



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**“GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 28”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ALMA ARACELI GALICIA ROMERO

ASESORAS DE TESIS

Dra. Silvia Landgrave Ibáñez

Coordinadora De la Biblioteca “José Laguna García”
Departamento de Medicina Familiar UNAM

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Coordinador Clínico de Educación e Investigación
en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera”

No DE REGISTRO: R-2009-3609-17

CIUDAD DE MÉXICO,

2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28”**

**“GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28”**

P R E S E N T A
DRA. ALMA ARACELI GALICIA ROMERO

AUTORIZACIONES

Dra. Silvia Landgrave Ibáñez

ASESOR DE TESIS
COORDINADORA DE LA BIBLIOTECA “JOSÉ LAGUNA GARCÍA”
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM

Dra. Dulce María Rodríguez Vivas

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No 28 “GABRIEL MANCERA”

**“GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28”**

P R E S E N T A
DRA. ALMA ARACELI GALICIA ROMERO

AUTORIZACIONES

Dr. Juvenal Ocampo Hernández

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

Dra. Dulce María Rodríguez Vivas

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 28 "GABRIEL MANCERA"

AGRADECIMIENTOS

Gracias, a todas las personas que durante estos años en la residencia me enseñaron y apoyaron en los momentos difíciles, son excelentes personas que se quedaron en mi corazón. Y sobre todo estoy infinitamente agradecida con mi padre que nunca me abandona, ya llevamos muchos años de la mano y es mi gran ejemplo a seguir para superarme cada día de mi vida.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**“GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA UMF
No. 28”**

AUTORES: Dra. GALICIA ROMERO ALMA ARACELI. UMF No 28. México, D. F.

OBJETIVO: Identificar el grado de ansiedad en pacientes portadores de Hipertensión Arterial.

MATERIALY METODOS:

Diseño: Prospectivo, trasversal, descriptivo, y observacional. Se realizó en pacientes derechohabientes de la UMF No. 28 del IMSS, con de hipertensión arterial sistémica, sin distinción de sexo o edad, y que aceptaron contestar el **cuestionario** de ansiedad de Hamilton. El **tamaño de la muestra** se calculo de forma probabilística con base a la prevalencia de la enfermedad, para un estudio prospectivo para una variable dicotómica, obteniéndose 104 pacientes, y cuya **selección** fue no aleatoria. De abril del 2007 a marzo del 2008. El **análisis estadístico** se llevó a cabo a través del programa SPSS 15, con el cual se obtuvo estadística descriptiva.

RESULTADOS: Al aplicar el test de ansiedad de Hamilton se obtuvo que 43 (41.3%) pacientes no presentan ansiedad, mientras que 61 (58.7 %) pacientes presentan algún grado de ansiedad, predominando en el sexo femenino amas de casa, en cuanto al estado civil las personas casadas presenta un grado más severo de ansiedad. De los 104 pacientes estudiados 60 (57.7%) fueron del sexo femenino y 44 (42.3%) fueron del sexo masculino, el grupo de edad de mayor frecuencia fue de 46 a 63 años, la ocupación que predominó fue ama de casa con una frecuencia de 28 (26.9%) seguida de pensionado jubilado con frecuencia 27 (26.0%). Del total de pacientes estudiados 93 viven con su familias (89.4%) y 11 (10.6%) viven solos.

CONCLUSIONES: El test aplicado maneja un gran número de síntomas que se pueden presentar en diversas patologías crónico degenerativas, dando lugar a que se presenten diagnósticos no confiables de ansiedad.

PALABRAS CLAVE: *Medicina Familiar, Hipertensión arterial, Ansiedad, Test Ansiedad Hamilton.*

INDICE

1 Marco Teórico	
1.1 Hipertensión Arterial.	1
1.2 Planteamiento del Problema	7
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivos	9
1.5 Hipótesis	10
2 Materiales y Métodos	10
2.1 Tipo de Investigación	10
2.2 Diseño de Investigación	11
2.3 Población, lugar y tiempo	12
2.4 Ubicación Temporal y Espacial de la población	12
2.5 Muestra	12
2.6 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	13
2.7 Variables	14
2.8 Diseño Estadístico	20
2.9 Fuente de Datos	20
2.9.1 Instrumentos de Recolección de Datos	20
2.9.2 Método de Recolección de Datos	21
2.9.3 Cronograma	22
2.10 Maniobra Para Evitar y Controlar Sesgos	24
2.11 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	25
2.12 Consideraciones Éticas	25
3 Resultados	26
4 Discusión	36
5 Conclusiones	37
6 Bibliografía	38
7 Anexos	40

1 MARCO TEÓRICO

1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

1.1.1 DEFINICIÓN:

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida. La importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento por que no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.

1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA:

La prevalencia mundial es alta según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año de 1991 ya existían más de 900 millones de pacientes hipertensos.

En México la prevalencia es de 30.05% es decir más de 15 millones (34.2% en hombres y 26.3 en mujeres) en el caso de la tasa de incidencia existe el subregistro sin embargo los datos proporcionados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud permite establecer la presencia de un incremento en los últimos años, siendo los estados del norte los más afectados.^{1,2,3}

1.1.3 ETIOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO:

La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para la prevención, manejo y control de la hipertensión arterial.

La prevención primaria es una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo, para tener éxito se tiene que educar al paciente advirtiéndole los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar, en algunos casos es el único tratamiento que se requiere.

Las modificaciones en el estilo de vida, son fundamentales antes de iniciar el tratamiento con fármacos, por lo que conviene tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Reducir sobre peso
2. Reducir la ingesta de sal
3. Consumir frutas, verduras, legumbres y alimentos con alto contenido en fibra
4. Sustituir grasas saturadas por polinsaturadas
5. No ingerir alcohol
6. No fumar
7. Realizar ejercicio físico dinámico regular
8. Practicar técnicas de relajación ^{2,4}.

1.1.4 FISIOPATOLOGÍA:

La patogénesis de la hipertensión induce cambios estructurales bajo los términos de remodelación e hipertrofia sobre las arteriolas, lo que traduce un incremento en las resistencias. El proceso de remodelación involucra cambios en uno o más de los siguientes eventos: crecimiento celular, muerte celular, migración celular y producción o degradación de la matriz extracelular esto es dependiente de la interacción dinámica entre factores de crecimiento generados localmente, sustancias vasoactivas y estímulos hemodinámicos.

Los pacientes hipertensos no tratados tienen una probabilidad elevada de morir de enfermedad coronaria o de insuficiencia cardiaca (50%), de enfermedad cerebrovascular (33%), o de insuficiencia renal (10 a 15%)...El tratamiento de la hipertensión arterial tiene conocidos efectos sobre la historia natural del padecimiento, en particular en la reducción de la morbimortalidad debida a causas cerebrovasculares y cardiovasculares. ³

1.1.5 CLASIFICACIÓN:

De acuerdo a la OMS, el límite para definir un paciente como hipertenso, es > 140 mmHg en la presión sistólica y/o una elevación >de 90 mmHg en la diastólica.

CLASIFICACION DE LA TA	TA SISTÓLICA	TA DIASTÓLICA
Normal	<120	<80
Pre-hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión I	140-159	90-90
Hipertensión II	≥160	≥100

Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto Sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión. ⁷

1.1.5 DIAGNÓSTICO:

La exploración física deberá incluir una medición apropiada de la TA, con verificación del brazo contralateral; exploración del fondo de ojo; índice de masa corporal calculada como el peso en kilogramos dividido entre el cuadrado de la estatura en metros (también pudiera ser útil medir la circunferencia de cintura); auscultación de ruidos carotídeos, abdominales y femorales; palpación de la glándula tiroides; exploración completa del corazón y pulmones; exploración del abdomen para riñones de mayor tamaño, masa y pulso aórtico anormal, palpación de extremidades inferiores para edema y pulsos; y evaluación neurológica:

Las pruebas de laboratorio de rutina recomendadas antes de iniciar el tratamiento incluyen un electrocardiograma, análisis de orina, glucemia, y hematocrito; potasio, creatinina séricos (o índice de filtración glomerular estimado correspondiente), calcio, y un perfil de lípidos (después de un ayuno de 9 a 12 horas) que incluya colesterol de lipoproteínas de alta densidad, colesterol de lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos. Pruebas opcionales incluyen la medición de excreción de albúmina en orina o relación albúmina/ creatinina. ^{6,7}

1.1.6 TRATAMIENTO:

El costo de su atención es multimillonario, y en general al tratarse de padecimientos no curables, sino únicamente controlables, requerirán de atención médica y tratamiento farmacológico de por vida. En los primeros estadios, la hipertensión arterial es factible de mejorar con modificaciones en el estilo de vida, pero si persisten las cifras tensionales en el rango elevado, se evalúa cuidadosamente la farmacoterapia.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO: Modificación en el estilo de vida, como bajar de peso, plan de alimentación, ejercicio físico y moderación en el consumo de alcohol.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: La base del tratamiento antihipertensivo son los diuréticos tipo tiazidas, la segunda elección son los beta bloqueadores y por último los inhibidores de la ECA.

