

23  
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

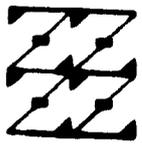
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
'ZARAGOZA'**

**El papel de la ansiedad en la Hipertensión Arterial Esencial:  
¿Rasgo de personalidad o un efecto del diagnóstico?**

**T E S I S**  
que para obtener el Grado de:  
Licenciada en Psicología

**P R E S E N T A**

**CLAUDIA CIRCE MONTES DE OCA CAÑEDO**



**Asesor: Mtro. Mario E. Rojas Russell  
F.E.S. Zaragoza  
Marzo, 1996**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

**A mi madre  
Que con su apoyo y ejemplo,  
diariamente aprendo a ser mujer  
y profesionalista.**

**A Gaby  
Que con su existencia mis  
triumfos son más alegres y  
mis fracasos menos dolorosos.**

**A mi padre  
Que aunque ausente, siempre estuvo  
en mi memoria.**

**A mi tía Chela  
Por su apoyo constante y desmedido.**

**Al "Programa Psicología de la Salud"  
Por que gracias a él, mi formación  
profesional adquirió sentido.**

**A Mario  
Por su apoyo, ejemplo y dedicación  
incondicionales, y por compartir  
conmigo todo lo que él es.**

**A Bertha y Carlos  
Por saber ser maestros y amigos, y  
de los cuales siempre tendré un  
grate recuerdo.**

**A todos los que sin saberlo,  
son parte importante en mi  
formación académica y humana.**

**CONTENIDO**

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN** . . . . . 1

**MARCO CONCEPTUAL**

*Trastornos Psicofisiológicos* . . . . . 4  
*Hipertensión Arterial* . . . . . 9  
*Ansiedad e Hipertensión Arterial* . . . . . 13

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** . . . . . 22

**OBJETIVO** . . . . . 22

**HIPÓTESIS** . . . . . 22

**MÉTODO**

*Sujetos* . . . . . 23  
*Variables* . . . . . 24  
*Instrumentos* . . . . . 24  
*Procedimiento* . . . . . 25  
*Análisis de datos* . . . . . 27

**RESULTADOS** . . . . . 28

**DISCUSIÓN** . . . . . 31

**REFERENCIAS** . . . . . 36

**ANEXOS**

**El papel de la ansiedad en la Hipertensión Arterial Esencial:  
¿Rasgo de personalidad o un efecto del diagnóstico?**

**CLAUDIA CIRCE MONTES DE OCA CAÑEDO**

**Asesor: Mtro. Mario E. Rojas Russell  
P. U. S. Saragosa**

**R e s u m e n**

---

El objetivo del presente trabajo consistió en identificar la participación de la ansiedad en la hipertensión arterial esencial, así como averiguar la forma en que ésta participa en el fenómeno. Se compararon los índices de ansiedad reportados por pacientes hipertensos esenciales con diagnóstico previo de hipertensión (Grupo I), hipertensos esenciales sin diagnóstico previo de hipertensión (Grupo II) y sujetos normotensos (Grupo III). Cada grupo estuvo formado por 15 sujetos. A cada participante se le midió la tensión arterial tres veces, en una sola sesión, con intervalos de 2 mín. entre cada medición. Para los sujetos hipertensos (con y sin el antecedente diagnóstico) en caso de registrarse cifras de hipertensión (T.A. >140/90 mmHg), y sin que esto se le comunicara al sujeto, se aplicaba el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, Spielberger y Diaz-Guerrero, 1975). Los puntajes del IDARE se compararon a través de un análisis de varianza en una sola dirección (F de Fisher). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, por lo que se concluye que la ansiedad no es un factor involucrado en la etiología de la hipertensión arterial esencial.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Los estudios realizados en torno a los trastornos como la hipertensión arterial (HA), el dolor de cabeza crónico, el asma y otros, sugieren una contribución determinante de variables psicológicas y ambientales que no sólo precipitan su aparición, sino que contribuyen a su mantenimiento y a su desarrollo. Lo cual no solamente aporta nuevos conocimientos a las ciencias de la salud, sino que en particular a la Psicología la proyecta en un nuevo campo de acción dentro de este ámbito: el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad a través de enfoques psicológicos tales como: la inoculación del estrés, la retroalimentación biológica, la relajación, etc.

De esta manera, la psicología contribuye en forma importante al entendimiento del proceso salud-enfermedad, incorporándose en la complicada tarea de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como, en el mantenimiento de la salud a través de nuevas alternativas terapéuticas.

