

11241  
3  
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

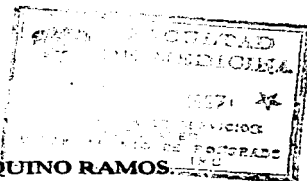
FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

**“COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA E HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**



~~OTROS~~  
**PRESENTA:**

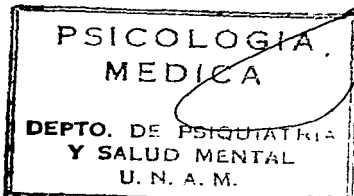
**DR. JORGE ALEJANDRO AQUINO RAMOS.**  
RESIDENTE DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO  
“FRAY BERNARDINO ALVAREZ” S.S.A.

**ASESOR TEORICO:**

**DR. CARLOS CASTAÑEDA GONZALEZ.**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO  
“FRAY BERNARDINO ALVAREZ” S.S.A.

**ASESOR METODOLOGICO:**

**DR. JORGE ANDRES PEÑA ORTEGA.**  
JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL  
GEA GONZALEZ”.



MEXICO D.F., ENERO DE 1997.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE.

I.-	TITULO.....	1
II.-	INVESTIGADORES.....	1
III.-	INTRODUCCION.....	2
	Epidemiología.....	2
	Antecedentes.....	3
	Términos.....	4
IV.-	MARCO DE REFERENCIA.....	4
V.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
VI.-	JUSTIFICACION.....	6
VII.-	OBJETIVOS.....	7
VIII.-	HIPOTESIS.....	7
IX.-	DISÑO.....	7
X.-	MATERIAL Y METODOS.....	8
	Población a estudiar.....	8
	Criterios de inclusión.....	8
	Criterios de exclusión.....	9
	Variables.....	9
XI.-	CLINIMETRIA.....	9
XII.-	PROCEDIMIENTO.....	11
XIII.-	CAPTURA DE DATOS.....	11
XIV.-	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	14
XV.-	RECURSOS.....	15
	Humanos.....	15
	Materiales.....	15
	Financieros.....	15
XVI.-	VALIDACION DE DATOS.....	15
XVII.-	CONSIDERACIONES ETICAS.....	16
XVIII.-	RESULTADOS.....	16
XIX.-	DISCUSION Y CONCLUSION.....	27
XX.-	ANEXOS.....	31
XXI.-	REFERENCIAS.....	32

## REPORTE FINAL DE INVESTIGACION.

### I.- TITULO:

**"COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA E HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL".**

### II.- INVESTIGADORES:

**DR. JORGE ALEJANDRO AQUINO RAMOS.** Residente del tercer año de la especialidad en Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" S.S.A.

**DR. CARLOS CASTAÑEDA GONZALEZ.** Asesor teórico., Director del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez" S.S.A.

**DR. JORGE ANDRES PEÑA ORTEGA.** Asesor metodológico., Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General " Dr. Manuel Gea González".

### INSTITUCION SEDE:

**HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" S.S.A.**

### III.- INTRODUCCION:

La ansiedad es algo que todos hemos experimentado alguna vez. La mayoría de las personas nerviosas se quejan de ella y la describen como su carga más terrible. Además, la ansiedad se acompaña de sensaciones físicas bien definidas, susceptibles de referirse a órganos específicos del cuerpo, muy relacionados con el corazón y con el aparato respiratorio.

En términos generales deberíamos inclinarnos a la conclusión de que la ansiedad posee su fundamento en un aumento de la excitación, que produce por un lado la cualidad de displacer y por otro, encuentra alivio mediante actos de descarga a través de canales específicos.

Por ello Freud se inclinó a considerar los estados de ansiedad como signo de peligro, ante una reproducción del trauma del nacimiento. "la separación del niño del cuerpo de la madre es el primer gran drama de la vida". Siendo el prototipo a seguir todas aquellas ocasiones en las cuales la vida se halla en peligro, para ser reproducidos para siempre en nosotros como un estado displacentero.

Los estados ansiosos se presentan como sintoma predominante, o en conjunción con otras manifestaciones de trastorno emocional; la ansiedad es un rasgo común de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas.

En ningún ámbito es tan manifiesta la evolución de la medicina psicosomática, como en el solapamiento entre la medicina cardiovascular y la psiquiatría. Aunque los vínculos entre la función psicológica y la cardíaca, siguen siendo objeto de investigación activa, muchas de las lagunas están empezando a ser llenadas dentro de los síntomas que ilustran el dilema, diagnóstico entre cardiología y psiquiatría son los trastornos por ansiedad.

### EPIDEMIOLOGIA:

Tanto en su forma aguda como crónica, el sintoma de ansiedad es un componente de casi todo trastorno psiquiátrico, y el síndrome de trastorno por pánico del que la ansiedad constituye el elemento nuclear, está indudablemente, muy extendido. Sin embargo resulta

difícil dar citas exactas sobre la incidencia de la ansiedad, en sus diversas manifestaciones, porque rara vez requiere de hospitalización de los pacientes, con sus formas leves y crónicas.

Se han estimado que un 5% de la población puede padecer una ansiedad aguda o crónica, siendo las mujeres afectadas dos veces más que el hombre; algunos estudios indican que la ansiedad tiene una pauta familiar y sugiere la posibilidad de una base genética.

## ANTECEDENTES:

Durante más de un siglo han aparecido en la literatura médica, diversas denominaciones diagnósticas probablemente sinónimas, que describen un grupo familiar de síntomas como malestares cardiacos, intolerancia al ejercicio, malestar respiratorio. En una revisión en 1817, en el American Journal of Medical Sciences., Jacob Mendez DaCosta, indicó "William Henry, soldado voluntario de la 68 División de Pennsylvania ingresó al Hospital de Filadelfia, el 2 de noviembre de 1863, realizó trabajos intensos en su regimiento y poco antes de la batalla resulto afectado por dolores punzantes en la región cardiaca tan intenso que lo obligó a caer al suelo con violentas palpitaciones".

DaCosta examinó a un gran número de pacientes, advirtió que no había evidencia de lesión estructural del corazón, y llegó a la conclusión de que la alteración del funcionamiento, el Sistema Nervioso Simpático, era la causa de estos síntomas cardiacos, y le llamo corazón irritable o síndrome de DaCosta.

La información del síndrome de DaCosta llevo a manos de Freud (1872). La ansiedad fue desplazada a los síntomas físicos, que para DaCosta constituía el núcleo del trastorno, y fue considerada el factor unificador central que organizaba y daba formas colectivas a manifestaciones somáticas.

Desde la época de Freud, hasta la actualidad, la ansiedad ha sido reconocida por los psiquiatras como entidad psicológica y, los estados ansiosos han pasado a ocupar un lugar en la familia de los trastornos emocionales.

## **TERMINOS:**

### **ANSIEDAD GENERALIZADA:**

En un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprehensión ; generalmente de causa intrapsíquica asociado con descarga del Sistema Nervioso Autónomo y que se presenta en periodos superiores de 6 meses.