Dependiendo de la patología asociada se normaran los tratamientos específicos: *Insuficiencia cardiaca*: diuréticos, b-bloqueados, inhibidor de la ECA, ARA, BCC, antagonistas de aldosterona. *Post- infarto del miocardio*: b- bloqueador, inhibidor de IECA, antagonistas de aldosterona.

Riesgo elevado de enfermedad coronaria: inhibidor de la ECA, ARA. *Diabetes*: diurético, b-bloqueados, inhibidor de la ECA, ARA, BCC. *Enfermedad renal crónico*: inhibidor de la ECA, ARA. *Prevención de apoplejía recurrente*: diurético e inhibidor de la ECA. ^{5,8}

1.1.7 ANSIEDAD

Origen de la palabra ansiedad.

El término ansiedad, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Angustias, así como "angor", "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras.

Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre.

Panorama estadístico de la ansiedad en México y América latina Asociación Psiquiátrica Americana (1995).

Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo.

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas.

La ansiedad es un estado emocional, displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar; frecuentemente se acompañan de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

Se define también como un estado o sensación de aprensión, desasosiego. Agitación incertidumbre y temor, resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más externo, cuya fuente puede ser desconocida o no puede determinarse. Este puede ser consecuencia de una respuesta racional ante determinada situación que produce tensión, como pasar un examen o solicitar un empleo, o de una preocupación general sobre las incertidumbres de la vida.

La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados, que van desde inquietudes menores hasta temblores notables, e incluso crisis de angustia completa, el tipo mas extremo de ansiedad.¹⁴

La evolución de la ansiedad también varía, con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o días. La duración también varía de algunos segundos a horas o incluso días o meses, aunque los episodios de angustia por lo general se reducen dentro de los 10 minutos y rara vez dura más de 30 minutos.

Los signos y síntomas consisten en un período de miedo o incomodidad intenso en el cuál de desarrollan cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Palpitaciones
- Transpiración
- Temblor o agitación
- Sensación de falta de aliento o asfixia
- Sentimiento de atragantarse
- Dolor en el pecho o incomodidad
- Nauseas o malestar abdominal
- Mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo
- De realización miedo a perder el control
- Miedo a morir
- Parestesias
- Destellos de frío o de calor

Los tipos de ansiedad: son *ansiedad espontánea*: que es la que surge de manera inesperada. *ansiedad manifiesta*: cuando ocurre como respuesta a situaciones específicas. *ansiedad anticipatorio*: es el término que se utiliza para describir la ansiedad desencadenada por el simple pensamiento de situaciones particulares.^{9,10, 11, 12,}

La ansiedad comúnmente se presenta como una manifestación de la preocupación apropiada a cerca de los trastornos médicos y psiquiátricos.

Existen diversas escalas de evaluación de la ansiedad; en este caso se mencionara el:

1.1.8 TEST PSICOMETRICO PARA ANSIEDAD DE HAMILTON

Fue desarrollada por el médico psiquiatra alemán Max Hamilton en 1959 con el fin de poder evaluar la severidad de la sintomatología ansiosa para poder objetivar la respuesta al tratamiento.

Consta de 14 ítems que avalúa diferentes aspectos del cuadro clínico de ansiedad. Cada ítem lleva una puntuación que tiene un rango de 0 a 4 puntos, el puntaje 0 representa la inexistencia del síntoma. Se considera normal hasta un puntaje menor de 8, a mayor puntaje mayor severidad de la ansiedad.^{15,16}

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Hipertensión Arterial considerada como el enemigo oculto, dadas las implicaciones que el riesgo conlleva, patentado en el resultado de las estadísticas que muestran que un gran porcentaje de las accidentes cerebrovasculares tiene como víctimas a personas hipertensas. A esto se suma la alta incidencia de los estados de angustia, derivados del estrés, tienen en la Hipertensión Arterial, por lo que en esta investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el grado de ansiedad que se presenta en pacientes portadores de Hipertensión Arterial de la unidad de Medicina Familiar No. 28?

1.3 JUSTIFICACIÓN:

Debido a que la hipertensión arterial es el padecimiento crónico degenerativo más frecuente en México y una de las principales causas de consulta en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida, se realizara el presente estudio para conocer la relación entre la enfermedad cardiaca y los estados psicoemocionales.

El interés por la relación de enfermedad cardiovascular y trastornos mentales, especialmente ansiedad y depresión ha originado aumento en las investigaciones de la biología, epidemiología y la salud pública, esta asociación ha conducido a evaluar de manera cuidadosa a los pacientes que las sufren de forma comórbida y establecer un cuidadoso tratamiento que involucra psicoterapias, psicofarmacología antidepresiva y ansiolítica con mínimos riesgos cardiovasculares.

La ansiedad es un factor que influye en el perfil psicobiológico del sujeto teniendo reacciones neurobiológicas, cardiovasculares que pueden contribuir a provocar problemas de hipertensión, esta determinación permitirá diferenciar su vulnerabilidad integrando así su diagnóstico y tratamiento de modo interdisciplinario.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el grado de ansiedad que se presenta en pacientes portadores de Hipertensión Arterial en la unidad de Medicina Familiar No. 28.

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- a) Evaluar el grado de síntomas somáticos que presenta el paciente.
- b) Evaluar el grado de síntomas cardiovasculares que presenta el paciente.
- c) Conocer el grado de síntomas respiratorios que presenta el paciente.
- d) Analizar el grado de síntomas gastrointestinales que presenta el paciente.
- e) Evaluar el grado de síntomas genitourinarios que presenta el paciente.
- f) Conocer el grado de síntomas del sistema nervioso autónomo.
- g) Determinar si el grado de ansiedad esta relacionada con la presencia diagnóstica de HAS en pacientes de la UMF No. 28.
- h) Realizar el diagnóstico temprano de ansiedad en pacientes hipertensos de la UMF No. 28
- i) Orientar a los pacientes con diagnóstico de ansiedad a iniciar un tratamiento adecuado para mejorar su control de presión arterial sistémica y su calidad de vida.
- j) Sensibilizar a los médicos del primer nivel de atención sobre la importancia de realizar el diagnóstico de ansiedad en pacientes hipertensos.

1.5 HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS VERDADERA:

- H1: Los pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica tienen un grado de ansiedad elevado.

HIPÓTESIS NULA:

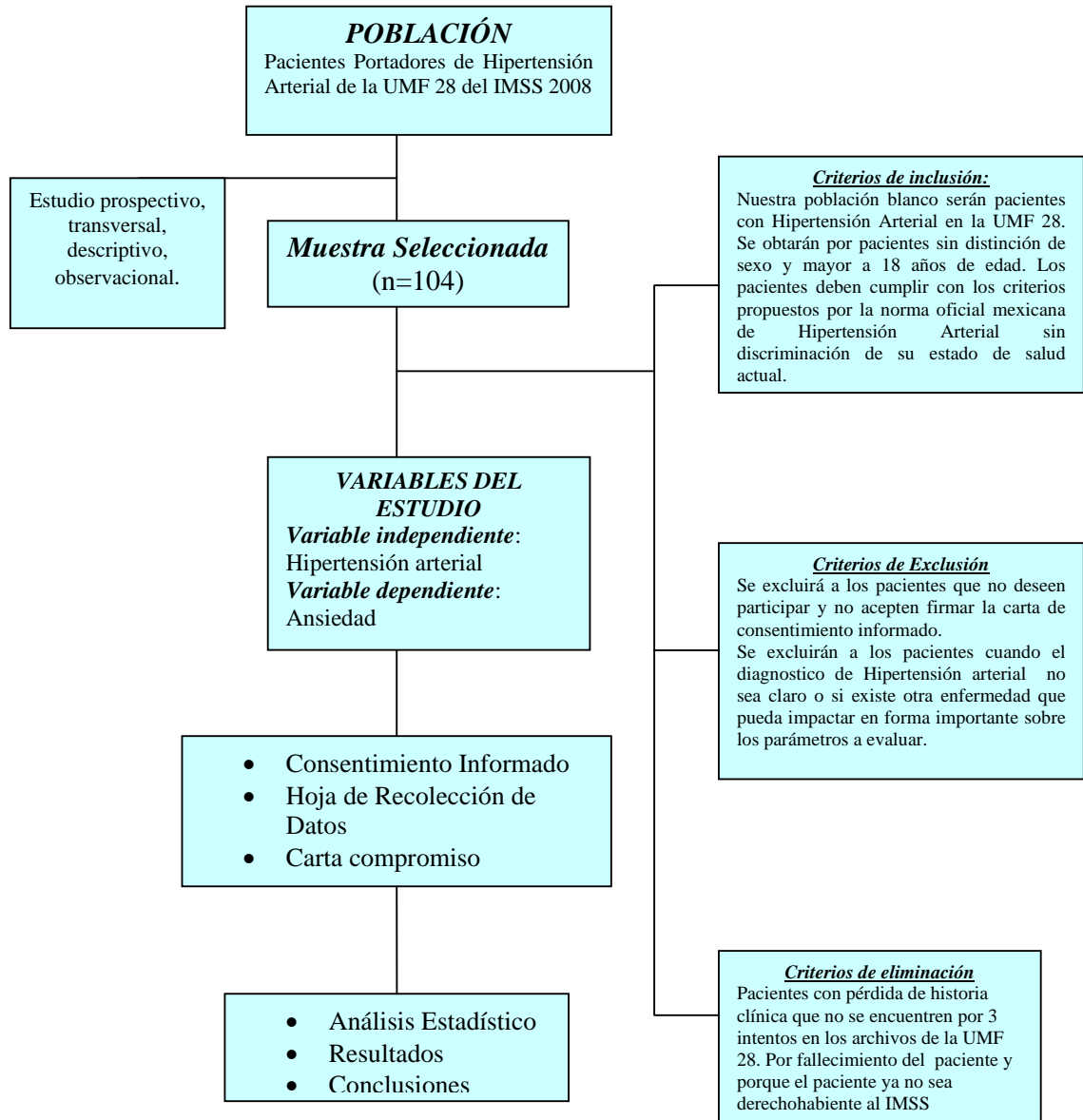
- H0: Los pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica no presentan ningún grado de ansiedad.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de recurrencia de los hechos y registros de la información: *PROSPECTIVO*.
2. Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: *TRASVERSAL*.
3. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: *DESCRIPTIVO*.
4. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: *OBSERVACIONAL*.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



2.3 POBLACIÓN Ó UNIVERSO:

El estudio se realizo en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

2.4 UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizo en la unidad de Medicina Familiar No. 28. “Gabriel Mancera”. Se encuentra ubicada en la colonia del valle, que se encuentra en el Distrito Federal. Que se realizo en Abril del 2007 a Marzo del 2009.

2.5 MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo fue de 104 pacientes con un intervalo de confianza (IC) de 95% y una proporción de 0.75; siendo una muestra no aleatoria, no representativa debido a que se utilizó una fórmula para una población de referencia finita y menor a 10 000 elementos, la cual es la siguiente: ¹⁸

$$\text{No} = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right]}$$

Donde los valores a sustituir y su definición son:

z = Valor de la probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra: 95% (1.96).

p y q = valor de probabilidad de éxito o fracaso ($p=0.75$, $q=0.25$).

E = error muestra que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad: 10% (0.10).

N = población o universo de donde se extrae la muestra: con un total de 800 pacientes subsecuentes registrados en el archivo de la UMF 28 con el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

La población diana fueron pacientes hipertensos sin distinción de sexo y mayores de 18 años de edad, adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 28, en tratamiento farmacológico, con o sin co-morbilidad que acepten participar, sean regulares a su consulta. No tener diagnóstico de ansiedad.

2.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron a los pacientes sin tratamiento que no deseen participar o no acepten firmar la carta de consentimiento informado, así como también aquellos que padezcan de enfermedad psiquiátrica diagnosticada (Esquizofrenia, trastorno bipolar, TCO, etc.). A pacientes menores de edad o con diagnóstico establecido de ansiedad.

2.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes con pérdida de historia clínica que no se encuentren por 3 intentos en los archivos de la UMF No. 28. Por padecimiento del paciente y porque el paciente ya no sea derechohabiente al IMSS, no contesten el test completo en una sola aplicación.

VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE.

2.7.1.1 VARIABLE DEPENDIENTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La ansiedad es un estado disfórico (desagradable) semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta aparente de peligro. Es una situación de aprensión, anticipación o temor al posible peligro. La ansiedad se define a veces como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Los Criterios Diagnósticos de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión) para el trastorno de ansiedad generalizada exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV).

La escala de ansiedad de Hamilton es un test validado, se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente =0; leve=1;

Moderado =2; severo=3; y grave= 4.

2.7.1.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La hipertensión se define como una elevación de la presión arterial que coloca al paciente en riesgo alto de daño de órganos blanco en varios lechos vasculares p. ej, la retina, el cerebro, el corazón, los riñones y las grandes arterias. La hipertensión, definida como una presión arterial mayor de 140/90 mmHg.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Para fines de este protocolo se considerara como hipertenso a aquel paciente con diagnostico confirmado de Hipertensión Arterial Sistémico que cumpla con los criterios de inclusión de este protocolo.

2.7.2 TIPO DE ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS

2.7.2.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

CODIGO*	OCUPACIÓN
1	AMA (O) DE CASA (Hogar)
2	JUBILADO/PENSIONADO
3	DESEMPLEADO (Sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)
4	SUBEMPLEADO (vendedor informal, ambulante, etc.)
5	CAMPESINO
6	ARTESANO
7	OBRERO
8	CONDUCTOR DE AUTO, CAMIONETA O CAMIÓN
9	TÉCNICO (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)
10	EMPLEADO (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)
11	PROFESIONAL (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicológicos, etc.)
12	ARTISTA (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)
13	COMERCIANTES ESTABLECIDOS (tiendas o negocios)

	formales hasta con 5 trabajadores o familiares a sueldo)
14	EMPRESARIO (dueño de organizaciones, industria o servicios establecidos legalmente)
15	DIRECTIVO (ejecutivo, gerentes, directores, etc.)
16	SERVICIOS DIVERSOS (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.)
17	OTRAS OCUPACIONES NO ESPECIFICADAS

2.7.2.2 VARIABLES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE VARIABLE
AÑOS DE PORTAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CUANTITATIVA	CONTINUA	1=1 año 2=mas de un año

2.7.2.3. VARIABLES DE ANSIEDAD DEL TEST DE HAMILTON

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
ESTADO ANSIOSO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	0. AUSENTE 1. INTENSIDAD LEVE 2. INTENSIDAD MODERADA 3. INTENSIDAD GRAVE 4. TOTALMENTE INCAPACITADO
TENSIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	•
TEMORES	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
INSOMNIO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
FUNCIONES INTELECTUALES	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
HUMOR DEPRESIVO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•

SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	
SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
SÍNTOMAS CARDIO-VASCULARES	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
SINTOMAS RESPIRATORIOS	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
SÍNTOMAS GASTRO-INTESTINALES	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
SÍNTOMAS GENITO-URINARIOS	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•
CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	•

2.7.2.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA
EDAD	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Que al momento del estudio se especifique los años cumplidos de la persona en estudio
SEXO	Se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	Que al momento del estudio se especifique si es hombre o mujer
ESTADO CIVIL	Se refiere a la situación de derecho, clasificándose la población en cinco grupos: solteros, Casados, viudos, separados y divorciados.	Que al momento del estudio se especifique que situación de derecho presenta nuestro individuo en estudio
ESCOLARIDAD	Periodo durante el cual se asiste a la escuela	Que al momento del estudio se especifique el periodo durante el cual asistió a la escuela

OCUPACIÓN	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo.	Que al momento del estudio se especifique las funciones, obligaciones y tareas que desempeña el individuo en cuestión
DEPENDENCIA ECONÓMICA	Necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, en este caso que implique apoyo de dinero.	Que al momento del estudio se especifique si depende económicamente o no de otras personas
VIVIR CON	Vivir en una casa o lugar con compañía o sin compañía	Que al momento del estudio especifique con quien vive
INFORMACION DE SU ENFERMEDAD	Conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre el tema de la enfermedad en estudio	Que al momento del estudio especifique si se le proporcionó información acerca de su enfermedad o no se le proporcionó
TRATAMIENTO	Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos (véase fisioterapia) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas	Que al momento del estudio especifique que tipo de tratamiento recibe