La prevención consiste en cualquier intervención antes de iniciado un trastorno, lo cual implica identificar los factores de riesgo y el control de los mismos, con el fin de evitar la aparición de la enfermedad.

---

En el caso de la HA y en particular en la esfera psicológica, se han mencionado al estilo de vida (ocupación, alimentación), el autoconcepto, el locus de control, las habilidades de afrontamiento, la depresión, la hostilidad, la rigidez, la obsesión, y la ansiedad entre otras, como factores que contribuyen en el origen de este padecimiento.

Investigaciones dedicadas al estudio de la HA han reportado niveles mayores de ansiedad y depresión en hipertensos en comparación con los normotensos (Boutelle, Ronald, Epstein, Ruddy, 1987; Cohelo, Hughes, Da Fonesca, 1989; Pagotto, Fallo, Fava, Boscaro, 1992). Asimismo, otros estudios han afirmado la existencia de una disposición emocional o rasgos de personalidad como factores etiológicos del padecimiento (Harrell, 1980; Osorio y Ríos, 1986). Sin embargo, también existe evidencia de que los factores psicológicos están relacionados con el desarrollo y el mantenimiento de la HA (efecto del diagnóstico) y que no constituyen un rasgo de personalidad característico del paciente hipertenso (Irvine, Garner, Olmsted, y Logan, 1989).

De esta forma se refuerza la tesis de la participación de los factores psicológicos en los trastornos psicofisiológicos y en

---

particular en la HA. Sin embargo, aún no está clara la forma en la que se relacionan estos factores psicológicos con la HA.

La ansiedad es uno de estos factores psicológicos en el cual no está clara su relación con la hipertensión esencial. Es decir, la ansiedad es un rasgo de personalidad del paciente hipertenso o es un efecto del diagnóstico de hipertensión que sólo posteriormente refuerza el mantenimiento y el desarrollo de este padecimiento.

Con base en esta interrogante, se plantea el propósito del presente trabajo. A saber, confirmar la presencia de la ansiedad dentro del proceso de la HA y posteriormente generar evidencia que pueda contribuir al establecimiento del papel que desempeña.

## **II. MARCO CONCEPTUAL**

### **TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS**

Los trastornos psicofisiológicos, también llamados psicósomáticos, son aquellos padecimientos en los cuales existen componentes psicológicos y emocionales determinantes en su etiología, su mantenimiento y/o su desarrollo. Entre los trastornos psicofisiológicos más comunes que frecuentemente se atribuyen al estrés son: las alergias, el asma, los desórdenes de la piel (dermatitis), las enfermedades gastrointestinales y los daños al sistema cardiovascular, particularmente la hipertensión arterial y las enfermedades cardíacas (Selye, 1979). A diferencia de las anteriores encontramos enfermedades como el SIDA y el cáncer en los cuales los factores psicológicos implicados no son determinantes en el proceso orgánico inicial.

En este sentido y como enfoque genérico, la "Medicina Psicósomática" sostiene que todo trastorno de la salud contiene componentes psicológicos y emocionales que interactúan con factores somáticos produciendo enfermedad (Taylor, 1986). Este punto de vista sugiere que tratar la enfermedad sólo desde el punto de vista somático no sería del todo exitoso, debiendo entonces integrar la atención de componentes psicológicos en su tratamiento.

---

La consideración actual de un tratamiento integral de la enfermedad emerge históricamente con las investigaciones de Walter Cannon (1932) dedicados a observar los cambios fisiológicos generados por la presencia de una emoción. Demostró que estos cambios fisiológicos están relacionados con el desarrollo de la enfermedad física, esto es, que la emoción puede causar cambios que a su vez causen enfermedad (Taylor, 1986).

Investigaciones posteriores generaron algunas ideas explicativas sobre el fenómeno. Flanders Dunbar en 1943 sugirió que las respuestas habituales que la gente exhibe como parte de su personalidad están relacionadas con enfermedades específicas (úlcera péptica, artritis reumatoide, hipertensión, asma, neurodermatitis y colitis ulcerativa).

Sin embargo, para 1950 Franz Alexander modificó esta visión por la idea de que ciertas personas son orgánicamente vulnerables a los efectos del estrés. En otras palabras, cuando la vulnerabilidad de algún órgano y el estrés coinciden, la gente susceptible (reactiva) desarrollará la enfermedad a la cual es vulnerable (Taylor, 1986).

