

Relación de estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva en pacientes con hipertensión arterial en México

Doris Berdazco Pintado⁴⁹,
Alicia Hernández Montaña⁵⁰ y
José González Tovar⁵¹

Resumen

El objetivo de esta investigación fue establecer la relación entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva en pacientes con hipertensión arterial en México. El estudio es cuantitativo, de diseño transeccional y tiene un alcance correlacional. La muestra está comprendida por 103 participantes con edades entre los 20 y 85 años con diagnóstico de hipertensión arterial. Se aplicó la Escala de Estrés Percibido (PSS), Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE-21), y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados de la investigación a partir del análisis de correlación de Pearson mostraron que el uso de estrategias de afrontamiento como focalizado en la solución del problema ($r=-.332$, $p\leq.010$) y reevaluación positiva ($r=-.294$, $p\leq.010$) está relacionado con menor estrés percibido, en cambio el uso de auto focalización negativa ($r=.551$, $p\leq.010$), expresión emocional abierta ($r=.469$, $p\leq.010$) y la evitación ($r=.253$, $p\leq.010$) se relaciona con mayor estrés. Con respecto a la sintomatología depresiva, el uso de la estrategia de reevaluación positiva ($r=-.308$, $p\leq.010$) se relaciona con menor sintomatología depresiva, en cambio sí utiliza recursos como auto focalización negativa ($r=.322$, $p\leq.010$) y expresión emocional abierta ($r=.289$, $p\leq.010$) los síntomas de depresión tienden a aumentar. Se

⁴⁹ Maestría en Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Coahuila d.berdazco@gmail.com

⁵⁰ Profesora de Tiempo Completo, Universidad Autónoma de Coahuila aliciahernandezmont@uadec.edu.mx

⁵¹ Profesor de Tiempo Completo, Universidad Autónoma de Coahuila josegonzaleztovar@uadec.edu.mx

concluye que existe relación entre las variables de estudio en el grupo de muestra de la investigación.

Palabras clave: *estrés, estrategias de afrontamiento, sintomatología depresiva, hipertensión arterial.*

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Estas están compuestas por un grupo de enfermedades que su causa no es una infección aguda y dan como resultado consecuencias para la salud del individuo a largo plazo (OPS, 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) la cardiopatía isquémica constituye la mayor causa de defunción a nivel global, responsable del 16% del total de muertes en el mundo. En los últimos 20 años las cifras de fallecimientos por esta causa han aumentado notablemente, registrándose en el año 2000 más de 2 millones y para el 2019 las cifras alcanzaron casi los 9 millones (OMS, 2020).

En el contexto de América Latina y el Caribe las alteraciones cardiovasculares también emergen como la principal causa de muerte en gran parte de los territorios estimándose un aproximado 1,9 millones de muertes anualmente por dicho motivo (OPS, 2023). Específicamente en el contexto mexicano informes estadísticos reportan que, durante el periodo enero-junio de 2022 las defunciones por enfermedades del corazón ocuparon la primera causa de muerte a nivel nacional con 105 864 casos, seguidas por la diabetes mellitus con 59 996 y por tumores malignos con 44 533 casos (INEGI, 2023).

Siguiendo a Molerio y García (2004) el diagnóstico de hipertensión suele tener un impacto psicológico en la persona que lo recibe tendiendo a la aparición de síntomas como estrés, depresión y ansiedad en valores moderados. Los cambios que experimenta el paciente una vez que ha sido diagnosticado con esta enfermedad suelen generar malestar psicológico, donde esto limita su adaptación al nuevo estilo de vida. El consultante suele percibir esta situación de manera desfavorable debido a las variadas modificaciones que deben realizar en algunos aspectos de su vida como alimentación, actividad física o de ocio.

Existen numerosos estudios vinculados a las estrategias de afrontamiento que presentan los sujetos ante la enfermedad y al estrés. El estrés es uno de los principales desencadenantes de sintomatología depresiva en esta población puesto que el paciente debe asumir determinados hábitos saludables que no tenía antes de ser diagnosticado con la enfermedad (Sánchez, 2015).

Por la prevalencia que manifiestan las enfermedades cardiovasculares se han convertido en objeto de estudio de múltiples investigaciones, llegando a realizarse diversas propuestas sobre cómo afrontar los efectos psicológicos que provoca esta enfermedad.