2.7.2.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS DEL TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA
ESTADO ANSIOSO	Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	Que en el momento de estudio esté presente o ausente
TENSIÓN	Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil,	Que en el momento de estudio esté presente o ausente

	temblores.	
TEMORES	A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	Que en el momento de estudio esté presente o ausente
INSOMNIO	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio.	Que en el momento del estudio sea buena o mala.
FUNCIONES INTELECTUALES	Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	Que en el momento del estudio sea buena o mala.
HUMOR DEPRESIVO	: Pérdida de interés, falta de placer a los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado.	Que en el momento del estudio sea buena o mala.
SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES	Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar los dientes.	Que en el momento del estudio sea buena o mala.
SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES	Zumbido de oídos, visión borrosa, aleadas de frío o calor, sensación de debilidad.	Que en el momento de estudio esté presente o ausente
SÍNTOMAS CARDIO-VASCULARES	Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial pulsaciones vasculares pronunciadas.	Que en el momento de estudio esté presente o ausente
SINTOMAS RESPIRATORIOS	Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo suspiros, disnea.	Que en el momento de estudio esté presente o ausente
SÍNTOMAS GASTRO-INTESTINALES	Dificultad al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, nauseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	Que en el momento de estudio esté presente o ausente
SÍNTOMAS GENITO-URINARIOS	Micciones frecuentes, micción urgente, ameno menorragia, frigidez, eyaculación precoz. pérdida de libido, impotencia sexual	Que en el momento de estudio esté presente o ausente
SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración,	Que en el momento de estudio esté presente o ausente

	vértigo, cefalea	
CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST	Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	Que en el momento de estudio esté presente o ausente

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tamaño de la muestra se calculo de forma probabilística, en base a su prevalencia, para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, evitando así sesgos por calculo de tamaño de muestra. Además a las variables dicotómicas se aplico la prueba estadística de Ji cuadrada.

2.9 FUENTE DE DATOS

2.9.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se diseño un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como son numero de folio, turno del paciente, nombre del paciente, edad, estado civil, ocupación, además que se agregaron variables de la enfermedad a estudiar y el instrumento de evaluación familiar.

2.9.2 MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó una entrevista individual a los pacientes que asistan a consulta de forma ordinaria en unidad de estudio correspondiente y en grupos a aquellos pacientes que asista a plática de trabajo social. Se dará un tiempo de 30 minutos para la realización del instrumento de evaluación de ansiedad.

Materiales

- ◆ 230 copias del test.
- ◆ 230 copias del consentimiento informado.
- ◆ Lápices.
- ◆ Tablas para recargarse.
- ◆ 1 computadora con acceso a Internet con programa SPSS.
- ◆ Laboratorio UMF 28.
- ◆ Auditorio UMF 28.

2.9.3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UMF No. 28.

ACTIVIDAD	2007											2008											2009	
	MES																							
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Título del proyecto	■																							
Antecedentes del tema		■	■	■																				
Marco teórico				■	■	■																		
Bibliografía					■	■	■																	
Portada (Hoja frontal)						■																		
Marco teórico							■																	
Planteamiento del problema								■																
Justificación									■															
Objetivos: general y específico										■														
Hipótesis											■													
Material y métodos												■	■											
Diseño de investigación del estudio														■										
Población, lugar y tiempo															■									
Muestra																■								
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación																	■							
Variables (tipo y escala de medición)																		■						
Definición conceptual y operativa de las variables																			■					
Diseño estadístico																				■				
Instrumentos de recolección de datos																					■			
Métodos de recolección de los datos																						■		
Maniobras para evitar o controlar sesgos																							■	
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio																								■
Consideraciones éticas																								■
Registro y autorización del proyecto																								■

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2008												2009											
	MES																							
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recolección de datos 30% de muestra y almacenamiento En base de datos																								
Recolección de datos 60% de muestra y almacenamiento en Base de datos																								
Recolección de datos 90% de muestra y almacenamiento en Base de datos																								
Recolección de datos 100% de muestra y almacenamiento en Base de datos																								
Análisis estadístico de la información. Descripción de resultados. Conclusiones del estudio.																								
Integración y revisión final.																								
Aprobación e impresión final de Tesis.																								

2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se aplico el test ansiedad de Hamilton en forma individual o grupal. Se aplico a paciente sin distinción de sexo, mayores de 18 años que puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. No debe hacerse mención de lo que el test se obtendrá como resultado al inicio de la aplicación. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no este seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

2.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto orientación de la realización de la investigación de los asesores clínico y experimental. Para la realización de esta investigación se contó con una computadora Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, disquetes de 3/2, disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de ansiedad de Hamilton y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por residente de primer grado de medicina familiar.

2.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Identificación del grado de ansiedad en pacientes hipertensos de la UMF 28, se encuentra en anexos.

3. RESULTADOS

3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

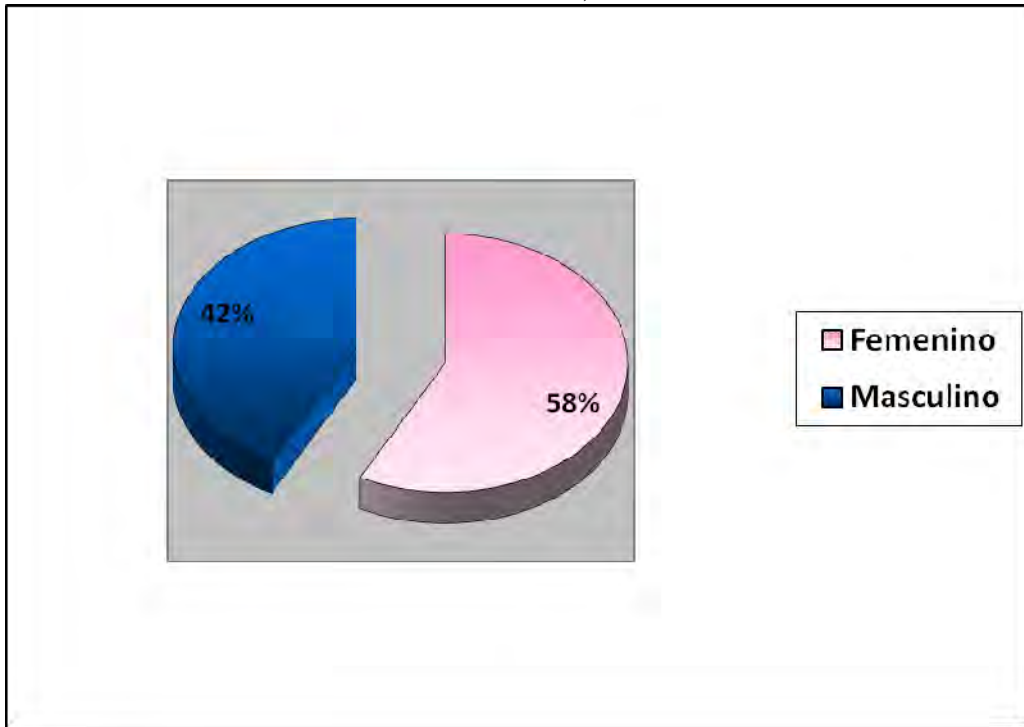
Se realizó un estudio descriptivo y transversal, que incluyó a un total de 104 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión.

Tabla 1.
Distribución por sexo en pacientes hipertensos
UMF # 28 IMSS, 2008

Sexo	Número de casos	%
Femenino	60	57.7
Masculino	44	42.3
Total	104	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Gráfica 1.
Distribución por sexo en pacientes hipertensos
UMF # 28 IMSS, 2008



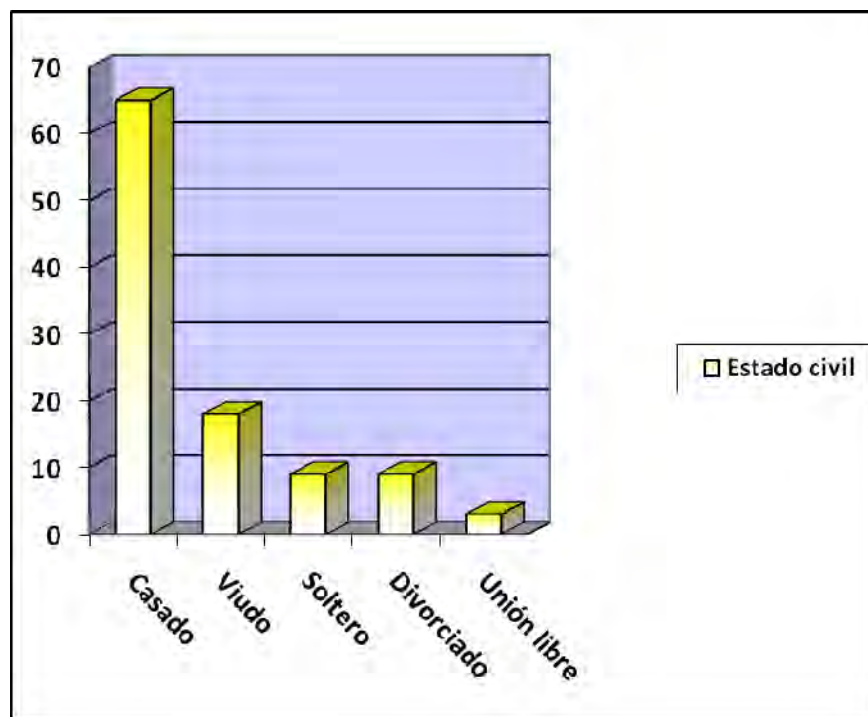
Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Tabla 2.
Distribución por estado civil en pacientes hipertensos
UMF # 28 IMSS, 2008