#### **Diagnóstico:**

Para llegar al diagnóstico se utiliza la entrevista clínica psiquiátrica y los datos de que de ella se obtengan se cotejan con los criterios diagnósticos que pueden ser de acuerdo con el DSM-III-R.

### **HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL:**

Es una elevación de la presión arterial sistólica o diastólica, donde se desconoce la etiología, con existencia de factores predisponentes como: ambientales, dieta, estrés, y que actúan en pacientes susceptibles.

#### **Diagnóstico:**

Para llegar al diagnóstico es por medio de criterios clínicos y de medición a través de un baumanómetro de la presión arterial, por el médico cardiólogo o internista.

## **IV.- MARCO DE REFERENCIA:**

Existen factores a lo largo del desarrollo del individuo, tanto genéticos como adquiridos, que en algún momento con ciertos estímulos, logran desencadenar problemas físicos, como es en este caso la Hipertensión Arterial Esencial.

Los factores genéticos llamaron la atención ante una historia familiar de hipertensión arterial (1,2,3), cuando uno o dos de los progenitores padecían de hipertensión arterial, se observó mayor susceptibilidad a la ansiedad por lo que se considera un factor de riesgo para sus descendientes (4); Algunos estudios hablan acerca de un compromiso del Sistema Nervioso Simpático desde el punto de vista neurofisiológico que es hiperreactivo ante cambios afectivos como ansiedad (5), ocasionando defecto de acción de norepinefrina sobre receptores beta adrenérgicos, con aumento de funcionamiento vagal y que llega a ser susceptible ante problemas de ansiedad (6); otros factores son los adquiridos durante el trabajo de parto prolongado y uso de fármacos como anestésicos, cambios de perfusión ante la contracción que, ante un cerebro inmaduro provoca cambios metabólicos, siendo factor de cambios en sistema nervioso e hipersensibilidad ante cambios emocionales futuros como la ansiedad (7).

Otro rubro importante son los factores psicosociales, como marcador significativo de hipertensión en poblaciones con nivel socioeconómico bajo, ansiedad, neuroticismo, estrés y depresión (8); el estilo de vida es otro factor principalmente en personas de 40 años con roles sociales y estrés crónico, y de acuerdo a la magnitud de severidad tiene acción sobre el sistema cardiovascular (9,10,11).

Se ha observado que la población estudiantil principalmente universitarios son sometidos a cambios de estrés y ansiedad, provocando hiperactividad sobre sistema cardiovascular, con aumento de la presión arterial (12), algunos de ellos, agregaban problemas familiares, con cambios del estado de ánimo (13).

La hostilidad y afectos reprimidos representaban una causa importante en el desarrollo de hipertensión arterial esencial, catalogadas como personalidad tipo A (14); los factores son: enojo reprimido, estrés, ansiedad, aumentando más la presión arterial sistólica (15,16); las personas que reprimen afectos son aquellas que desempeñan ocupaciones en oficinas o en donde la calidad de vida no es la adecuada, como uso de alcohol, tabaquismo, asociado con riesgo de hipertensión arterial (17).

Ante un trastorno afectivo como la ansiedad asociado a enfermedades físicas (18), procedimiento odontológico (19,20) pueden incrementar un riesgo cardiovascular, particularmente hipertensión arterial por diferentes mecanismos (21), teniendo un papel



fundamental el sistema adrenocortical, provocando liberación de cortisol, con incremento de niveles séricos(22), lo que provoca liberación de catecolaminas aumentando los niveles séricos de norepinefrina, ocasionando vasoconstricción, resistencia periférica consecutivamente hipertensión arterial (23), con incremento de la ansiedad y cambiando el funcionamiento digestivo (24). En ocasiones es difícil diagnosticar hipertensión arterial ante trastornos de ansiedad, por las fluctuaciones durante el día, por lo que se considera hipertensión arterial llamada límite (25,26). Cuando se detecta la hipertensión puede dificultarse determinar la causa, si no se tiene experiencia ni conocimiento de un trastorno ansioso de fondo (27); se han propuesto estudios prospectivos al tomar mayor interés sobre aspectos psiquiátricos, ya que algunos tratamientos con ansiolíticos (como el clonazepan, amitriptilina y el clordiazepóxido) han mejorado importantemente el control de hipertensión arterial, resistente a otros tratamientos cardiovasculares (28).

Por último no hay que olvidar los diferentes grupos étnicos ya que dentro de la raza negra es la más afectada ante las situaciones ya mencionadas (29,30).

## **V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

**¿ Es el trastorno de Ansiedad Generalizada un factor asociado en Hipertensión Arterial Esencial ?.**

## **VI.- JUSTIFICACION:**

Llama la atención que pacientes que cursan con hipertensión arterial esencial en ocasiones son tratados sintomáticamente, cuando probablemente exista un trastorno primario que llegue a ocasionarlo, la hipertensión se considera un trastorno psicossomático.

Ante una historia familiar positiva de hipertensión arterial durante la juventud, tiene una significancia pronóstica adversa.

También se ha afirmado que se desarrolla ante algunas condiciones psicológicas, ambientales, sociales y dietéticos. Pero es muy improbable que un solo factor desempeñe un papel de hipertensión arterial esencial, por lo que se hace necesario llegar a determinar algunos factores que pueden contribuir a complicarla como es en este caso el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En el presente estudio se trato de investigar y asociar el Trastorno de Ansiedad Generalizada con la presencia de Hipertensión Arterial Esencial y asociar características epidemiológicas.

## VII.- OBJETIVOS:

- 1.- Obtener la frecuencia de la asociación del Trastorno de Ansiedad Generalizada con Hipertensión Arterial Generalizada con Hipertensión Arterial Esencial.

## VIII.- HIPOTESIS:

Debido a que la estructura del estudio es descriptivo, no consideramos adecuado el planteamiento de hipótesis de trabajo.

## IX.- DISEÑO:

### 1.- NUMERO DE MUESTRA:

Descriptivo: Una sola muestra poblacional.

**2.- PARTICIPACION DEL INVESTIGADOR:**

Observacional: No modifica el fenómeno.

**3.- PERIODO DEL ESTUDIO:**

Transversal: La obtención de datos fue en una sola ocasión..

**4.- TIEMPO DE LOS EVENTOS:**

Prospectivo: Los datos obtenidos fueron de eventos que se presentaron a futuro.

