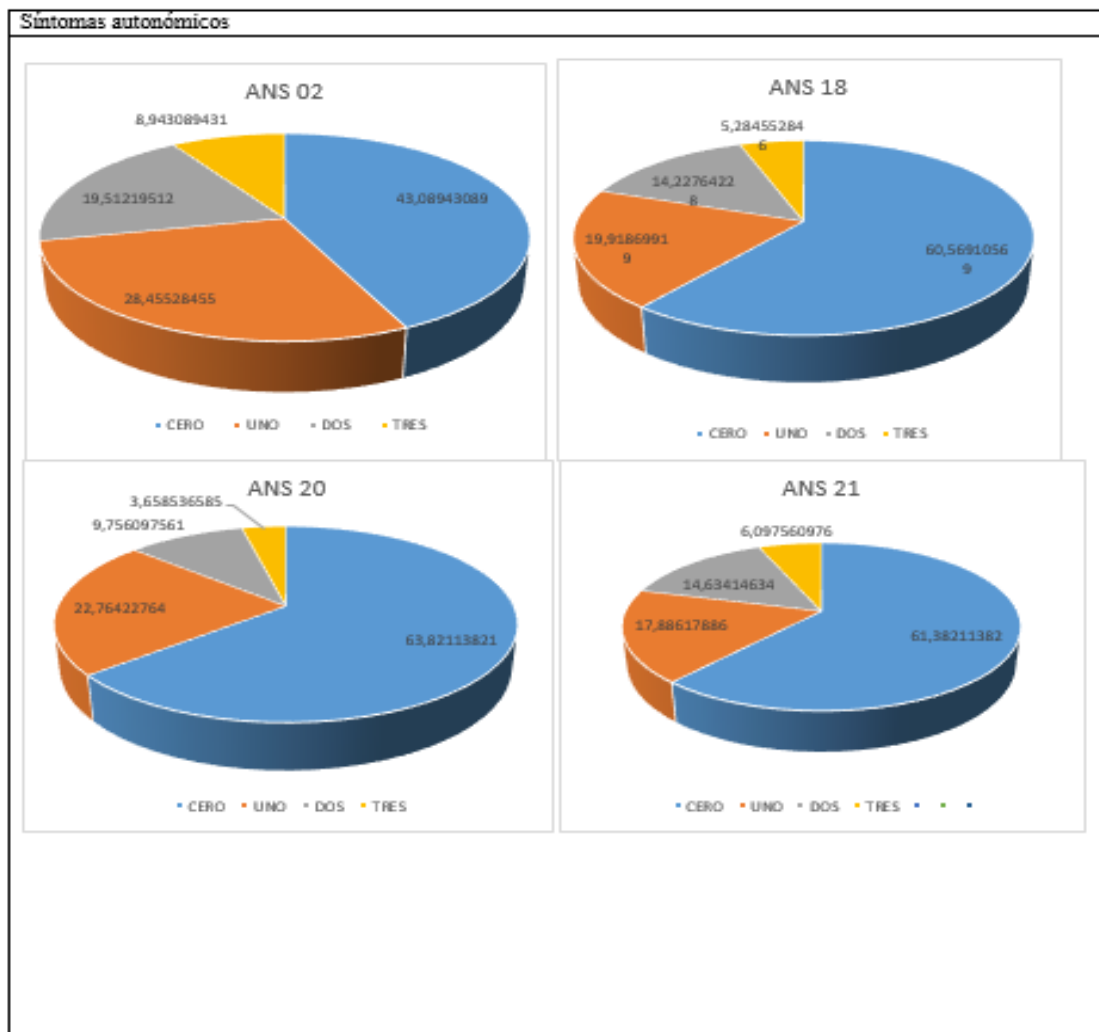
Se encontró dentro de los síntomas subjetivos que hay una poca prevalencia de estos, tal como lo permite conocer los valores obtenidos en las respuestas a las preguntas 4, 5, 9, 10, 14, 17, indicando que estos síntomas subjetivos son mínimos y no representan la presencia de ansiedad.

Gráfico 3. Síntomas de pánico



Se encontró dentro de los síntomas de pánico que hay una poca prevalencia de estos, tal como lo permite conocer los valores obtenidos en las respuestas a las preguntas 7, 11, 15, 16, indicando que estos síntomas de pánico son mínimos y no representan la presencia de ansiedad como trastorno.