El presente estudio se dirige exclusivamente en pacientes con hipertensión arterial puesto que se estima que más de 30 millones de personas padecen esta enfermedad en México (Secretaría de Salud, 2023).

Para llevar a cabo este estudio se utilizaron tres variables fundamentales: Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva. Donde se pueden definir de la siguiente manera, según (Laham, 2007) el estrés se define como una respuesta a una cognición amenazadora que consiste en incrementar la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla.

Siguiendo a Sandín (1995) se define afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza el sujeto para enfrentar al estrés. El paciente que padece un trastorno depresivo puede experimentar una serie de síntomas que se enumeran a continuación: estado de ánimo deprimido, disminución de interés o placer, pérdida de peso, insomnio, agitación o retraso psicomotor, disminución de la capacidad para concentrarse o pensamientos de muerte recurrentes (American Psychological Association, 2014).

Por lo tanto, a partir de estas ideas planteadas el objetivo de esta investigación es relacionar el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva en pacientes con Hipertensión arterial en México, y de esta forma predecir con antelación si el paciente pudiera estar propenso a sufrir un trastorno depresivo.

En México, la Secretaría de Salud ha diseñado una Estrategia Nacional de Promoción y Prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECTN), para una Mejor Salud, y la creación de las Unidades de Especialidades Médicas, UNEMEs, las cuales surgen del Modelo Integrado de Atención a la Salud, diseñadas bajo un programa médico-arquitectónico modular para brindar servicios ambulatorios para disminuir la saturación y costos de operación en hospitales (Secretaría de Salud, 2015). Estas unidades pretenden brindar un servicio de prevención para enfermedades como: sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes. Además, se han implementado las Unidades Médicas Móviles

ofreciendo servicios de Atención Primaria a la Salud, así como la promoción de salud y prevención de enfermedades, las cuales poseen medicamentos e insumos para la atención (Servicios de Salud, 2023).

Esta problemática ha sido abordada desde este enfoque cognitivo conductual, demostrando su eficacia en el tratamiento psicológico de estos síntomas. De esta forma esta investigación permitirá perfeccionar la labor de estudios anteriores que se han realizado para el tratamiento tanto del estrés como de la depresión. Con respecto al impacto científico tiene el objetivo de desarrollar nuevas metodologías para este tipo de investigaciones y proporcionar información detallada sobre cada una de las variables estudiadas. En cuanto al impacto social los resultados de esta investigación serán divulgados de manera que se pueda implementar en otras investigaciones que estudien poblaciones con diagnóstico de HTA.

El objetivo de esta investigación fue establecer la relación entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva en pacientes con hipertensión arterial en México.

Método

Participante

La muestra se compone por 103 personas de entre 20 y 85 años de edad que poseen un diagnóstico de hipertensión arterial, donde un 36.9 % (n=38) son hombres y un 63.1 % (n=65) son mujeres; así como pertenecen a diferentes estados de la República Mexicana: Ciudad de México DF 3.9% (n=4), Coahuila de Zaragoza 85.4% (n=88), Estado de México 1.0% (n=1), Jalisco 1.0% (n=1), Michoacán de Ocampo 2.9% (n=3), Nuevo León 1.9% (n=2), Veracruz 1.0% (n=1) y Zacatecas 2.9% (n=3).

Los encuestados presentaban un diagnóstico de hipertensión arterial emitido por un profesional de la salud, con un período de diagnóstico distribuido de la siguiente manera, 0 a 6 meses 6.8% (n=7), 6 meses a 1 año 9.7% (n=10), 1 a 3 años 24.3% (n=25), 3 a 6 años 12.6% (n=13) y más de 6 años 46.6% (n=48). Con respecto a su ocupación un 3.9 % (n=4) son estudiantes, el 26.2 % (n=27) amas de casa, el 36.9 % (n=38) mantiene un trabajo

remunerado, el 2.9 % (n=3) se encuentran desempleados, un 25.2 % (n=26) son pensionados y un 4.9 % (n=5) poseen autoempleos.

Se emplea un muestreo no probabilístico y por conveniencia (López, 2004) teniendo en cuenta que en este caso las unidades que integran la población no tienen la misma posibilidad de ser seleccionada, así como se eligieron los casos más accesibles.