**X.- MATERIAL Y METODOS:**

**POBLACION A ESTUDIAR:**

La población sujeta de estudio fueron los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa y de urgencias del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez " S.S.A, durante el periodo comprendido de septiembre a diciembre de 1996, en un solo grupo.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Fueron incluidos en el presente estudio los pacientes:

- \* Pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".
- \* Hombre o mujer.
- \* Edad de 18 a 65 años.
- \* Cualquier profesión.
- \* Cualquier nivel socioeconómico.
- \* Diagnosticados como Hipertensos Esenciales.
- \* Con criterios para ser diagnosticados con Ansiedad Generalizada.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Fueron excluidos del estudio los pacientes que:

- \* **Presentaron cuadro psicótico.**
- \* **Mayores o menores a la edad mencionada.**
- \* **Pacientes que han sido tratados psiquiátricamente de manera previa.**

## **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Fueron eliminados del estudio los pacientes que:

- \* **No acudieron al servicio de Medicina Interna para su valoración.**
- \* **Que no regresaron con el resultado de la valoración.**

## **VARIABLES:**

**VARIABLES DEPENDIENTES:** Trastornos de Ansiedad Generalizada e Hipertensión Arterial Esencial.

**VARIABLES INDEPENDIENTES:** Edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad.

## **XI.- INSTRUMENTOS A UTILIZAR ( CLINIMETRIA):**

### **ENTREVISTA ESTRUCTURADA:**

Se utilizó entrevista estructurada para Trastorno de Ansiedad Generalizada, tomada del DSM-III-R ( SCID II ).

**El desarrollo de criterios diagnósticos operativos y el uso apropiado de entrevistas estructuradas ha sido fundamental para la investigación psiquiátrica.**

**En este caso la entrevista estructurada para el Trastorno de Ansiedad Generalizada consta de varios apartados, estos son:**

- \* **Tensión motora: Con cuatro criterios (temblores o agitación, tensión muscular, inquietud, fatiga).**
- \* **Hiperactividad autonómica: Con nueve criterios (disnea, palpitaciones, sudoración, boca seca, mareos, trastornos abdominales, escalofrío, micciones frecuentes, dificultad para tragar).**
- \* **Vigilancia y escrutación: Con cinco criterios ( tensión, sobresalto, distracción, irritabilidad ).**

**La entrevista es aplicada por el investigador, y codificado de acuerdo a la instrucción de la entrevista como:**

- \* **Información inadecuada: Interpretada con signo de interrogación (?).**
- \* **Ausente o falsa: Interpretada con número uno (1).**
- \* **Por debajo del umbral: Interpretada con número dos (2).**
- \* **Umbral: Interpretada con número tres (3).**
- \* **Sintoma presente: Interpretada con dos equis (XX).**

**Haciendo el diagnóstico con seis síntomas presentes.**

**Es un instrumento confiable, con validez satisfactoria, sus ventajas son:**

- \* **La conducta del entrevistador esta muy limitada por reglas del procedimiento**
- \* **Las expectativas del entrevistador están limitadas**
- \* **La interpretación del entrevistador, de los síntomas presentes a evaluar se reduce al definirlos (31).**

**En cuanto a la presencia de Hipertensión Arterial, fue suficiente con el diagnóstico del médico internista o el cardiólogo, expresado en una forma categórica (presente o ausente).**

## **XII.- PROCEDIMIENTO:**

La investigación se llevó a cabo en base al siguiente procedimiento:

- \* Inicialmente se presentó el protocolo al comité de Investigación y Ética del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", una vez autorizada se inició el trabajo clínico.
- \* Los pacientes fueron detectados por el investigador en base a los diagnósticos, en el servicio de urgencias y de la consulta externa que acudieron por primera vez.
- \* Se solicitó su cooperación y se les explicó las implicaciones del estudio a realizar.
- \* Se aplicó entrevista estructurada para Trastorno de Ansiedad Generalizada en un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos.
- \* Las entrevistas fueron calificadas y codificadas por el investigador.
- \* Se elaboró una hoja especial de vaciado en donde se captó toda la información.

## **XIII.- CAPTURA DE DATOS:**

Se diseñó una hoja especial para capturar los datos obtenidos en donde se contemplan todas las variables y parámetros de medicación. Estos datos fueron los definitivos. ( Ver tabla 1).

## COMORBILIDAD EN CRE: IRAN/URN DE ANSIEDAD GENERAL/ADA E HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

No.	NIVEL SOCIECO.	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	OCUPACION	RESIDENCIA	T.A.G	Dx HAS
1		31	M	soltero	ninguna	D.F	6	SI
2	3	28	M	casado	campesino	Edo. Hidaigo	8	SI
3	3	52	M	casado	hojalatero	D.F	9	SI
4	2	40	F	casada	hogar	D.F	7	NO
5	3	29	M	soltero	sin empleo	D.F	6	NO
6	1	56	F	viuda	costurera	D.F	6	NO
7	2	28	M	casado	comerciante	D.F	15	SI
8	1	33	M	casado	campesino	Edo. México	10	SI
9	2	36	F	casada	servienta	D.F	15	SI
10	2	40	F	casada	mesera	D.F	14	NO
11	1	47	M	casado	ferrocarrilero	D.F	9	NO
12	4	24	F	casada	hogar	Cuernavaca	11	SI
13	3	32	F	casada	hogar	D.F	10	NO
14	3	30	M	soltero	intendente	D.F	10	NO
15	2	46	M	casado	campesino	Edo. México	8	NO
16	3	45	F	casada	hogar	D.F	12	SI
17	3	31	M	separado	taxista	D.F	9	SI
18	2	53	F	viuda	hogar	D.F	9	NO
19	2	51	M	casado	pintor	Morelos	17	SI
20	1	45	F	casada	domestica	Edo. México	12	NO
21	3	52	F	casada	hogar	D.F	10	SI
22	2	61	M	viudo	pensionado	D.F	7	NO
23	2	47	F	viuda	hogar	D.F	14	NO
24	3	31	M	casado	carpintero	D.F	11	SI
25	4	62	M	casado	pensionado	D.F	9	SI
26	3	46	F	casada	domestica	D.F	8	NO
27	3	33	M	casado	herrero	D.F	10	NO
28	3	35	M	casado	panadero	Puebla	10	NO
29	1	28	F	casada	secretaria	D.F	12	SI
30	3	23	F	soltera	hogar	D.F	13	SI
31	4	34	M	casado	obrero	D.F	15	SI
32	2	41	M	casado	macenico	D.F	11	NO
33	3	43	F	casada	intendente	D.F	8	NO
34	1	52	F	casada	hogar	D.F	9	NO
35	1	29	F	casada	vendedora	D.F	12	SI
36	2	33	F	casada	Intendente	D.F	7	NO
37	2	28	M	soltero	sin empleo	D.F	13	SI
38	5	26	M	casado	comerciante	D.F	8	SI
39	5	33	M	casado	comerciante	D.F	10	NO
40	2	30	F	casada	hogar	Edo. México	11	SI
41	4	54	F	casada	hogar	D.F	9	NO
42	2	34	M	casado	sastre	D.F	12	NO
43	3	42	F	casada	domestica	D.F	12	SI
44	2	36	F	casada	costurera	D.F	9	NO
45	4	46	M	casado	panadero	Edo. México	15	NO
46	1	41	M	casado	macanico	D.F	18	NO
47	1	26	F	casada	secretaria	D.F	16	SI
48	4	30	F	casada	hogar	Cuernavaca	12	SI
49	1	29	F	casada	domestica	D.F	11	NO
50	2	50	M	casado	t. electronica	D.F	9	NO
51	2	59	M	viudo	comerciante	D.F	8	SI
52	2	38	M	casado	taxista	D.F	6	SI
53	4	36	F	soltera	vendedora	D.F	6	SI
54	1	37	M	casado	hojalatero	D.F	12	SI
55	2	32	M	casado	albañil	D.F	10	SI
56	2	41	F	casada	hogar	D.F	9	SI
57	3	44	M	casado	taxista	D.F	11	SI
58	3	38	F	casada	hogar	Edo. México	13	SI
59	3	40	M	casado	comerciante	D.F	14	NO
60	3	30	F	soltera	comerciante	D.F	12	NO
61	1	56	M	casado	obrero	D.F	15	SI
62	3	27	F	casada	hogar	D.F	15	NO
63	3	30	F	casada	hogar	D.F	10	NO