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	65	62.5
Viudo	18	17.3
Soltero	9	8.7
Divorciado	9	8.7
Unión libre	3	2.9
Total	104	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Gráfica 2.
Distribución por estado civil en pacientes hipertensos
UMF # 28 IMSS, 2008



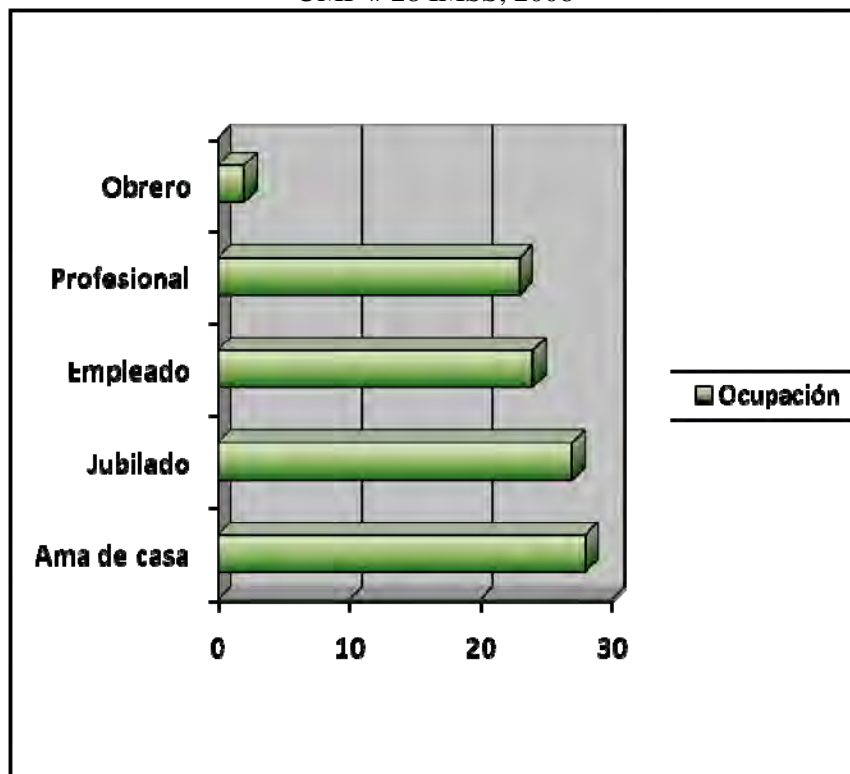
Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Tabla 3.
Distribución por ocupación en pacientes hipertensos
UMF # 28 IMSS, 2008

Sexo	Frecuencia	%
Ama de casa	28	26.9
Jubilado	27	26.0
Empleado	24	23.1
Profesional	23	22.1
Obrero	2	1.9
Total	104	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Gráfica 3.
Distribución por ocupación en pacientes hipertensos
UMF # 28 IMSS, 2008



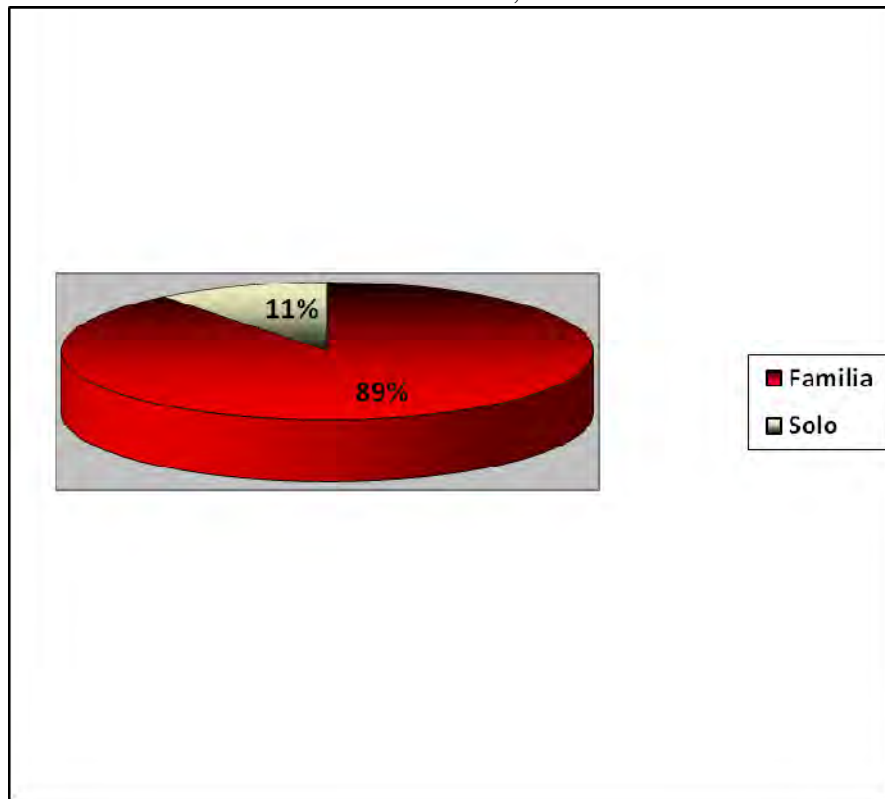
Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Tabla 4.
Distribución según con quién vive el paciente hipertenso
UMF # 28 IMSS, 2008

Sexo	Número de casos	%
Familia	93	89.4
Solo	11	10.6
Total	104	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Gráfica 4. Distribución según con quién vive el paciente hipertenso
UMF # 28 IMSS, 2008



Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

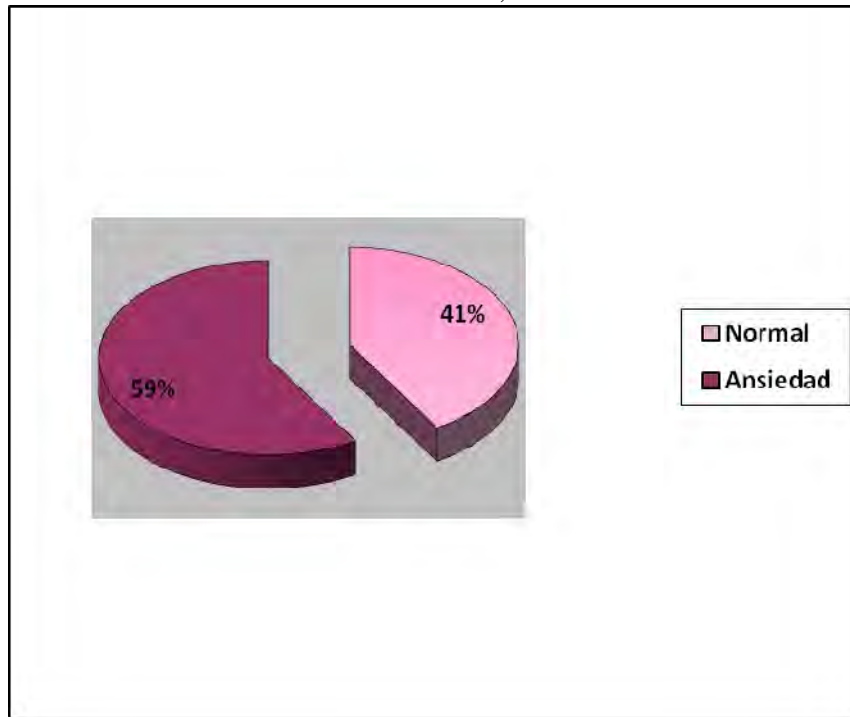
Tabla 5.
Distribución de la ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton en pacientes hipertensos,
UMF # 28 IMSS, 2008

Grado de ansiedad	Frecuencia	%
Normal	43	41.3
Ansiedad	61	58.7
Total	104	100.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Gráfica 5.