Con respecto a los criterios de inclusión estuvo dirigido hacia aquellos participantes mayores de 18 años, que presentaran un diagnóstico médico de hipertensión arterial, residieran en México y estar de acuerdo con formar parte del estudio. En cuanto a los criterios de exclusión supone las personas que sean menores de edad, que no presenten un diagnóstico médico de hipertensión arterial, que no residan en México y que no hayan firmado el consentimiento informado.

Evaluación

Para el levantamiento de datos sobre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva en pacientes con hipertensión arterial se empleó una Planilla de datos sociodemográficos y tres pruebas psicológicas: Escala de Estrés Percibido (PSS), Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE-21), y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

La Planilla de datos sociodemográficos permitió identificar los principales elementos sociodemográficos que caracterizan la muestra, la presencia y temporalidad del diagnóstico de hipertensión arterial, edad, ocupación y lugar de residencia.

Por su parte la Escala de estrés percibido o Perceived Stress Scale (PSS por sus siglas en inglés, Cohen et al., 1983; Remor, 2006), adaptada y validada en población mexicana por González y Landero (2007). Permite evaluar la percepción de estrés ante situaciones inesperadas durante el último mes en 14 ítems que se puntúa mediante una escala tipo Likert de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). La puntuación total se obtiene sumando puntuaciones de cada ítem, se recomienda invertir los valores de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. Los rangos de puntuación están entre 0 y 56. A mayor puntuación corresponde a mayor nivel de estrés percibido. La escala presenta adecuada fiabilidad, validez y sensibilidad, con un α de Cronbach de 0.81 (Calvarro, 2016). Este instrumento permite hacer una evaluación cognitiva

de una situación estresante. En este caso como el instrumento no presentaba punto de corte por lo tanto se establecieron a través de la media y la desviación típica de los resultados obtenidos, donde 0-14, estrés bajo; 15-30, estrés moderado y más de 31, estrés alto.

Asimismo, el Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE-21) (Sandín y Chorot, 2003), adaptada y validada en México por González y Landero (2007). Evalúa siete formas de afrontamiento: Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta, Religión, Focalizado en la solución de problemas, Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva, a través de 21 ítems en su versión reducida que se responden de acuerdo con la escala tipo Likert que va del 0 al 4 (0: Nunca; 1: Pocas veces; 2: A veces; 3: Frecuentemente; 4: Casi siempre). Tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,64 a 0,87 en los siete factores.

Y finalmente, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 2010) en su adaptación en población mexicana (Estrada et al., 2015). Autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cuanta más alta sea la puntuación obtenida mayor será la severidad de los síntomas. Los rangos de severidad son: 0-13, ausencia o mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. El BDI-II ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a la consistencia interna (.91) y a la validez (Estrada et al., 2015). Mantiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,83 (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010).

Procedimiento

Se realizaron los pasos necesarios para llevar a cabo la investigación. En este caso se identificó el objeto de estudio y la población. A continuación, se recopiló información actualizada sobre el tratamiento de la problemática, para la posterior realización de los antecedentes. A partir de la información recogida, se abarcó un mayor número de autores para la elaboración del marco teórico, y definir cada una de las variables. Se hizo el diseño de la investigación, con cada una de las particularidades acorde al objeto de estudio.

Los datos se recopilaron en el período de enero a mayo de 2023 mediante la difusión en redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp, así como de manera presencial a través de la divulgación entre personas con familiares y amigos de esta población. Se aplicaron los instrumentos, tanto en modalidad en línea a través de la plataforma de Google Forms® siendo esta autoaplicada de manera individual y como en modalidad presencial. El llenado del formulario fue de 20 minutos aproximadamente.

Antes de completar el formulario establecido en la plataforma de Google Forms® como en el cuestionario impreso, se incluye un consentimiento informado donde el participante asegura que presenta un diagnóstico de hipertensión arterial, así como se refieren los aspectos éticos exponiéndose cada uno de los elementos establecidos en la investigación, que solo se utilizarán sus datos con fines académicos y científicos. El proyecto de investigación fue aprobado por el Núcleo Técnico Básico de la Maestría en Psicología Clínica, adhiriéndose al Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud retomando los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos, teniendo un nivel de riesgo mínimo dado que se respeta la integridad del participante (Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 2007).

Plan de análisis

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS versión 24, con el objetivo de obtener distribuciones de frecuencia y porcentajes, estadísticos descriptivos y correlación de Pearson. El objetivo principal de llevar a cabo un estadístico descriptivo es para realizar un análisis detallado del problema y de los datos recogidos.