Gráfico 4. Síntomas autonómicos

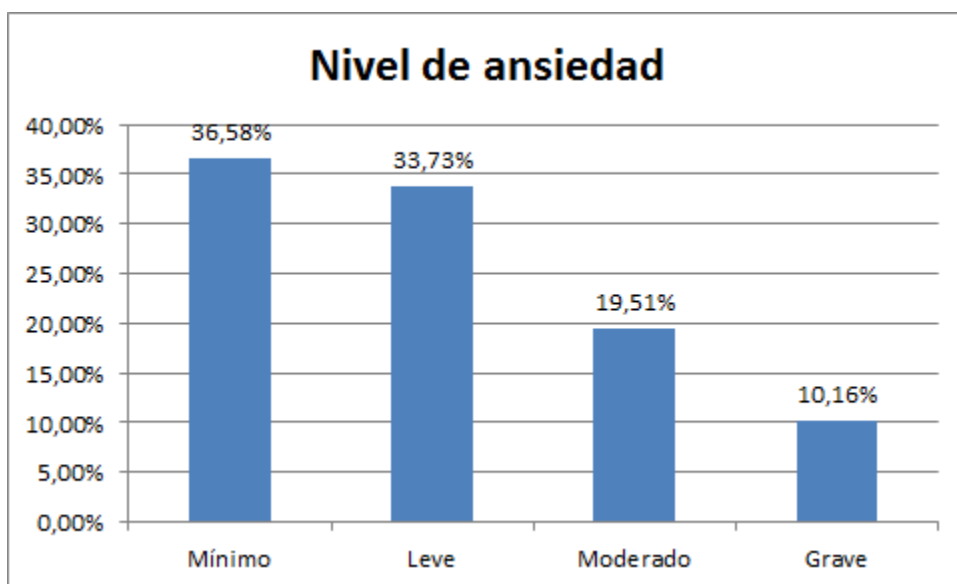


Se encontró dentro de los síntomas autonómicos que hay una poca prevalencia de estos, tal como lo permite conocer los valores obtenidos en las respuestas a las preguntas 2,

18, 20, 21, indicando que estos síntomas autonómicos son mínimos y no representan la presencia de ansiedad.

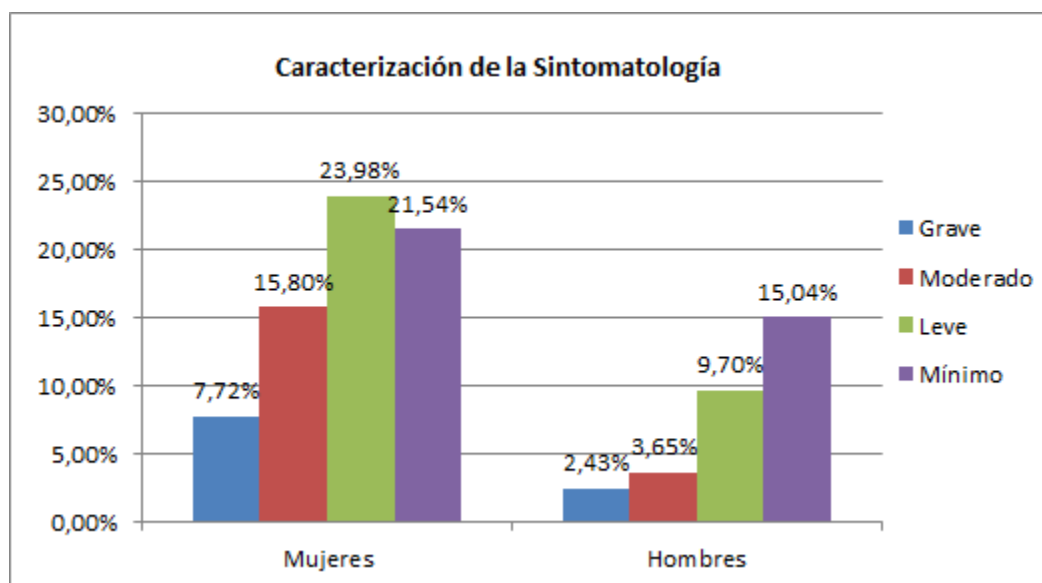
6.2 Análisis cuantitativo

Gráfico 5. Nivel de ansiedad



Del porcentaje total de la población el 36,58% que corresponde a 90 pacientes puntuaron en el nivel mínimo de ansiedad, el 33,73% que corresponde a 83 pacientes puntuaron en el nivel leve de ansiedad, el 19,51% que corresponde a 48 pacientes puntuaron en el nivel moderado de ansiedad, y el 10,16% que corresponde a 25 pacientes puntuaron en el nivel grave de ansiedad.