Distribución de la ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton en pacientes hipertensos
UMF # 28 IMSS, 2008



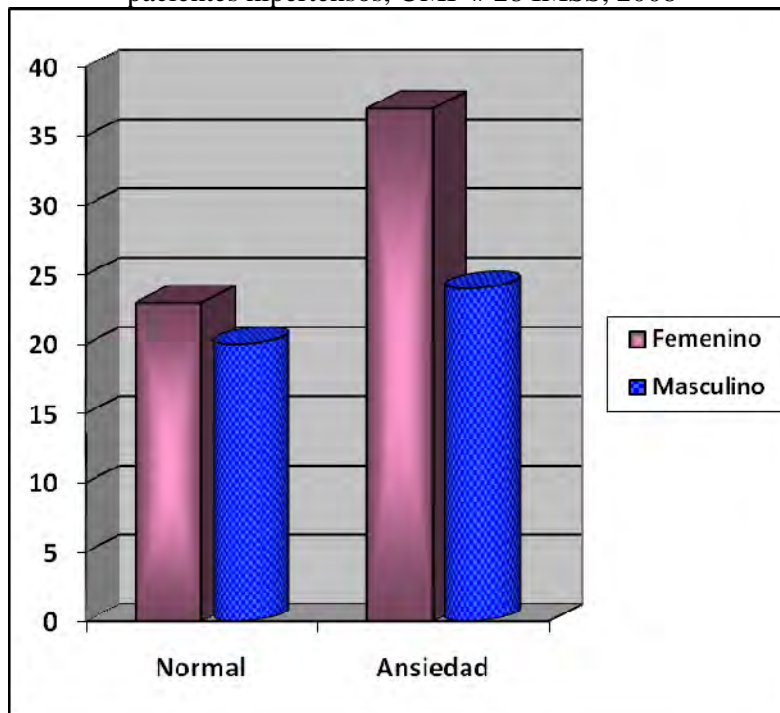
Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Tabla 6.
Distribución del grado de ansiedad según sexo de acuerdo a la escala de Hamilton en
pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS, 2008

		Grado de ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton		Total
		Normal	Ansiedad severa	
Sexo	Femenino	23	37	60
	Masculino	20	24	44
Total		43	61	104

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Gráfica 6.
Distribución del grado de ansiedad según sexo de acuerdo a la escala de Hamilton en
pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS, 2008



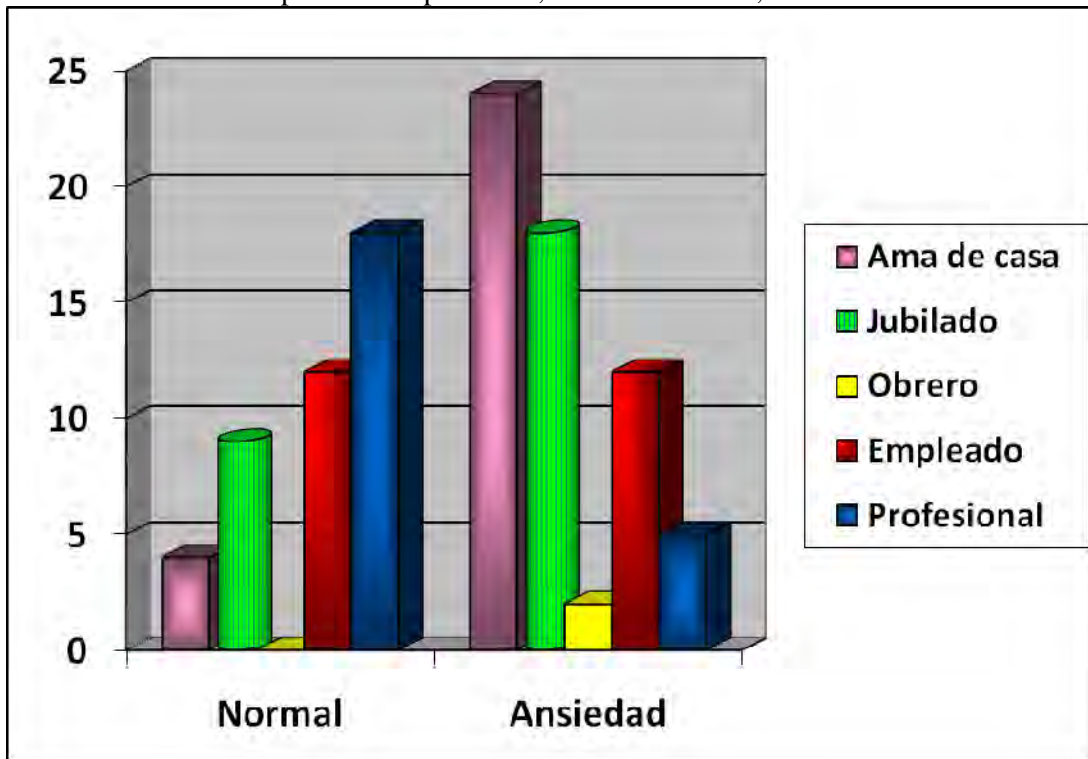
Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Tabla 7.
Distribución del grado de ansiedad según ocupación de acuerdo a la escala de Hamilton en pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS, 2008

Ocupación	Grado de ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton		Total normal de 0 a 8 puntos
	Normal	Ansiedad	
Ama de casa	4	24	28
Jubilado o pensionado	9	18	27
Obrero	0	2	2
Empleado	12	12	24
Profesional	18	5	23
Total	43	61	104

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Gráfica 7.
Distribución del grado de ansiedad según ocupación de acuerdo a la escala de Hamilton en pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS, 2008



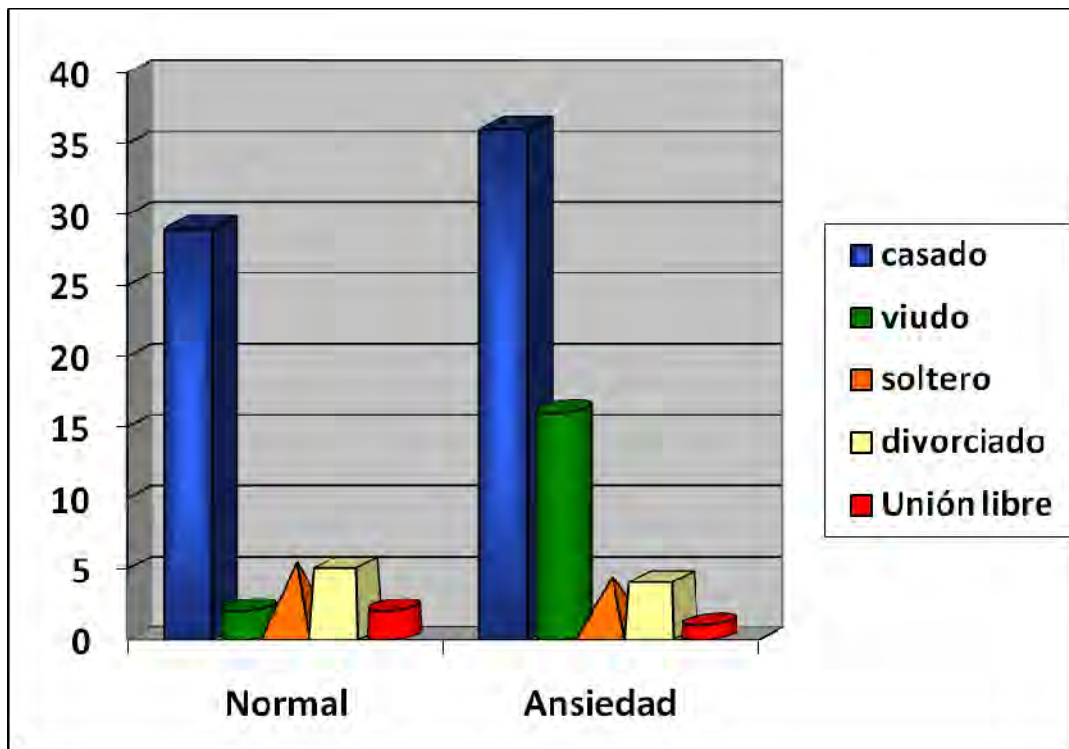
Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008.