Por otra parte, se emplearon pruebas para muestras paramétricas como la correlación de Pearson debido a que permite conocer el grado de relación estadístico entre las variables de estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sintomatología depresiva en pacientes con hipertensión arterial de México (Quintanilla, 2020).

Resultados

En cuanto a los resultados obtenidos del estrés percibido (ver Tabla 1) se obtuvo una media aritmética general y una desviación estándar de ($M=22.41.53$; $DT=7.66$). Se evidencia que el estrés percibido por parte de los participantes se encuentra en un rango de estrés moderado 75.7% ($n=78$). Se debe especificar que en la muestra existe una mayor prevalencia del sexo femenino con 63.1% ($n=65$) y por parte del sexo masculino 36.9% ($n=38$).

Tabla 1

Análisis descriptivo y de frecuencia de escala de Estrés percibido

Nivel de estrés percibido	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	12.6
Moderado	78	75.7
Alto	12	11.7
Total	103	100.0

Fuente: (Elaboración propia)

Con respecto a las estrategias de afrontamiento (ver Tabla 2): búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, focalizado en la solución de problemas, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva, se identifican con una mayor puntuación la reevaluación positiva ($M=7.74$; $DT=2.64$), focalizado en la solución de problemas ($M=7.53$; $DT=2.38$) y la evitación ($M=5.69$; $DT=2.52$).

Tabla 2

Análisis descriptivo del CAE-21 y sus subescalas

	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>As</i>	<i>K</i>
Búsqueda de apoyo social	103	0	12	4.61	3.046	.168	-.811
Religión	103	0	12	4.59	4.280	.536	-1.141
Expresión Emocional Abierta	103	0	10	3.21	2.500	.459	-.278
Focalizado en la Solución Problema	103	3	12	7.53	2.388	.014	-.766
Evitación	103	0	12	5.69	2.525	.194	-.252
Autofocalización Negativa	103	0	10	4.03	2.149	.240	-.452
Reevaluación Positiva	103	2	12	7.74	2.642	-.162	-.672
N válido (por lista)	103						

Fuente: *M*= medias; *DT*= desviación típica; *Mín*= mínimo, *Máx*= máximo, *As*= asimetría; *K*= curtosis (elaboración propia).

En cuanto a la sintomatología depresiva (ver Tabla 3), se muestra una media aritmética general y una desviación estándar de ($M=8.81$; $DT= 6.59$), se evidencia que la tendencia de la muestra estudiada siguiendo los puntos de corte del Inventario de Depresión de Beck presentan ausencia o mínima depresión 78.6 % ($n=81$).

Tabla 3

Análisis descriptivo y de frecuencia del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Sintomatología depresiva	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	81	78.6
Depresión leve	15	14.6
Depresión moderada	6	5.8
Depresión grave	1	1.0
Total	103	100.0

Fuente: (Elaboración propia)

Según la correlación de Pearson (ver Tabla 4) el estrés presenta una relación significativa con valores negativos, lo cual denota una relación inversa con las estrategias focalizado en la solución del problema ($r=-.332$, $p\leq.010$) y reevaluación positiva ($r=-.294$, $p\leq.010$) es decir que ante el aumento de estas estrategias disminuye la percepción de estrés, o viceversa.

Asimismo, se halla una relación significativa con valores positivos lo cual señala una relación directa entre la variable y las estrategias de autofocalización negativa ($r=.551$, $p\leq.010$), expresión emocional abierta ($r=.469$, $p\leq.010$) y la evitación ($r=.253$, $p\leq.010$) es decir que sí aumenta el uso de estas estrategias, el estrés percibido tiene una tendencia a aumentar, o viceversa, tal como puede apreciarse en la siguiente tabla:

Tabla 4

Correlación de Pearson entre las subescalas del CAE y la escala de Estrés percibido

	BAS	RLG	EEA	FSP	EVT	AFN	REP
Estrés percibido			.469**	-.332**	.253**	.551**	-.294**

Fuente: la correlación es significativa al nivel de en $p \leq 0.01$ (bilateral). BAS= Búsqueda de apoyo social; RLG= Religión; EEA=Expresión emocional abierta; FSP= Focalizado en la solución de problemas; EVT= Evitación; AFN= Autofocalización negativa; REP= Reevaluación positiva (elaboración propia)

En cuanto a la correlación entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento (ver Tabla 5) la estrategia reevaluación positiva ($r=-.308$, $p\leq.010$) muestra una correlación indirecta, es decir que si aumenta la reevaluación positiva disminuye la depresión, o viceversa, si aumentan los síntomas depresivos disminuye la estrategia descrita.