Parece ser que los individuos propensos a trastornos psicofisiológicos tienden a ver eventos inocuos como amenazantes y magnifican la amenaza mínima que es fácilmente afrontable. No son los eventos de

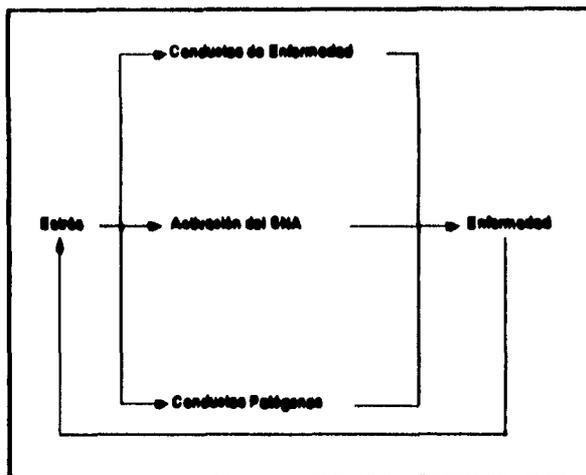
---

vida estresantes por sí mismos los que producen desórdenes físicos sino la forma en la cuál el individuo percibe estos eventos (Lazarus y Folkman, 1986).

De esta forma es la relación organismo-ambiente la que determina la condición de enfermar. Es decir, el estrés por sí solo no es suficiente para producir enfermedad. Para que un problema de salud relacionado con el estrés aparezca, han de darse otras condiciones: tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados. El estrés psicológico es resultado de la relación entre un individuo y el entorno que es evaluado por el primero como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986). De esta forma, la evaluación cognitiva es la que determina si una situación es estresante lo cual explica por qué una misma situación es estresante para un individuo mientras que para otro no.

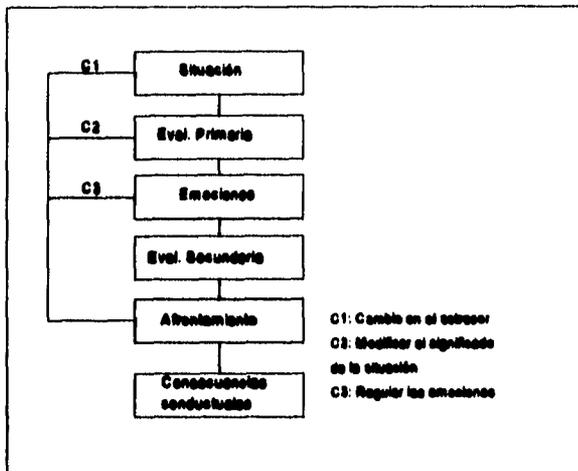
Considerando los mecanismos de relación entre el estrés y la enfermedad, se pueden distinguir tres posibles vías de explicación: a) el estrés tiene efectos psicofisiológicos directos que afectan la salud (cambio en el funcionamiento hormonal y en la actividad del sistema inmunitario); b) el estrés genera hábitos y conductas que dañan la salud (beber, fumar, comer en exceso, etc.); y c) la enfermedad como fuente de estrés lo cual genera hábitos y conductas

de enfermedad (e.g. ingerir fármacos) que a su vez influyen en el curso de la enfermedad (Maes, Vingerhoets y Van Heck, 1987) (Figura 1).



**Figura 1. Modelo de la Relación Estrés-Enfermedad (Maes, Vingerhoets y Van Heck, 1987).**

El tercer mecanismo tiene su base en el modelo de Lazarus y Folkman (1986) sobre evaluación del estrés (Figura 2). Como se mencionó anteriormente existen diferencias individuales en el grado y el tipo de respuesta a una misma situación. Estas diferencias explican porque ante situaciones similares encontramos respuestas de cólera, depresión, ansiedad o culpabilidad, incluso algunos individuos pueden sentirse ante las misma situación desafiados en lugar de amenazados (Lazarus y Folkman, 1986).



**Figura 3. Modelo de Evaluación del Estrés (Lazarus y Folkman, 1986)**

Durante el proceso evaluativo se pueden distinguir dos aspectos valorativos básicos: la *evaluación primaria* y la *evaluación secundaria*. En la *evaluación primaria* el sujeto realiza una valoración de la situación resultando en cualquiera de las siguientes: a) Irrelevante, b) Benigna-Positiva, c) Estresante.