Tabla 8.
Distribución del grado de ansiedad según estado civil de acuerdo a la escala de Hamilton en pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS, 2008

		Grado de ansiedad de acuerdo a la escala de Hamilton		Total
		Normal	Ansiedad severa	
Estado civil	Casado	29	36	65
	Viudo	2	16	18
	Soltero	5	4	9
	Divorciado	5	4	9
	Unión libre	2	1	3
Total		43	61	104

Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008

Gráfica 8.
Distribución del grado de ansiedad según estado civil de acuerdo a la escala de Hamilton en pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS, 2008

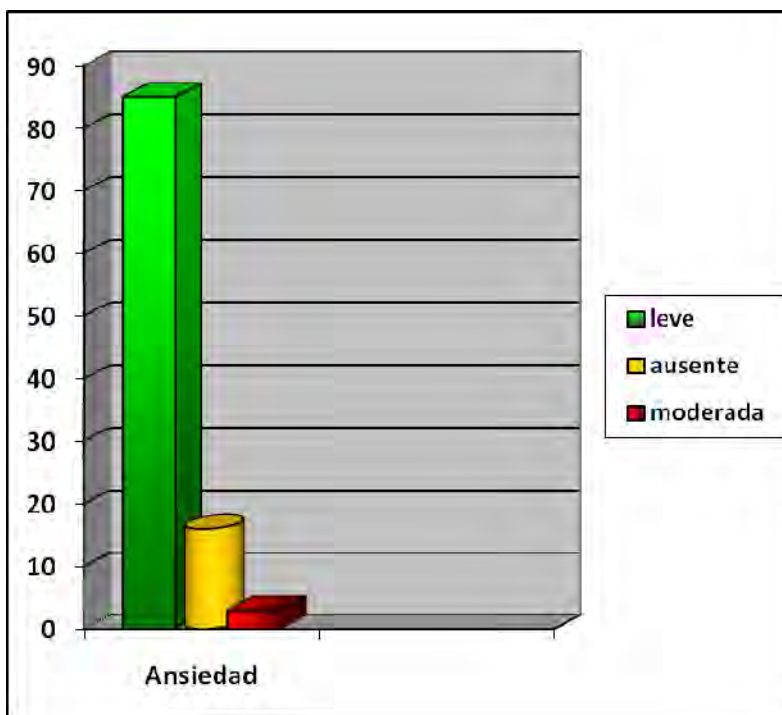


Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008

Tabla 9.
Distribución del grado de ansiedad según la puntuación de la escala de Hamilton en
pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS

Grado de Ansiedad	Frecuencia
7-20 Ansiedad leve	85
0-6 Ausente (normal o sin ansiedad)	16
21-34 Ansiedad moderada	3
Total	104

Gráfica 9.
Distribución del grado de ansiedad según la puntuación de la escala de Hamilton en
pacientes hipertensos, UMF # 28 IMSS, 2008

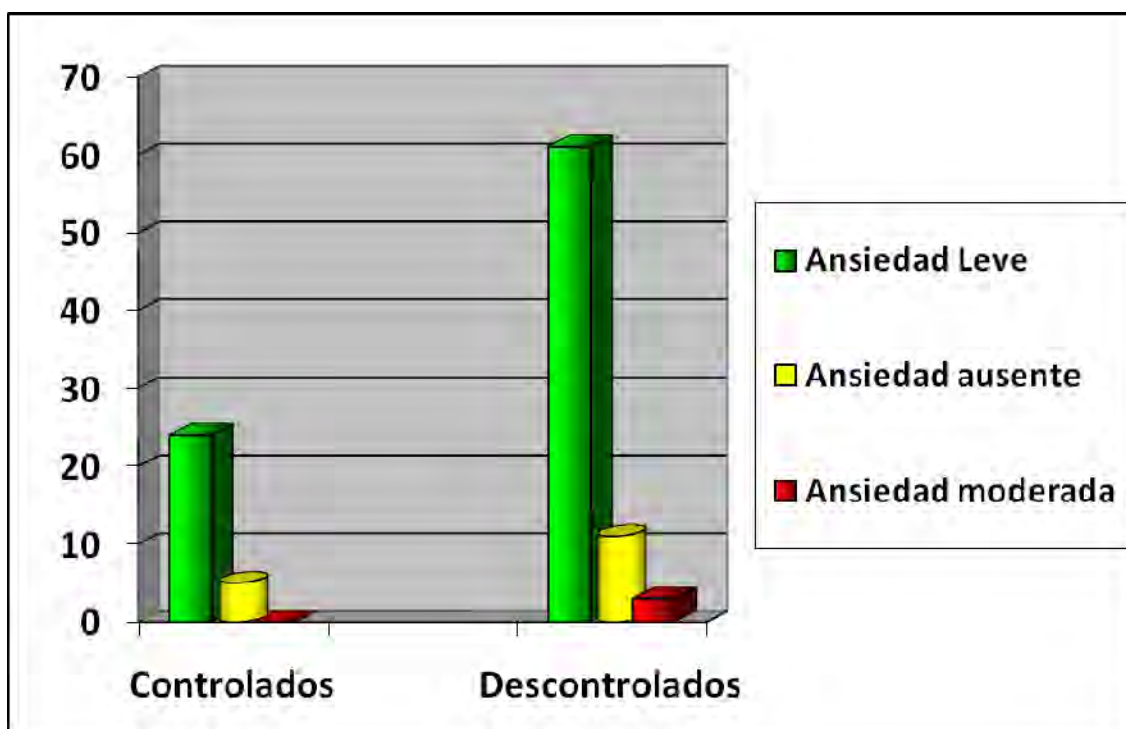


Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008

Tabla 10.
Distribución del grado de ansiedad según el control de presión arterial en los pacientes hipertensos de la UMF # 28 IMSS

		Presión Arterial		Total
		controlado	descontrolado	
ansiedad	7-10 Ansiedad Leve	24	61	85
	0-6 Ausente (normal o sin ansiedad)	5	11	16
	21-34 Ansiedad moderada	0	3	3
Total		29	75	104

Gráfica 10.
Distribución del grado de ansiedad según el control de presión arterial en los pacientes hipertensos de la UMF # 28 IMSS



Fuente: Cuestionario sociodemográfico 2008

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio para determinar el grado de ansiedad en pacientes hipertensos de la UMF 28 “Gabriel Mancera” en cuanto a las variables sociodemográficas más representativas, el sexo femenino presenta con mayor frecuencia algún grado de ansiedad, la ocupación en que predominó fue en amas de casa seguida de pacientes jubilados, en cuanto a su estado civil los pacientes casados y viudos presentan ansiedad. En un estudio realizado para evaluar depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis el año 2004 se observó que estos trastornos son más frecuentes en el sexo femenino, en la mayoría de estos pacientes existen antecedentes personales y familiares de algún tipo de enfermedad mental, esto influye en la vida familiar, escolar y ocupación de los pacientes, causando dificultades que aumentan los síntomas psicológicos.

Al considerar el rango de puntuación para clasificar la ansiedad obtuvimos que de un total de 104 pacientes, 85 presentaron ansiedad leve, 16 sin ansiedad y únicamente 3 pacientes ansiedad moderada, ninguno llegó a presentar ansiedad severa.

Se observó que el estado de ansiedad influye en el paciente para que mantenga cifras de presión arterial controlada y descontrolada, ya que de un total de un total de 29 pacientes controlados, 24 presentan ansiedad leve, y 5 sin ansiedad, en comparación con los 75 pacientes que se encuentran descontrolados y dentro de los cuales 61 presentan ansiedad leve, 11 sin ansiedad y 3 con ansiedad moderada, aunque en ambos predomina la ansiedad leve, si existe una diferencia significativa en el número de pacientes descontrolados por lo que es importante distinguirlos y brindarles un tratamiento adecuado para prevenir un mayor riesgo cardiovascular.

Es importante señalar que la utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas, es muy habitual y ofrece ventajas a la hora de llevar a cabo proyectos de investigación.

5. CONCLUSIÓN

En esta investigación se cumplió con el objetivo general que fue el determinar el grado de ansiedad en pacientes hipertensos, debido a que el test de ansiedad de Hamilton maneja un diverso número de síntomas en sus reactivos, los cuales se pueden presentar en múltiples enfermedades crónico degenerativas no es muy concluyente para conocer con certeza cuando se presenta algún grado de ansiedad sin que sea originado por un síntoma fisiológico que sea causado por alguna otra enfermedad.

El médico familiar debe realizar manejo integral de estos pacientes, ya que pueden presentar simultáneamente varias sintomatologías que dificulten el diagnóstico certero de ansiedad, por lo que necesario sospechar o tener presente que pudiera tratarse de un proceso enmascarado por estos síntomas y que de no ser tratada de forma adecuada puede incrementar su sintomatología, si no es bien diagnosticada la enfermedad que presenta puede generarle ansiedad por la incertidumbre de su padecimiento cayendo en un círculo vicioso.