En cambio, la correlación de esta variable con las estrategias autofocalización negativa ($r=.322$, $p\leq.010$) y la expresión emocional abierta ($r=.289$, $p\leq.010$) develan una relación directa, es decir ante el aumento de las estrategias mencionadas también aumenta la manifestación de los síntomas depresivos.

Tabla 5

Correlación de Pearson entre las subescalas del CAE y el Inventario de Depresión de Beck

	BAS	RLG	EEA	FSP	EVT	AFN	REP
Sintomatología depresiva			.289**			.322**	-.308**

Fuente: la correlación es significativa al nivel de en $p \leq 0.01$ (bilateral). BAS= Búsqueda de apoyo social; RLG= Religión; EEA=Expresión emocional abierta; FSP= Focalizado en la solución de problemas; EVT= Evitación; AFN= Autofocalización negativa; REP= Reevaluación positiva (elaboración propia)

En último lugar (ver Tabla 6) existe una correlación directa con valores positivos entre la sintomatología depresiva y el estrés percibido ($r=.532$, $p \leq .010$), debido a que si aumenta el estrés percibido hay una tendencia de que aumente los síntomas depresivos.

Tabla 6

Correlación de Pearson entre el Inventario de Depresión de Beck y la escala de Estrés percibido

	Sintomatología depresiva
Estrés percibido	.532**

Fuente: la correlación es significativa al nivel de en $p \leq 0.01$ (bilateral). (Elaboración propia)

Discusión

La investigación tenía como finalidad establecer la relación entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva en pacientes con hipertensión arterial en México por lo que se pudo determinar que:

La muestra estudiada presenta un estrés percibido moderado, siguiendo a Armario et al. (2002) afirman que se han realizado numerosos estudios experimentales en animales, demostrando que un estrés agudo puede desencadenar infarto agudo de miocardio, por lo tanto, en esta muestra no se debería producir un episodio cardiaco o una hipertensión arterial elevada.

Como plantea Vinaccia et al. (2021) según datos obtenidos a través del instrumento PSS14, en hombres hipertensos privados y no privados de libertad el estrés percibido por estos últimos era alto, en este caso difiere de este estudio puesto que estos se encuentran en rango de moderado.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el grupo de estudio son reevaluación positiva, focalizado en la solución de problemas y la evitación. Esto coincide parcialmente con (Mardiana et al. 2021), donde las personas que presentan un diagnóstico de una enfermedad cardiovascular tienden a utilizar estrategias que están centradas en el problema, principalmente las enfocadas a la calidad de vida., esto coincide con los resultados encontrados puesto que la estrategia más recurrente es la focalizada en la solución de problemas, así como las evitativas tal como se presenta en el estudio de (Serrano et al., 2021).

Vásquez y Villena (2018), y Cruz (2022) afirman que el nivel de depresión en pacientes adultos con hipertensión arterial primaria no controlada es mayor que en los pacientes con hipertensión arterial primaria controlada, en este caso la muestra mostraba adherencia al tratamiento médico por lo tanto esto no sugiere que los índices de depresión eran bajos, donde difiere con lo planteado por Dois y Cazenave (2009) donde en su estudio con pacientes con hipertensión arterial evaluaron la gravedad de la sintomatología depresiva en esta población encontraron que estos presentaban ausencia de depresión coincide con los resultados encontrados puesto que la muestra estudiada presentan ausencia o mínima depresión.

En cuanto a las correlaciones entre variables, se evidencia una correlación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva por la muestra estudiada lo que coincide con los resultados encontrados por (Sousa et al., 2020 citado en Barrutia et al., 2022) en un estudio realizado con personas que presentaban una enfermedad crónica donde plantea que estos pacientes presentan síntomas de ansiedad y estrés, los cuales fomentan la aparición de un estado de ánimo depresivo, donde se evidencia que existe una asociación positiva y significativa con la depresión.