CUMULABILIDAD ENTRE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA E HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

64	2	35	F	casada	comerciante	D.F	18	SI
65	1	45	F	viuda	hogar	D.F	16	NO
66	2	54	M	casado	sin empleo	Veracruz	10	SI
67	2	47	M	casado	sin empleo	D.F	14	NO
68	3	37	M	casado	carnicero	D.F	16	NO
69	5	30	M	casado	aux.contable	D.F	9	SI
70	4	24	F	casada	tecnico T.V.	D.F	11	NO
71	1	50	M	casado	albañil	D.F	12	NO
72	1	43	F	viuda	hogar	D.F	14	SI
73	1	40	F	casada	intendente	D.F	16	SI
74	2	52	M	casado	electricista	D.F	14	NO
75	3	31	M	casado	agricultor	Guerrero	14	NO
76	3	26	M	casado	obrero	D.F	8	NO
77	5	29	M	soltero	comerciante	D.F	7	SI
78	1	50	F	viuda	cocinera	D.F	9	SI
79	3	42	M	casado	obrero	D.F	14	NO
80	3	33	F	casada	hogar	Edo. México	17	NO
81	3	29	M	casado	comercio	D.F	6	NO
82	3	43	F	casada	hogar	D.F	12	SI
83	3	29	F	casada	hogar	D.F	11	SI



#### XIV.- CRONOGRAMA:

El cronograma de las actividades fue el siguiente:

A	1	X											
C													
T	2		X		X								
I													
V	3				X	X	X						
I													
D	4								X				
A													
D	5									X			
E													
S	6										X		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		( MESES )											

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 1996.

Fecha de terminación: Diciembre de 1996.

- 1.- Revisión bibliográfica.
- 2.- Elaboración de protocolo.
- 3.- Captación de la información.
- 4.- Procedimiento y análisis de los datos.
- 5.- Elaboración de infôrma técnico final.
- 6.- Divulgación de los resultados.

## **XV.- RECURSOS:**

### **HUMANOS:**

La investigación principal estuvo a cargo del médico residente del 3er año de la especialidad en psiquiatría, adscrito al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" S.S.A.

Se apoyó con un asesor teórico ( Director del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" S.S.A.)y

Un asesor metodológico ( Jefe del Servicio de la consulta externa de Psiquiatría adscrito al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.)

### **MATERIALES:**

Instrumentos de aplicación.-

Entrevista estructurada.

Computadora.-

COMPAQ Presario 486 DX/4, 100 Mhz.

Microdisct.-

3.5" de alta densidad.

Impresora.-

H.P. Deskjet 520.

### **FINANCIEROS:**

Los gastos fueron cubiertos por el médico residente del 3er año de especialización en psiquiatría con la ayuda didáctica.

## **XVI.- VALIDACION DE DATOS:**

Los datos obtenidos se analizaron utilizando un software SYSTAT para obtener análisis no paramétrico o de distribución libre para aquellas variables nominales ( variables demográficas ).

Se llevo a cabo un análisis paramétrico para las variables de datos clinimétricos. Obteniéndose medidas de tendencia central así como medidas de dispersión.

Como el estudio que se desarrolló es de una sola muestra se utilizó estadística descriptiva: como son; la media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones o porcentajes y rangos.

## **XVII.- CONSIDERACIONES ETICAS**

“Todos los procedimientos fueron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

## **XVIII.- RESULTADOS:**

### **DESCRIPCION DEMOGRAFICA DE LA MUESTRA.**

Se incluyeron en el estudio un total de 83 pacientes (  $n=83$  ), de los cuales el 52%, (43) corresponde al sexo masculino y el 48%, (40) corresponde al sexo femenino, (ver figura 1)

La media de edad para toda la muestra fue de 38 años, con una mediana de 38 años, moda de 29 años, la desviación estándar fue de 10 años. un rango de 23 a 62 años.

**POBLACION ESTUDIADA POR SEXO**

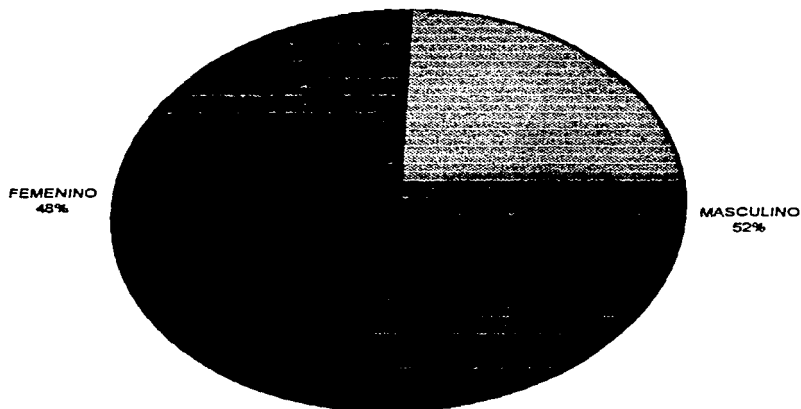


FIGURA 1

Los sujetos masculinos mostraron una media de edad de 38 años, una mediana de 35 años, moda de 31 años, la desviación estándar de 10 años y un rango de 26 a 62 años.

Los sujetos femeninos mostraron una media de edad de 37 años, una mediana de 38 años, moda de 30 años, la desviación estándar de 9 años y un rango de 23 a 59 años.

#### POBLACION ESTUDIADA POR ESTADO CIVIL.

En cuanto al estado civil, 66 de los sujetos eran casados (79%), 8 solteros (10%), 8 viudos (10%), 1 divorciado (1%). ( ver figura 2 ).

#### POBLACION ESTUDIADA POR NIVEL SOCIOECONOMICO.

El nivel socioeconómico se clasificó por el servicio de trabajo social de la siguiente manera: Nivel 1 y 2 (Nivel Bajo), 3 y 4 (Nivel Medio), 5 y 6 (Nivel Alto).

17 con bajos recursos (20%), 62 con nivel medio (75%), y 4 con nivel alto (5%).