El resultado de este proceso evaluativo determinará el tipo de emoción que se experimentará. Por ejemplo, la ansiedad es experimentada cuando una persona juzga la situación como estresante y amenazante (Maas, Vingerhoets y Van Heck, 1987).

La evaluación secundaria tiene lugar cuando la situación fue valorada como estresante y es preciso actuar. Esta valoración está dirigida a determinar que acciones tomar y con que herramientas se cuenta para afrontarlo. Por último el individuo realiza una nueva evaluación de la situación (reevaluación).

En la mayoría de los casos, la génesis y el mantenimiento de los desórdenes psicofisiológicos dependen de la creación de una continua interacción entre la cognición y los síntomas físicos.

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

### **Epidemiología y Clasificación**

La Hipertensión Arterial (HA) es y ha sido uno de los principales problemas de salud en México y todo el mundo. Alrededor del 15 al 20% de la población de los países en desarrollo la padecen. En 1985 se reportó que en México el 15% de la población padecía hipertensión arterial (Argüero y Badui, 1985). Sin embargo, para 1993 se reportó una prevalencia nacional de 23.6% (Secretaría de Salud, 1993).

La hipertensión arterial se define como la elevación persistente de la tensión arterial por arriba de 140/90 mmHg en individuos menores

---

de 40 años y de 160/95 mmHg en los mayores de esta edad. Dependiendo el grado de daño que se haya producido en alguno de los órgano blanco la hipertensión que padece un individuo puede ser: leve, moderada o grave. La hipertensión leve es aquella que no ha producido aún daño en los órganos vulnerables.

Algunos de los daños ocasionados por una hipertensión arterial moderada o severa son:

1. *Cardíacos*

- a) Principalmente cardiomegalia
- b) Infarto al miocardio
- c) Insuficiencia cardiaca

2. *Oculares*

- a) Retinopatía
- b) Papildema

3. *Renales.*

Insuficiencia renal

4. *Sistema Nervioso Central.*

Accidente vascular cerebral, los cuales más de la mitad de los casos son secundarios a la hipertensión arterial. (Argüero y Badui, 1985).

La hipertensión arterial también se clasifica a partir de la etiología. Entre el 80 y el 95% de los casos de hipertensión arterial esto se desconoce (Argüero y Badui, 1985). Es decir, no existe una causa orgánica identificable. Este tipo de hipertensión es llamada "esencial". Sólo existe una pequeña porción de hipertensos en los que se puede identificar una causa como puede ser la Diabetes Mellitus, enfermedades renales e incluso el embarazo (Toxemia). Este tipo de hipertensión es conocida como "secundaria".

### **Factores de Riesgo**

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial en el que participan una serie de factores que combinados pueden incrementar la posibilidad de generarla o agravarla. Estos factores de riesgo han sido divididos en: a) Genéticos, b) Nutricionales y c) Psicosociales (Cruz-Coke, 1986). Dentro de los primeros se encuentran el factor hereditario, la edad, sexo y el origen étnico. De estos tres últimos no hay evidencia de que alguno sea determinante en la aparición del padecimiento. En el segundo tipo de factores se encuentran todas aquellos hábitos alimenticios como: el consumo de sal, alcohol, tabaco, exceso de grasas (obesidad) que ocasionan la elevación de las

---

cifras tensionales. Y por último, los psicosociales que contempla principalmente el estrés. Se ha demostrado que enfrentarse continuamente a situaciones que son fuente de estrés sin contar con los medios necesarios para enfrentarlos y obtener una solución satisfactoria, contribuyen a la elevación de las cifras de tensión arterial (Kaplan, 1978).

Además, es importante mencionar que la H.A en sus inicios es asintomática, lo cual disminuye la posibilidad de que se presente alguna situación en la cuál pueda ser detectada (asistir al doctor, chequearse frecuentemente la presión, etc). La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (Secretaría de Salud, 1993) reportó que el 59% de casos de hipertensión fueron hallazgo en la encuesta, en tanto que el 41% ya contaba con un diagnóstico de hipertensión, lo que señala que la razón diagnóstico previo/hallazgo es de 1.4 a 1. Debido a lo anterior se recomienda que aunado al control de los factores de riesgo, se mida la presión arterial frecuentemente, sobre todo aquellas personas que tengan integrados a su estilo de vida alguno(s) de estos factores de riesgo, ya que es la única forma de identificar la presencia de este padecimiento antes de que ocasione daños graves como los ya señalados.