Gráfico 6. Caracterización de la sintomatología



Del 100% de la población que corresponde a 246 personas, en la población masculina de las cuales un 15,04% corresponde a 37 hombres puntuaron en nivel mínimo de síntomas de ansiedad, 9,70% corresponde a 24 hombres puntuaron en el nivel leve de síntomas de ansiedad, el 3,65% corresponde a 9 hombres puntuaron en el nivel moderado de síntomas de ansiedad y por último un 2,43% corresponde a 6 hombres puntuaron en el nivel grave de síntomas de ansiedad.

En contraste, en la población femenina el 21,54% que corresponde a 53 mujeres puntuaron en el nivel mínimo, el 23,98% que corresponde a 59 mujeres puntuaron en el nivel leve, el 15,80% corresponde a 39 mujeres puntuaron en el nivel moderado y finalmente el 7,72% que corresponde a 19 mujeres puntuaron en el nivel grave.

7. CONCLUSIONES

La hipertensión y la diabetes como enfermedades crónicas deben ser tratadas de forma oportuna, ya que por el contrario causan un gran desgaste emocional y pérdidas económicas, tanto para el sujeto como en su entorno familiar y social, hasta llegar a convertirse en un problema de salud pública.

Algunos síntomas de ansiedad pueden ser causados por diferentes factores biológicos como las enfermedades; factores psicológicos como las creencias acerca de las enfermedades y la autopercepción que han determinado en estas personas el cuidado de su salud y la forma de asumir sus afecciones biológicas. Finalmente, factores sociales que han influido en la forma como estas personas asumen la enfermedad desde lo cultural y lo psicológico.

Con respecto a lo anterior, en la población evaluada es evidente que centran el cuidado de los signos y síntomas de hipertensión, diabetes y ansiedad en el destino que suponen es determinado desde lo divino para su mejoría, lo cual se ve plasmado en sus verbalizaciones “si Dios quiere”.

De acuerdo con lo anterior, según la clasificación de síntomas propuesto por el BAI con respecto a la calificación cualitativa no se puede establecer la presencia de un grupo de síntomas específico en la población evaluada, puesto que las respuestas son muy variables; además es necesario tener en cuenta variables físicas, psíquicas y culturales que permean a la persona en el momento de la aplicación del instrumento. Sin embargo, los síntomas que

obtuvieron los puntajes más altos en la calificación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en toda la población fueron: Incapacidad para relajarme, sensación de estar aterrorizado, nerviosismo, miedo a morir, estar asustado e indigestión o molestias en el estómago, perteneciendo la mayoría de ellos a los síntomas subjetivos, que como anteriormente se había mencionado, es explicado por las creencias en salud y religiosas de los pacientes sobre su enfermedad, pero que no son prevalentes en toda la población evaluada .

En las personas diagnosticadas con diabetes e hipertensión se encuentra una baja prevalencia de niveles de ansiedad; esto según la muestra representativa que participó de la investigación, a la cual que se le aplicó el instrumento BAI.

De acuerdo a las cifras obtenidas se identifica además que hay un 10,15% de personas entre hombres y mujeres que puntuaron en el nivel grave de síntomas de ansiedad, y que aunque es un porcentaje mínimo respecto al total de la población, es importante que sean atendidos, por el equipo de salud experto en atención primaria, dirigiendo sus acciones desde la psicoeducación; y por consiguiente posibilitar en consecuencia una buena adherencia al tratamiento, lo cual le ayudará al paciente a afrontar los cambios físicos y psicosociales por los que atraviesa al momento de su diagnóstico y en ese continuum salud- enfermedad a lo largo de su vida; para ello se sugiere fomentar más estudios e investigaciones acerca de estas dos enfermedades crónicas con relación a la aparición de sintomatología de orden psicológico.

Con respecto al análisis y a la comparación de los resultados entre hombres y mujeres de esta población, observamos que hay una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad moderados y graves en el género femenino.

Hay una prevalencia de niveles mínimos y leves de ansiedad en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y diabetes. En cuanto a esto es pertinente realizar seguimiento a estos pacientes, realizando campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de evitar que se exacerban los síntomas de ansiedad en esta población.

En cuanto a los pacientes que puntuaron en el nivel moderado y grave de ansiedad, consideramos que es necesario caracterizarlos, para establecer una ruta de atención psicológica, que permitan brindar a estas personas un adecuado manejo de su sintomatología buscando disminuir el impacto que puede generar esta patología en la calidad de vida de las personas, su familia y entorno social.

REFERENCIAS

Alexandria, VA: *American Diabetes Association, Inc.*

American Diabetes Association (2002). *Complete guide to diabetes* (3rd Edition).