(ver figura 3).

#### POBLACION ESTUDIADA POR OCUPACION .

La ocupación de la muestra, mostró la siguiente distribución:  
21 al hogar (25%), 28 obreros calificados (34%), 24 obreros no calificados (29%), 5 técnicos (6%), y 5 desempleados (6%).

(Ver figura No 4)

POBLACION ESTUDIADA POR ESTADO CIVIL

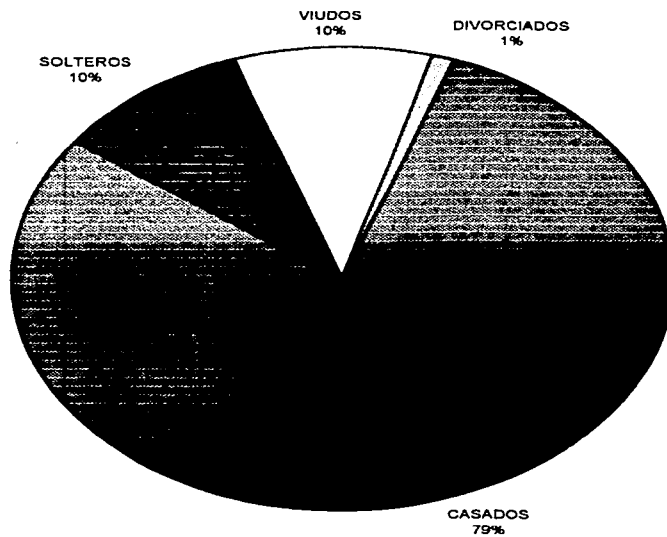


FIGURA 2

**POBLACION ESTUDIADA POR NIVEL SOCIOECONOMICO**

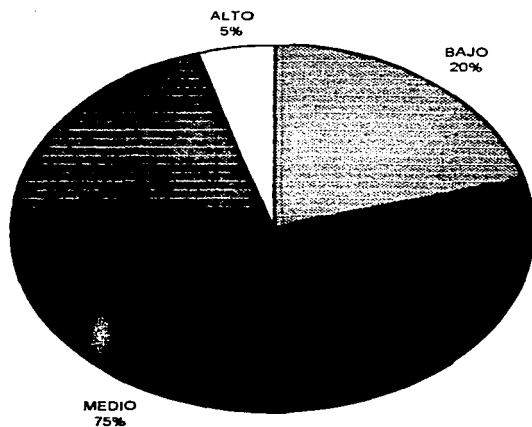


FIGURA 3

COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

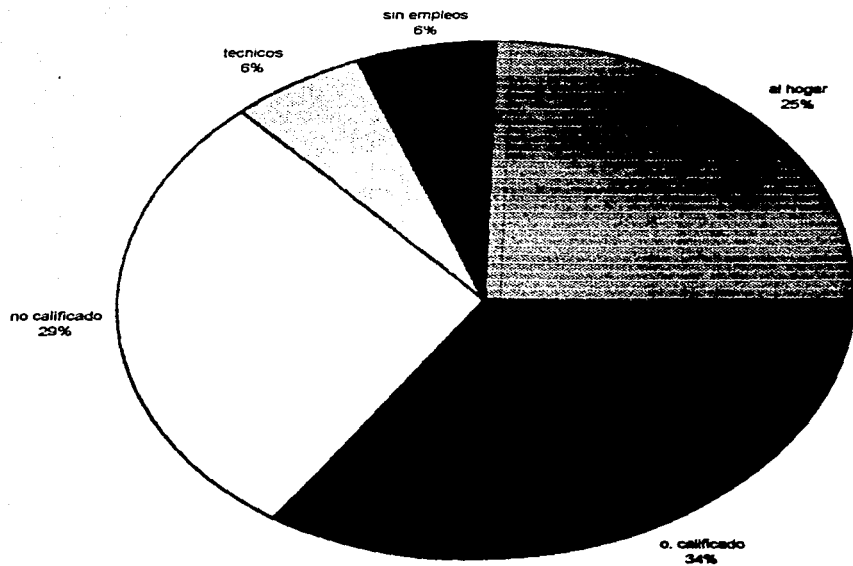


FIGURA 4



## **RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA E HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL. (clinimetría).**

Los puntajes obtenidos por la entrevista estructurada para el Trastorno de Ansiedad Generalizada ( SCID II ) DSM- III- R. T.A.G. se distribuyeron en un rango de 6 a 18 criterios, mostrando una media 11 criterios, una mediana de 11 criterios, una moda de 9 criterios, la desviación estándar fue de 3 criterios. Esto fue para toda la muestra ( n= 83). ( ver figura 5).

El resultado para los individuos del sexo masculino ( n = 43 ), se obtuvo un rango de 6 a 18 , criterios para T.A.G., con una media de 10 criterios, mediana de 10 criterios, moda de 10 criterios, la desviación estándar fue de 3 criterios. ( ver figura 6).

El resultado para el sexo femenino ( n= 40 ), se obtuvo lo siguiente: Un rango de 6 a 18 criterios para T.A.G., con una media de 11 criterios, una mediana de 11.5 criterios, una moda de 12 criterios, la desviación estándar resultó de 3 criterios. ( ver figura 7 ).

## **RESULTADOS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL.**

Del total de la muestra estudiada ( n= 83), la prevalencia de la hipertensión arterial esencial fue de 41 casos para ambos sexos, un porcentaje del 49%. ( ver figura 8 ).

### **DISTRUBUCION POR SEXO.**

La distribución de la muestra en cuanto al sexo fue la siguiente: de 40 mujeres (48%), presentaron hipertensión arterial esencial y trastorno de ansiedad generalizada, 20 mujeres, correspondientes al 50% de ellas, la media de edad de las que presentaron T.A.G. e

DISTRIBUCION DE CRITERIOS DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA.