---

Resumiendo, la "Hipertensión Arterial Esencial Leve" (HAE) es aquella en donde: a) *no se conoce una etiología definida*, b) *sus registros de TA son los mínimos para considerarlos hipertensivos (140/90 mmhg)* y c) *no existe aún daño orgánico ocasionado por el padecimiento.*

La ambigüedad en la etiología de este tipo de hipertensión ha sido motivo suficiente para pensar en la presencia de factores psicológicos y/o conductuales que puedan explicarlo. La aproximación psicósomática propone una disposición emocional o rasgos de personalidad como factores etiológicos de la H.A.E (Harrell, 1980). Por lo que es indispensable un análisis multifactorial en el estudio de la etiología y el desarrollo de la HAE leve y de otros trastornos psicofisiológicos.

#### **ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Como ya se mencionó, la hipertensión arterial particularmente la de tipo esencial, guarda una estrecha relación con factores psicológicos y emocionales. Se ha reportado una relación significativa entre estados emocionales y variaciones en las cifras de TA (James, Yee, Harshfield, Blank, y Pickering, 1986). Diversos estudios se han

---

realizado con el fin de comprobar la relación entre factores psicológicos específicos (la ira, la hostilidad, la depresión y la ansiedad) y la hipertensión arterial esencial leve. De hecho el enojo y la hostilidad han emergido consistentemente como factores psicológicos en la hipertensión esencial (Diamond, 1982).

El interés del presente trabajo se centra en comprobar la relación que guarda con la hipertensión arterial una de las variables psicológicas probablemente involucradas, la ansiedad.

La ansiedad es uno de los factores psicológicos que con mayor frecuencia se ha asociado con los trastornos psicofisiológicos, particularmente con la hipertensión arterial. Es reconocida como un fenómeno multifactorial en el que intervienen diversos aspectos inseparables del ser humano, a saber, emocionales, cognitivos y neurofisiológicos.

La ansiedad es definida como un estado emocional que consiste en sentimientos de aprehensión y tensión, además de una actividad incrementada del Sistema Nervioso Autónomo (Spielberger, 1972).

### **Ansiiedad de estado y rasgo**

La *ansiedad de estado* es conceptualizada como un estado emocional transitorio o condición de la de persona que varia en intensidad y fluctúa con el tiempo. Esta puede ser mayor bajo circunstancias en las que el individuo las perciba como peligrosas.

La *ansiedad de rasgo* se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la predisposición a la ansiedad, es decir, diferencias en la disposición de percibir un rango de situaciones como peligrosas o amenazantes y la tendencia a responder a ellas con estados ansiosos (Spielberger, 1972).

Algunos estudios realizados con el fin de comparar los niveles de ansiedad y de depresión entre pacientes hipertensos y normotensos, han confirmado la existencia de niveles significativamente mayores en los primeros (Boutelle, Ronald, Epstein, Ruddy, 1987; Cohelo, Hughes, Da Fonesca, 1989; Pagotto, Fallo, Fava, Boscaro, 1992). Sin embargo, Foster (1983) en un estudio comparativo de los niveles de ansiedad entre hipertensos y normotensos no encontró diferencias significativas.

Esta discrepancia en los resultados puede deberse al uso indistinto de pruebas para medir la ansiedad (Foster, 1983). Por otro

lado es importante mencionar que en este último estudio el grupo de normotensos estuvo integrado por las parejas de los pacientes hipertensos, por lo que tal vez los sujetos normotensos hayan generado niveles de ansiedad parecidos al compartir las mismas experiencias y la convivencia diaria. Sería recomendable efectuar una investigación similar con un grupo control (normotensos) que esté integrado por sujetos sin ningún tipo de relación con los pacientes hipertensos y tal vez los resultados no serán los mismos.

En un estudio posterior (Ploeg, Buuren, Brummelen, 1985) se compararon los niveles promedio de enojo y de ansiedad entre un grupo de hipertensos (n=104) y un grupo control (n=104) en donde se encontraron diferencias significativas. Los hipertensos obtuvieron un promedio significativamente mayor en ansiedad de estado y rasgo ( $t=2.20$ ,  $p<0.025$  y  $t=1.54$ ,  $p<0.10$  respectivamente). En lo que se refiere a los niveles de enojo estado, los hipertensos obtuvieron niveles significativamente mayores ( $t=1.39$ ,  $p<0.10$ ). Estas diferencias contribuyen a la idea de una participación de estos factores psicológicos en la hipertensión esencial (Ploeg et al, 1985) y a la vez sugiere que tal vez otros factores estén involucrados.