Barquín, M. (2002). *La moderna salud pública*. Revista Médica del IMSS, 40, 483-486.

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

Dávila, M & Jiménez, M. (2007). *Psicodiabetes. Avances en psicología latinoamericana*.

Bógota. Vol. 25(1). P.126- 143.

Dotres, C., Pérez, R., Córdoba, L., Santín, M., Landrove, O. y Macías, I. (1999). Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial.

Revista cubana medicina general integral, 15(1), 46 - 87.

DSM-IV-TR; Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2000) 4th ed., text rev;

Recuperado de:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_segun_la_DSM.pdf

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1998). *Diabetes: caring for your emotions as well as your health*.

Reading, MA: Perseus Books.

Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (2005). *Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México*. Artículo de *Cardiología México* 2005; 73:61.

Federación Internacional de Diabetes. (S.f). *Plan mundial contra la diabetes 2011- 2021*.

Tomado de: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>

Figuerola, S. (S.F). *Introducción a la salud pública*. Universidad de San Carlos. Facultad de ciencias médicas fase 1, área de salud pública 1. Tomado de:

<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>.

Gaviria, Ana Milena. Vinaccia, Stefano. Quiceno, Japcy Margarita. Et. Al., (2009). *Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial*. Revista diversitas - perspectivas en psicología - Vol. 5, No 1, 39.

Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). (S.f). *Diabetes Mellitus tipo 2: protocolo de actuación*. Tomado de:

<http://www.sediabetes.org/gestor/upload/file/00003582archivo.pdf>

Hospital San Juan de Dios.(2014). *Nuestra Historia*. Tomado de:

http://www.hospitalcarmenv.gov.co/historiaa_.html

Instituto Nacional de Salud .(2016). *Enfermedades transmisibles*. Consultado en:

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/transmisibles.aspx#.VziCz5HhDIU>

Jiménez & Dávila. (2007). *Psicodiabetes*. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 25 (1)/pp. 126-143/2007/ISSN1794-4724

León Barua, R & Berenson Seminario, R. (1996). *Medicina teórica.: Definición de la salud*. Rev Med Hered [online]. vol.7, n.3 [citado 2016-04-12], pp. 105-107. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.

Matarazzo, J. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. *Frontiers of a new health psychology*. *American Psychologist*, 35, 807-81.

- Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Casado MI, Escalona A. (1994) *Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo - conductual en pacientes hipertensos*. Anales de Psicología; 2:199- 216.
- Ministerio de la protección social. (2006). *Ley número 1090 de 2006*. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Ministerio de salud. (2014). *Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>
- Moleiro O. (abr.-jun. 2004) *revista cubana de medicina*, recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200007
- Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: UNISON.
- Moreno, E & Gil, J. (2003). *El modelo de creencias en salud: Revisión Teórica, Consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud*. Revista internacional de psicología y terapia psicológica. Vol 3(1). pp. 91-109
- Moreno, L. (2001). *Epidemiología y diabetes*. Revista Facultad de Medicina UNAM. Vol.44(1). p. 35-37.
- OMS. (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Autor.
- OMS. (2010). *Informe sobre situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. Tomado de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

- OMS. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Disponible en:
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1)
ua=1 Consultado: 10 de abril de 2016.
- OMS. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Tomado de:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (2016). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la salud. (1948). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de:
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Diabetes en las Américas*. Boletín Epidemiológico, 22(2). Recuperado el 28 de abril del 2005 de:
http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (S.f). *Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. Tomado de:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
- Piédrola, Editor. (2001). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson; p. 647-662.
- Plan de Juventud el Carmen de Viboral, (2010). http://www.elcarmendeviboral-antioquia.gov.co/apc-aa-files/39393061633533323433316430626333/Plan_de_Juventud_El_Carmen_de_Viboral.pdf
- Quirós, D. & Holst, F. (2011). *Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC*. Revista Costarricense de Psicología. 29 (43), pp. 35-46.
Recuperado de <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/49>