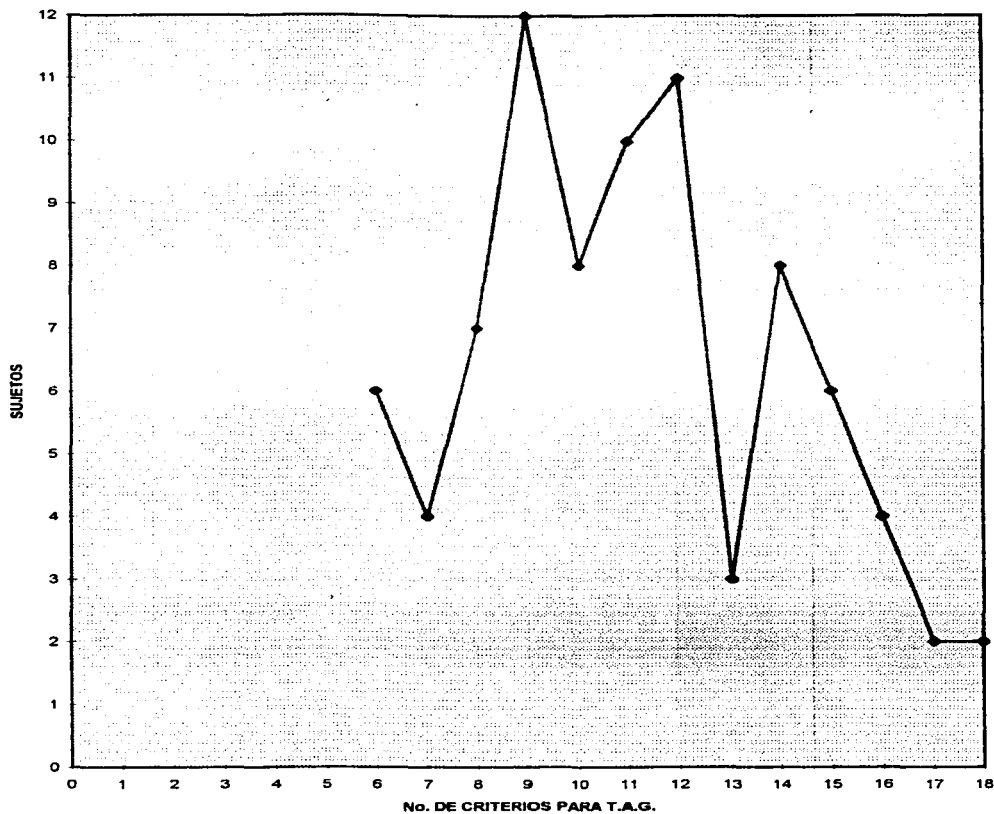


FIGURA 5

DISTRIBUCION DE CRITERIOS POR SEXO (MASCULINOS)

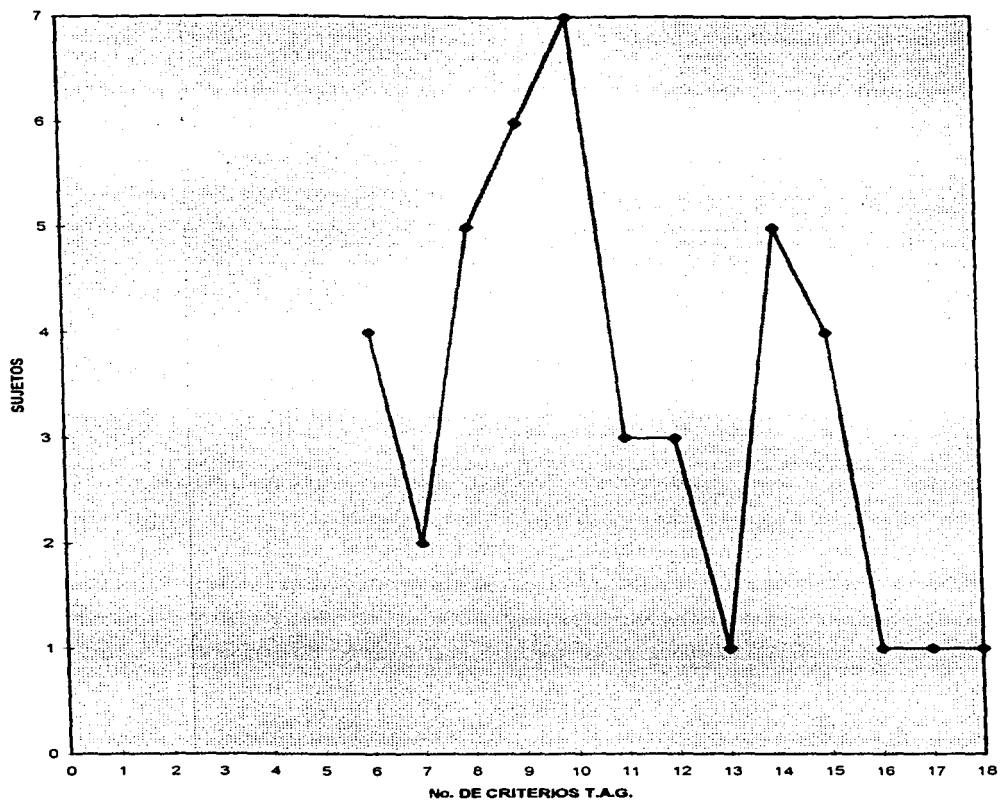


FIGURA 6

DISTRIBUCION DE CRITERIOS POR SEXO (FEMENINOS)