Aunque las causas para la Hipertensión Arterial tiene un componente multifactorial y uno de ellos son los estados emocionales, en este caso la ansiedad, al contribuir con un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno, mejoraría el adecuado control de la enfermedad, disminuyendo los riesgos cardiovasculares a los que esta expuesto el paciente prolongando su expectativa de vida.

Como médico de primer nivel es necesario identificar el alcance que tienen los padecimientos mentales sobre el estado físico de los pacientes, ya que esto permite establecer programas de información tanto para los pacientes como para el equipo de salud y así formar grupos de apoyo en pacientes hipertensos con ansiedad para orientar, educar, informar y proporcionar algunas técnicas de relajación para obtener un mejor control de su ansiedad, contribuyendo a un mayor bienestar físico y mental de los pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz, Corchado Maricela. Panorama Epidemiológico de la hipertensión arterial en México. Arch Cardiol México 2001; .71(Suplemento1):s192-s-197.
2. Huerta, Robles Benjamín. Factores de Riesgo para la hipertensión arterial. Arch Cardiol Méx. 2001; 71(Suplemento 1): s208-s210.
3. Lombera, Romero Federico. Barrios, Alonso Vivencio. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. Soc Esp Cardiol 2000; 53(1):s 66-s90.
4. Rosas, Peralta Martín. La hipertensión arterial en México, recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Archivos de Cardiología de México. Vol. 74. Número 2 / Abril- Junio 2004. Páginas s134-s157.
5. Fregozo, Padilla Jorge. Impacto del tratamiento antihipertensivo sobre los órganos blanco. Archivos de Cardiología de México. Vol. 72. Suplemento. 1/ Enero-Marzo 2002. Páginas s 558-s563.
6. Arellano, Francisca, Tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Arch Cardiol Méx 2002; 72(suplemento.1):s254-s261.
7. Velazquez, Moho oí Oscar. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Méx 2002; 72(1): s71-s84.
8. Chobanian, Aram y coautoria. Séptimo reporte del comité Nacional Conjunto sobre la prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. Reporte 7 del Comité Nacional Común. Clínicas de Corner. JAMA 2003;283(19):2560-2574.
9. De La Fuente Ramón., Psicología Médica. III. Anisiedad.. Fondo de Cultura Económica. Edición 2000. Páginas s59-s-61.
10. López, Rosetti, Perfil Psicobiológico del Estrés. XXI Congreso Nacional de cardiología. Fac 2002.
11. Aniorde, Hernández Nicanor. Personalidad de la salud. 02de septiembre del 2003. Apunte de Psicología en salud Pág. de Internet .File :/personalidad y salud .htm.
12. Borgues, Del Rosal, A. Análisis del constructo de madurez. Facultad de Psicología de la laguna Madrid. Área de metodología del comportamientote facultad de Psicología File:// A:/ Iber Psicología, GarciaHernanadez.HTM.
13. Torres, Salazar AB. Propuesta de Algoritmo dirigido al Médico Familiar para el manejo de la Hipertensión Arterial Sistémica. Arch Med Fam 2000. Vol. (3). Páginas s 91-s-95.
14. Zanchetiti, Alberto. 2003 European society of Hypertension- European Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. J Hypertension. 2003, 21: 1011-1053.
15. [http://www.eutimia.com/ tests/harrs.htm](http://www.eutimia.com/tests/harrs.htm).
16. [http://www.caporroscontopsiquiatria.org/ test Hamilton. Htm](http://www.caporroscontopsiquiatria.org/test%20Hamilton.Htm).
17. Goldman. H. Howard. Psiquiatría general. 5ª Edición. Manual moderno, 2001. Páginas 133-134.

18. Gómez-Clavelina, Irigoyen-Coria, Ponce-Rosas. Guía para el seminario del PUEM. Bases para la Investigación en las Especialidades Médicas. Edit: Medicina Familiar Mexicana, 2da edición 1993, México, Páginas s 27-s-55.
19. Pierre, DSM –IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.. Editorial Masson, S.A. 1995 Paginas s444-s-448.
20. Alarcón, Rafael. Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. Rev Colomb Psiquiat 2006; XXXV(Suplemento):s112-s124.
21. Castaño, Castrillón. Estrés E Hipertensión. Archivos de Medicina. Facultad de Medicina .2006. Páginas s13-s-20.
22. Fernández. Hacia Un pesquisaje en la adolescencia de HTA. Med 2002; Vol.41. Páginas s99-s-104.
- 23 Farker, B et al. Cardiovascular response to mental stress in normal adolescent wiht hipertensión parents. Hemodinamisc and mental stress in adolescents. Journal Hypertensión (citado en 1179). Disponible en: <http://hyper.ahajournal.org>

7. ANEXOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

DATOS DE IDENTIFICACION:

N. de folio: _____

Turno del paciente: 1) matutino _____

2) vespertino _____

1.- NUMERO DE FILIACIÓN _____

2.- TURNO DEL PACIENTE _____

3.- NOMBRE DEL PACIENTE _____

4.- EDAD _____

5.- SEXO

I) femenino

2) masculino

6.- ESTADO CIVIL

1) Soltero

2) Casado

3) Viudo

4) Divorciado

5) Otro

7.- ESCOLARIDAD

1) Sin estudios

2) Primaria Completa

3) Primaria Incompleta

4) Secundaria Completa

5) Secundaria Incompleta

7) Preparatoria o equivalente

8) Licenciatura.

8.- OCUPACIÓN

CODIGO*	OCUPACIÓN
1	AMA (O) DE CASA (Hogar)
2	JUBILADO/PENSIONADO
3	DESEMPLEADO (Sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)
4	SUBEMPLEADO (vendedor informal, ambulante, etc.)
5	CAMPESINO
6	ARTESANO
7	OBRERO
8	CONDUCTOR DE AUTO, CAMIONETA O CAMIÓN
9	TÉCNICO (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)
10	EMPLEADO (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)
11	PROFESIONAL (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicológicos, etc.)
12	ARTISTA (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)
13	COMERCIANTES ESTABLECIDOS (tiendas o negocios formales hasta con 5 trabajadores o familiares a sueldo)
14	EMPRESARIO (dueño de organizaciones, industria o servicios establecidos legalmente)
15	DIRECTIVO (ejecutivo, gerentes, directores, etc.)
16	SERVICIOS DIVERSOS (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.)
17	OTRAS OCUPACIONES NO ESPECIFICADAS

9.- ¿Depende económicamente de otra persona?

1) Si dependo económicamente ()

2) No dependo económicamente ()

10.- ¿Con quien vive?

1) Solo ()

2) Familia ()

3) otros () ¿Quién? _____

11.- ¿Cuántos integrantes habitan su domicilio?

12.- ¿Usted esta informado acerca de su enfermedad?

1) Si estoy informado ()

2) No estoy informado ()

ANEXO B

TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Identifique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad leve
- 2. Intensidad moderada
- 3. Intensidad grave
- 4. Totalmente incapacitado

1.- **ESTADO ANSIOSO:** Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. 0 1 2 3 4

2.- **TENSIÓN:** Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse. 0 1 2 3 4

3.- **TEMORES:** A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. 0 1 2 3 4

4.- **INSOMNIO:** Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadilla, temores nocturnos. 0 1 2 3 4

5.- **FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS):** Dificultad de concentración, mala o escasa memoria. 0 1 2 3 4

6.- **HUMOR DEPRESIVO:** Pérdida de interés, falta de placer a los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día. 0 1 2 3 4

7.- **SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES:** Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar los dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado. 0 1 2 3 4

8.- **SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES:** Zumbido de oídos, visión borrosa, aleadas de frío o calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos). 0 1 2 3 4

9.- **SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES.** Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayos o arritmias. 0 1 2 3 4

10.- **SÍNTOMAS RESPIRATORIOS:** Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria). 0 1 2 3 4

11.- **SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES:** Dificultad al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, nauseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación. 0 1 2 3 4

12.- **SÍNTOMAS GENITOURINARIOS:** Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta de período menstrual) menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual. 0 1 2 3 4

13.- **SÍNTOMAS DE SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:** Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina). 0 1 2 3 4

14.- **CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST:** Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics. 0 1 2 3 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para la participación en el proyecto:

GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE LA UMF No. 28

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ . FECHA:

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación
titulado

“ GRADO DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UMF No. 28 “

El objetivo de este estudio es analizar el grado de ansiedad en pacientes con hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 28.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a consulta que se programe para tomar datos de identificación,

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios aplicación de prueba de tamizaje para saber el grado de ansiedad, inconvenientes y molestias como es responder la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del
Investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de