Como una de las limitaciones del estudio, es que al ser una muestra pequeña no se encuentra diferencias significativas por lo que se debería repetir el estudio con una muestra mayor, además existe una mayor cantidad de personas del sexo femenino que masculino.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA), (2014). *DSM 5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Armario, P., Hernández, R. y Martín, M. (2002). Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica*, 119 (1). [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73301-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73301-0)
- Barrutia, I., Danielli J. J., y Solano Y. E. (2022). Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38 (1), 1-19.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª. Ed.). Editorial Desclée de Brower.
- Calvarro, A. L. (2016). *Estrés Percibido, Estrategias de Afrontamiento y Bienestar Psicológico en jóvenes*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Salamanca].
- Cruz, A. E. (2022). *Ansiedad y depresión en pacientes con Hipertensión Arterial*. Hospital Santa Rosa, 2019. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo, Escuela profesional de medicina].
- Dois, A. y Cazenave, A. (2009). Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. *Revista Médica de Chile*, 137 (4), 475-480. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000400004>
- Estrada, B. D., Delgado, C., Landero, R. y González, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios *Universitas Psychologica*, 14 (1), 15-26. [Pontificia Universidad Javeriana Bogotá]. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64739086026.pdf>
- González, M.T. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from México. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206
- González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE). Validación en una muestra mexicana. 12 (2), 189-198.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023). Comunicado de prensa, número 29/23, 1-40. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>
- Laham, M. (2007). Estrés y trastornos cardiovasculares: Un enfoque cognitivo. Instituto de Psicocardiología. <http://www.psicocardiologia.com.ar/art-profesionales//estres-y-transtornos-cardiovasculares-un-enfoque-cognitivo-4.html?p=1pp>
- López, P. L. (2004). Población muestra y muestreo. Revista Punto Cero, 69-74. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>
- Mardiana I., Susanto T., y Susuamningrum LA. (2021) Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas mayores con hipertensión arterial: un estudio transversal. Cogitare Enfermagem, 26.
- Molerio, O. y García, G. (2004). Influencia del estrés en las emociones en la hipertensión arterial. Revista cubana de medicina, 43 (2-3).
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. Papeles del Psicólogo, 31, 108-121.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Las 10 principales causas de defunción. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, 26 de abril). Enfermedades no transmisibles. Consultado el 26 de abril del 2023. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023, 26 de abril). Día Mundial del Corazón: Enfermedades cardiovasculares causan 1,9 millones de muertes al año en las Américas. Consultado el 26 de abril del 2023. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7252:2012-world-heart-day-cardiovascular-diseases-cause-1-9-million-deaths-year-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Quintanilla, A. (2020). Relación entre inteligencia emocional clima social familiar de alumnos de psicología de una Universidad privada en Arequipa en el año 2019. Perspectiva de familia, 5, 11-22.

- Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud, [Regl]. Título Segundo. Capítulo 1 De los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos de julio de 2007 (México).
- Remor E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.
- Sánchez, Y. (2015). Relación entre estrés y depresión. Análisis de sus bases neurobiológicas [Tesis de Licenciatura, Universidad de Salamanca].
- Sandín, B. (1995). El estrés. *Manual de psicopatología*, 2, 3-52.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39–53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Secretaría de Salud (2015). Manual de implementación, UNEME. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-de-implementacion-uneme-ec>
- Secretaría de Salud (2023). Blog. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-30-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-secretaria-de-salud>.
- Serrano, A.C., Bermeo, D. M., Cuenca, J.D. y Hernández, Y. C. (2021). Identidad de enfermedad y afrontamiento: su rol en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos e hipertensos; Ecuador 2019. *Revista Científica Centros*, 10 (1), 17-37.
- Servicios de salud (2023, 13 de julio). Directorio de Unidades Médicas. Consultado el 13 de julio del 2023. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/directorioum2016/uneme.php>
- Sousa L, Valentim O, Marques Vieira C, Antunes AV, Severino S, y José H. (2020). Association between stress/anxiety, depression, pain and quality of life in people with chronic kidney disease. *Arq Bras Cardiol* (23), 47-53.
- Vásquez, J. C. y Villena Y. (2018). Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial primaria controlada y no controlada en policlínico Chiclayo oeste – essalud Lambayeque. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”].



Vinaccia, S., Florez, E. y Espitia, A. K. (2021). Calidad de vida, estrés percibido y bienestar subjetivo en hombres hipertensos privados y no privados de la libertad. *Gaceta Medica Caracas*, 129(3), 547-552. DOI: 10.47307/GMC.2021.129.3.3