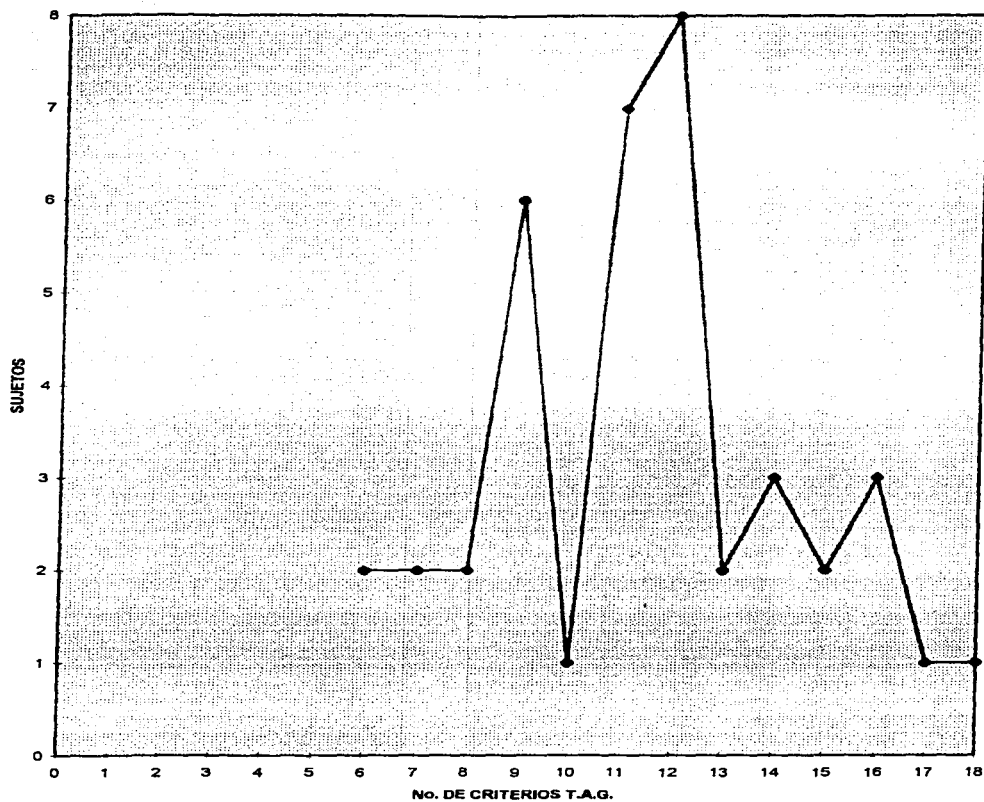


FIGURA 7

**RESULTADOS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL**

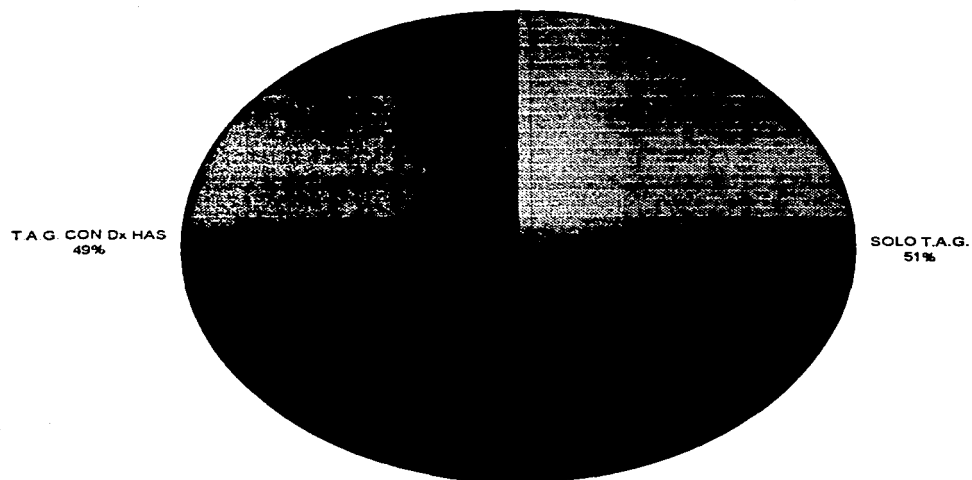


FIGURA 8

hipertensión arterial fue 35 años, con una mediana de 37 años, moda de 43 años, la desviación estándar fue de 8 años y un rango de 23 a 52 años. ( ver figura 9).

En cuanto a los sujetos masculinos la distribución fue la siguiente:

Presentaron hipertensión arterial esencial y trastorno de ansiedad generalizada; 22 masculinos, correspondientes al 51% de los hombres. La media de edad fue de 37 años, mediana de 33 años, moda de 31 años, la desviación estándar fue de 12 años, y un rango de 26 a 62 años. ( ver figura 10 ).

## XIX.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que el Trastorno de Ansiedad Generalizado y la presencia de Hipertensión Arterial Esencial es frecuente, de las 40 mujeres el 50% presentaron esta comorbilidad. De los 43 masculinos fue de un 51%.

Aunque el objetivo de nuestro estudio no pretende establecer una asociación, si sugiere la posibilidad de que en estudios ulteriores, esta prevalencia fuera comparada con otros factores, como ambientales, dietéticos, otras enfermedades médicas, lo que arrojaría datos para pensar en una diferencia importante en este rubro.

Llama la atención de los datos obtenidos que el sexo masculino fue el más afectado en comparación con el sexo femenino, y la ocupación más frecuente fue la del grupo de obreros calificados, lo que nos sugiere que probablemente este ambiente influya para llegar a ocasionar conflictos que den lugar al Trastorno de Ansiedad Generalizada primeramente e Hipertensión Arterial secundariamente. Aunado a los niveles socioeconómicos, siendo el nivel más frecuente el medio.

Sería importante en estudios ulteriores tratar de conocer cuales son los factores que dan origen al Trastorno de Ansiedad Generalizada y así obtener una visión más amplia de la frecuencia y la gravedad, ya que su evolución y efecto sobre el sistema cardiovascular llega a complicar el estado físico del individuo.

COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA E HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

DISTRIBUCION POR SEXO (FEMENINO)

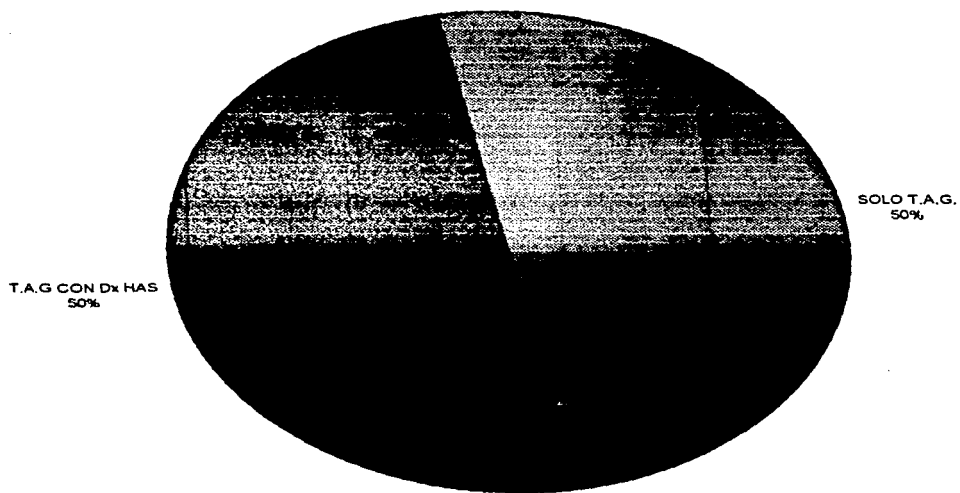
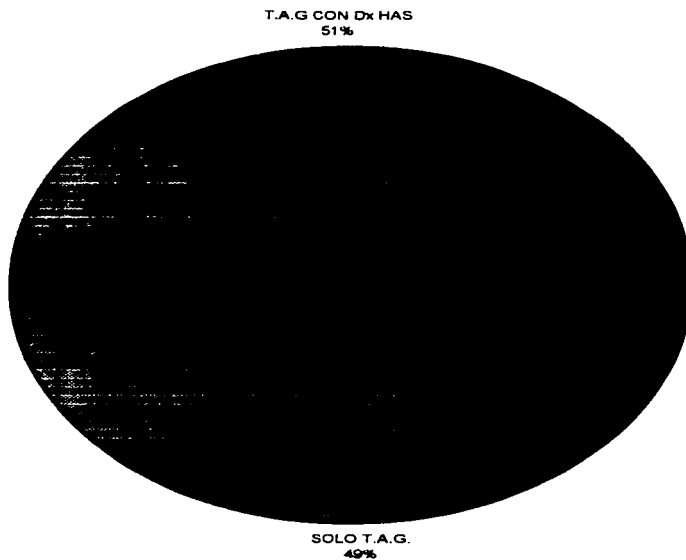


FIGURA 9

**DISTRIBUCION POR SEXO (MASCULINO)**



**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

FIGURA 10



Una observación muy personal sobre el estudio realizado, es que las especialidades de cardiología y medicina interna del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", rara vez solicitan interconsulta al servicio de psiquiatría, de igual manera de Psiquiatría a las especialidades mencionadas, y se deja que el problema evolucione a la cronicidad y en perjuicio de la persona que padece estos problemas abocándose cada una a resolver los síntomas sin reparar que la terapéutica combinada de ambas especialidades ayudaría importantemente a evitar complicaciones.