- S. A (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles ENCT y discapacidad*. Revista salud pública de Medellín. Vol. 5, p. 61- 74. Tomado de:
<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20de%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%20C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%202/5.%20ENFERMEDADES%20CR%20NICAS%20NO%20TRANS.pdf>
- Sellén, J. (2008). *Hipertensión arterial: Diagnóstico, Tratamiento y control*. Editorial Universitaria. La Habana. Tomado de:
<http://tesis.repo.sld.cu/54/1/9789591609236.pdf>
- Sociedad andaluza de medicina de familia. (2006). *Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de Atención primaria*. Disponible en:
<http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf> Consultado: 10 de abril de 2016
- Stone, G. (1979). *Psychology and health system*. En G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology* (pp. 47-75). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stone, G. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*. Vol 20(01). pp 15-26
- Stone, G. (1991). *An international review of the emergence and development of health psychology*. En M. Jansen & J. Weinman (Eds.), *The International development of Health Psychology* (pp. 3-18). Churchill: Harwood Academic Publishers.
- Tobal, J; Cano, A; Casado, M & Martínez, A. (1994). *Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos*. *Anales de Psicología*, 1994. 10(2).199-21.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, Á., & Montoya, L. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve*. *Diversitas*, 3(2).

doi:<http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2007.0002.02>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para participantes en un estudio de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
Síntomas depresivos, ansiedad y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados
con Diabetes Mellitus Tipo II e hipertensión Arterial de la E.S.E. Hospital San Juan de
Dios el municipio del Carmen de Viboral.

Este formulario de consentimiento puede tener palabras que Usted no entienda, por favor debe solicitar al investigador o persona responsable del estudio que le clarifique cualquier palabra o duda que se le presente. Usted tiene derecho a una copia de este formulario de consentimiento para pensar sobre su participación en este estudio o para discutirlo con familiares, amigos antes de tomar una decisión.

El propósito de este documento es ayudarle a tomar una decisión informada para decidir participar o no en el estudio denominado Síntomas depresivos, ansiedad y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II e hipertensión Arterial de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios el municipio del Carmen de Viboral.

Yo.....
 con documento de identidad N° : de

Manifiesto que he recibido información suficiente y veraz sobre el proceso de investigación, relacionada con los Síntomas depresivos, ansiedad y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II e hipertensión Arterial de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios el municipio del Carmen de Viboral.

Y que además he recibido información clara acerca del tratamiento que realizarán las instituciones participantes de la información resultante de la investigación mencionada.

Manifiesto que participo voluntariamente de la investigación y que estoy de acuerdo con las condiciones de la misma.

Lugar..... Fecha...../...../.....

Firma del Paciente
 N° Doc. Identidad

Firma del Investigador
 N° Doc. De Identidad

Firma del Asesor Responsable
 N° Doc. Identidad.

Anexo 2. Historia Clínica

HISTORIA CLINICA

No. _____

Fecha: _____

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Edad: _____

Sexo: M___ F___

Estrato socioeconómico: _____

Estado civil: _____

Nº de hijos: _____

Ocupación: _____

Personas con quienes vive: _____

Persona responsable: _____

II. HISTORIA MÉDICA

Tipo de diagnóstico:

Tiempo de diagnóstico:

¿Qué enfermedades comenzó a padecer después de ser diagnosticado?

¿Qué otras enfermedades padecía desde antes de ser diagnosticado?

III. MEDICACIÓN

¿Cuáles medicamentos consume?

¿Hace cuánto tiempo consume los medicamentos?

¿En qué horarios consume los medicamentos?

¿Debe de suministrarse insulina? ¿Cuántas veces al día?

¿Cuáles medicamentos dejó de consumir o suministrarse? y ¿Por qué?

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Algún integrante de su familia padece alguna de las siguientes enfermedades:

___ Hipertensión arterial

___ Diabetes (tipo 1 ó 2)

___ Obesidad

___ Cáncer

___ Enfermedades del corazón

___ Enfermedades respiratorias

___ Enfermedades del hígado

___ Enfermedades de los riñones

___ Hipoglicemia

___ Colesterol

___ Enfermedad de la tiroides

___ Enfermedades gástricas

Enfermedades cerebrovasculares

Osteoporosis

Artritis

Epilepsia

Demencias (Alzheimer, parkinson, etc.)

Otras, ¿Cuáles? _____

Algún integrante de su familia ha sido diagnosticado con enfermedades mentales como:

Esquizofrenia

Depresión

Trastornos de ansiedad

Trastornos del estado de ánimo

Trastorno bipolar

Anexo 3. Instrucciones



Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**, marcando una X en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.

	NADA EN ABSOLUTO	LEVEMENTE, no me molestó mucho	MODERADAMENTE, fue muy desagradable pero podía soportarlo	GRAVEMENTE, casi no podía soportarlo
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarme				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareos o vértigos				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Sensación de estar aterrizado				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Estar asustado				
18. Indigestión o molestias en el abdomen				
19. Sensación de irme a desmayar				
20. Rubor facial (sonrojarse, ponerse colorado)				
21. Sudoración (no debida al calor)				