Todo lo anterior demuestra que la ansiedad al igual que otras variables psicológicas esta jugando un papel importante dentro del

---

fenómeno de la hipertensión esencial. Es importante mencionar que la evidencia al respecto no se limita a las diferencias en los niveles de ansiedad y otras variables psicológicas entre pacientes hipertensos y normotensos.

Con el objetivo de examinar el efecto de las diferencias en el estado emocional (enojo, ansiedad, tristeza y felicidad) sobre las cifras de tensión arterial, se realizó la medición ambulatoria de la TA (intervalos de 15 min.) a un grupo de 90 pacientes hipertensos. Se les pidió a los sujetos que reportaran en un diario la situación y la posición física en la cual se encontraban en cada momento de medición. También se les instruyó para que reportaran si habían experimentado alguna de las 4 emociones consideradas para el estudio antes de la medición y que registraran el grado en una escala de 1 a 10. El estudio reportó mayores incrementos en la TA diastólica y sistólica cuando los sujetos reportaban episodios de enojo y de ansiedad antes de la medición que cuando reportaban felicidad (James et al, 1986).

Un estudio posterior (McGrady, 1990) analizó el efecto de las mediciones repetidas sobre los niveles de T.A en pacientes con hipertensión arterial esencial y el rol de la ansiedad. Se reportó que de 24 sujetos a los cuales se les registraron cifras iniciales de H.A, 15 las decrementaron hacia el final de la línea base (6 semanas), los

---

cuales a su vez reportaron mayores niveles de ansiedad que los que se mantuvieron en sus cifras hipertensivas.

De esta forma, se apoya la idea sobre la influencia que tiene la ansiedad sobre la elevación de las cifras tensionales y naturalmente, su participación dentro del fenómeno de la hipertensión esencial. Sin embargo, no está clara la forma en la que participa. Una de las explicaciones considera a la ansiedad y a otras variables psicológicas como un rasgo de personalidad característico del paciente hipertenso.

Un estudio (Osorio y Ríos, 1986) reportó diferencias significativas en los puntajes medios de las escalas de hipocondriasis, depresión y psicastenia del MMPI entre un grupo de hipertensos esenciales (N=13) y uno de normotensos (N=13). También se encontró que los hipertensos tienen más dificultad para expresar el enojo que los normotensos, así como una mayor tendencia al aislamiento para evitar el enfrentamiento. Con esta evidencia, el estudio concluye la existencia de rasgos de personalidad distintivos en el perfil del paciente hipertenso esencial. Sin embargo, la muestra del estudio es pequeña para generalizar los resultados (Osorio y Ríos, 1986).

Es importante mencionar que en este estudio todos los sujetos fueron hipertensos con diagnóstico previo. De esta manera no se

---

considera el posible efecto del diagnóstico en la tendencia del perfil. Por lo que es recomendable realizar una investigación posterior que incluya una muestra de sujetos sin diagnóstico que permitiera precisar los datos (Osorio y Ríos, 1986).

En un estudio (Irvine, Garner, Olmsted y Logan, 1989) se compararon los niveles de ansiedad, neuroticismo y enojo en 4 grupos : I- Hipertensos diagnosticados (n=80), II-Normotensos (n=80), III- Hipertensos no diagnosticados (n=82) y IV- Normotensos (n=82). Se encontraron diferencias significativas entre el grupo I y II en los niveles de neuroticismo, ansiedad de rasgo, ansiedad de estado y enojo. Lo cual apoya la idea antes citada sobre la participación de la ansiedad en la MAE. Sin embargo, el estudio proporciona datos aún más interesantes. Se reportaron diferencias significativas entre el grupo I y III en las variables de neuroticismo, ansiedad rasgo y ansiedad estado.

Estos resultados sugieren que las diferencias encontradas entre los hipertensos y los normotensos, son resultado del diagnóstico (etiquetamiento) de hipertensión y no reflejo de un rasgo de personalidad característico del paciente hipertenso (Irvine et al, 1989). Es importante mencionar que no se encontraron diferencias significativas

entre el grupo III y IV (hipertensos no diagnosticados V.S. normotensos) lo cual apoya la tesis sobre el efecto del diagnóstico.