El presente trabajo constituye una aproximación al problema pero se requerirá en estudios posteriores otro tipo de diseño metodológico, pues para determinar los otros factores que dan origen al problema merece considerar a todos y cada uno de estos factores que pueden intervenir en su manifestación.

Además sería adecuado tener otra población, con otro nivel sociocultural, ya que la mayoría de las personas que incluimos en este estudio acuden al Hospital "Fray Bernardino Alvarez" por limitaciones económicas, y así de esta manera valoraríamos si el comportamiento varía de un tipo de población a otra.

**FALTA PAGINA**

No. 31

## BIBLIOGRAFIA.

1. Tower T.E., PhD, James A.: Family History of Hypertension Influences Neurobehavioral Function in Hipertensive Patiens. *Psychosom. Med.* 57: 496- 500 ( 1995 ).
2. Manuck S. B., Jacob R.: Family History of Hypertension and the Suppression of Negative Mood in Everyday Life. *Psychosom. Med.* 56: 147-180 ( 1994 ).
3. Waldstein S.R. et al .: Familial Risk for Hypertension. *Psychosom. Med.* 56: 449-456 ( 1994 ).
4. Ironson S. K., Kumar R. N.: Family History of Hypertension Influences Genectic. *Am. J. Hypertension.* 8: 17-23 ( 1995 ).
5. Polefrone J. M. et al.: Neoropsychological Performance of Young Men Who Vary in Hypertension. *Psychosom. Med.* 56: 439- 443 ( 1994 ).
6. Tancer M. E., Uhde M. B.: Heart Rate and Plasma Norepinefrine Responsivity to Orthostatic Challenge in Anxiety Disorders. *Psychosom. Med.* 52: 222- 246 (1990).
7. Brownridge P. The Nature and Consequences of Childbirth Pain. *Eur. J. Obst.-Gyn.* 59: 9-15 ( 1995 ).
8. Blaine D. et al. Similarities Within Young and Middle-Aged in Behavioral and Cardiovascular Response to Two Experimental Stressors. *Psychosom. Med.* 53: 425- 434 ( 1990 ).
9. Coelho R., Psychosocial Factors and Severity of Hypertension. *Psychosom. Med.* 53: 211-245 ( 1991 ).
- 10.Malinow J. L., Perry J. F., Blood Pressure Increases While Signin in a Deaf Population. *Psychosom. Med.* 48: 95-115 ( 1986 )
- 11.William W. Dressler. Lifestyle, Stress and Blood Pressure in a Southern Black Community. *Psychosom. Med.* 52: 182- 198 ( 1990 ).
- 12.Cubbin Ma. Brady Wilson. Gender Effects on Blood Pressures Obtained During an on Campus Screening. *Psychosom. Med.* 53: 90-100 ( 1991 ).
- 13.Jennings R. PHD. Cardiovascular Reactions and Impatience in Collage Students. *Psychosom. Med.* 46: 424- 439 ( 1984 ).
- 14.Lynch P. et al. Type a Behavior, Hostility and Cardiovascular Function at Type A. *Psychosom. Med.* 56: 147- 180 ( 1994 ).

15. Steptone A., Melville D, Behavioral Response Demands, cardiovascular Reactivity, and Essential Hypertension. *Psychosom. Med.* 46: 33- 47 ( 1984 ).
16. Wolfe A., et al. The Angry Voice: Its Effects on the Experience of Anger and Cardiovascular Reactivity. *Psychosom. Med.* 52: 631- 643 ( 1990 ).
17. Robbins A. M., Merrill F., Unmedicated Blood Pressure Levels and Quality of Life in Elderly Hypertensive Women. *Psychosom. Med.* 56: 251- 259 ( 1994 ).
18. Okada S., Ichiki K. How Blood Pressure in Patients with noninsulin- dependent Diabetes Mellitus is Influenced by Stress. *J. Intern. Med. Res.* 23: 377- 380 ( 1995 ).
19. Versiani M., Nardi AE., Program of Anxiety and Treatment for Dental. *J. Brasil Psiquiat.* 44: 99- 102 ( 1995 ).
20. Whitwam JG., Anxiogenic Reaction in Case Surgery. *Minimal. Invasive Ther. Suppl.* 4: 31- 38 ( 1995 ).
21. Hayward C. Psychiatric Illness and Cardiovascular Disease Risk *Epidemiol. Rev.* 17: 129- 138 ( 1995 ).
22. Mustafa Al Absi MS. et al., Hypertension Produce Exaggerated Adrenocortical Responsabe to Mental Stress. *Psychosom. Med.* 56: 245- 250 ( 1994 ).
23. Oliver G., PhD. Gunsher S. Venous Plasma Epinephrine Levels and the Symptoms of Stress. *Psychosom. Med.* 52: 411- 424 ( 1990 ).
24. Indrakrishnan B., Atypical Manometric Abnormality of the Lower Esoophageal Sphincter: A Procedure Related, Stress Induced Phenomenon., *Can. J. Gastroenterology.* 9: 349- 351 ( 1995 ).
25. Jerns S. Wall L., Long Term Stability of Blood Pressure and Presser Reactivity to Mental Stress in Borderline Hypertension. *Am. J. Hypertension.* 8: 20- 28 ( 1995 ).
26. Watanabe Y., Kikuchi T., Ambulatory Blood Pressure Monitoring in the Pathophysiology, Diagnosis and Treatmen of Hypertension Japan. *J. Psychosom. Med.* 35: 11- 16 ( 1995 ).
27. Kaplan NM., Southwestern Internal Medicine Conference: Dificulted to Treat Hypertension. *Am. J. Med. Sci.* 6: 339- 346 ( 1995 ).
28. Okuse S. et al. Anti-Anxiety for the Treatmen of Neurosis and Psychosomatic Disorders. *Psychosom. Med.* 2: 137- 142 ( 1995 ).

29. Somava LI., Conolly C., **Psychosocial Predictors of Hypertension in Black and White Africans.** *Am. J. Hypertension.* 2: 193- 199 ( 1995 ).
30. Treiber F.A., et. al., **Racial Differences in Hemodynamic Responses in Population.** *Psychosom. Med.* 52: 286- 296 ( 1990 ).
31. Lara Ma. Co; De la Fuente J.R., **La Confiabilidad en la Evaluación de la Ansiedad.** *Acta Psiquiat. Psicol Amer. Lat.* 33: 209-218 (1987)..
- \* Berkow R: **Cap. Hipertensión Arterial Esencial.** En: *El Manual Merck, 8a Ed.* Editorial DOYMA. pag. 429-441. 1989.
  - \* Kaplan H. **Cap. 20 Trastornos Neuróticos. Cap 25 Trastornos de Ansiedad.** En: *Tratado de Psiquiatría.* Editorial Salvat. pag. 1490-1530. 1991.
  - \* **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales., DSM III.** Ed. Española. MASSON S.A., pag. 444-448. 1980.