A partir de esta evidencia es que surge una segunda posible explicación acerca del papel de la ansiedad dentro del fenómeno de la HAE, a saber, la ansiedad como un efecto del diagnóstico de hipertensión. Es decir, que la ansiedad participa en el mantenimiento y en el desarrollo de la hipertensión arterial o en la elevación temporal de las cifras de T.A. y que ciertamente con el tiempo incrementa la posibilidad de desarrollar una HA establecida al sumarse con otro(s) factores de riesgo.

Es importante recordar que la ansiedad no es un factor independiente que determine la aparición de una HAE. La ansiedad sólo es un factor entre muchos otros que en forma conjunta con alguno(s) de ellos incrementa el riesgo de padecer hipertensión arterial. Por ejemplo, no tiene el mismo riesgo de padecer HA una persona con niveles de ansiedad elevados que otra que aunado a esto tiene problemas de obesidad, antecedentes familiares de hipertensión y/o está bajo un régimen de estrés cotidiano. Obviamente el riesgo se incrementa cada vez que se suman factores de riesgo al estilo de vida.

---

Por todo lo anterior, la ansiedad se ubica como un factor que está presente tanto en la aparición, el desarrollo, y el mantenimiento de la HAE pero en forma conjunta con otros factores y no como un factor único, determinante. Además, del posible efecto del diagnóstico en los niveles de ansiedad y a su vez en las cifras de T.A.

Debido a la existencia de literatura, por mínima que sea, que no apoya la tesis de una relación entre ansiedad e hipertensión arterial esencial, se evaluará esta relación. Por otro lado, también sería importante si fuera el caso, definir la forma en que están relacionadas. Es decir, ¿Se puede hablar de niveles de ansiedad significativamente más altos en los pacientes hipertensos esenciales que en los normotensos?, y de ser así, ¿Esta diferencia es evidencia de un rasgo de personalidad característico del paciente hipertenso o es resultado del efecto del diagnóstico de hipertensión arterial?.

De esta forma el objetivo de esta investigación es comparar los niveles de ansiedad reportados por los pacientes hipertensos esenciales con diagnóstico previo de hipertensión (Grupo I), los pacientes hipertensos esenciales sin diagnóstico previo de hipertensión (Grupo II) y los normotensos (Grupo III).

---

### **PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

a) ¿Existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre pacientes hipertensos esenciales con diagnóstico previo, los hipertensos esenciales sin diagnóstico previo y los normotensos?.

b) ¿Esta diferencia es evidencia de un rasgo de personalidad característico del hipertenso o es un efecto del diagnóstico de hipertensión?.

### **OBJETIVO**

Comparar los niveles de ansiedad reportados por los pacientes hipertensos esenciales con diagnóstico previo de hipertensión, los hipertensos esenciales sin diagnóstico previo de hipertensión y los normotensos.

### **HIPÓTESIS**

1) Los niveles de ansiedad reportados por los pacientes hipertensos con diagnóstico previo serán mayores a los reportados por los hipertensos sin diagnóstico previo y los normotensos.

2) Si los niveles de ansiedad reportados por los pacientes hipertensos sin diagnóstico previo son iguales a los reportados por los normotensos, entonces las diferencias en los niveles de ansiedad entre los grupos son consecuencia del diagnóstico de hipertensión.

## **MÉTODO**

### **Sujetos**

Participaron 45 pacientes del servicio de odontología de la UMAI Zaragoza (15 hombres y 30 mujeres), con un rango de edad entre los 20 y los 60 años, los cuales fueron divididos en tres grupos:

Grupo I: 15 pacientes hipertensos esenciales con diagnóstico previo de hipertensión.

Grupo II: 15 pacientes hipertensos esenciales sin diagnóstico previo de hipertensión.

Grupo III: 15 sujetos normotensos.

### **Criterios de inclusión:**

Gpo. I: Sujetos con diagnóstico previo de Hipertensión Esencial y con cifras de tensión arterial (TA) promedio mínimas de 140/90 mmHg.

Gpo. II: Sujetos que con cifras de TA promedio mínimas de 140/90 mmHg. Sin diagnóstico previo de hipertensión. El status de hipertensión esencial se otorgó a través de una entrevista estructurada que descartó tanto causas orgánicas de la

---

hipertensión como cualquier daño en los órganos blanco causado por una hipertensión avanzada.

**Op. III:** Sujetos con cifras de TA menores a 140/90 mmHg y sin ningún trastorno de salud.

#### **Criterios de Exclusión**

- Edad fuera del rango establecido (20 a 60 años).
- Diagnóstico de hipertensión secundaria.
- Diagnóstico de alguna otra enfermedad crónica.

#### **Variables**

Variable dependiente..... Nivel de ansiedad

Variable independiente..... Diagnóstico de hipertensión

#### **Instrumentos**

- Baumanómetro aneróide.
- Estetoscopio.
- Inventario de Ansiedad de Rasgo y Estado, IDARE (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

El Inventario de Ansiedad de Rasgo- Estado (IDARE), versión en español del STAI - State Trait Anxiety Inventory- (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975), es uno de los instrumentos diseñados para la medición de la ansiedad. Está constituido por dos escalas independientes (ansiedad -estado y ansiedad-rasgo). De esta forma, se obtienen dos puntajes individuales. Ambas escalas consisten en 20 reactivos que el sujeto valora sobre una escala de 1 a 4. En el caso de la escala ansiedad-estado el sujeto evalúa como se siente en el momento preciso de la aplicación. En la escala ansiedad-rasgo el sujeto evalúa los reactivos de acuerdo a su estado emocional general. Este inventario está diseñado para ser autoadministrable y sin límite de tiempo (v. Anexo 1).

### **Procedimiento**

La muestra estuvo integrada por pacientes del servicio de odontología de la Unidad Multidisciplinaria de Atención Integral (UMAI) de la FES-Zaragoza. A todos los pacientes se les midió la tensión arterial (TA) como requisito previo a su consulta odontológica. Antes de medirle la TA a los pacientes, se preguntó a los pacientes si tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial (HA) o si alguna vez le habían mencionado que tenía sus cifras altas. Se

---

les midió la TA tres veces en una sola sesión con intervalos de 1 mín. entre cada medición. Todas las mediciones se realizaron en el brazo izquierdo.

De acuerdo a lo anterior, se realizó la asignación de los pacientes a los grupos correspondientes. Aquellos pacientes que presentaron cifras de TA promedio mínimas de 140/90 mmHg y reportaron tener diagnóstico previo de HA fueron asignados al grupo I. Los pacientes que presentaron cifras de TA promedio mínimas de 140/90 mmHg y reportaron no tener diagnóstico previo de HA y que nunca les habían comunicado tener cifras de TA alta, fueron asignados al grupo II. Y aquellos pacientes que tuvieron cifras normales de TA (menores a 140/90 mmHg) y reportaron no tener diagnóstico previo de HA y que nunca les habían comunicado tener cifras de TA alta fueron asignados al grupo III.

Posteriormente, se pidió a los pacientes de los tres grupos que contestaran el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, iniciando con la dimensión de estado y posteriormente la de rasgo. Las instrucciones se dieron en forma oral y escrita a todos los pacientes, de tal forma de que no hubiera ninguna duda al iniciar. Todos los pacientes resolvieron el inventario sin conocer sus cifras de TA

Una vez que terminaron de contestar el cuestionario, se llevó a cabo una entrevista estructurada (v. Anexo 2), a través de la cual se confirmaron los criterios de inclusión de los pacientes a cada grupo. Por último, se pidió a los pacientes del grupo II (hipertensos esenciales sin diagnóstico previo) que asistieran a sesiones posteriores para la confirmación de sus cifras.

#### **Análisis de Datos**

Para identificar las diferencias en la variable dependiente, los índices de ansiedad se compararon entre los tres grupos mediante un Análisis de Varianza (AVAR) en una sola dirección.

A su vez, para establecer la homogeneidad demográfica entre las muestras, se compararon la edad y la distribución por género de cada grupo. En el primer caso se empleó un AVAR en una sola dirección y en el segundo se empleó la prueba  $\chi^2$ .

Finalmente, para indagar sobre la posible contribución de la edad y el género sobre la TA y la ansiedad se realizó un Análisis de Correlación de Pearson.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características de la muestra estudiada. Se observaron diferencias significativas en la variable edad ( $F=9.63$ ,  $p.< .001$ ), concentrándose los sujetos más jóvenes en el grupo de normotensos ( $N=35$ ) y un mayor número de mujeres en el grupo de hipertensos con diagnóstico previo ( $\chi^2=6.42$ , 2 g.l.,  $p.< 0.05$ ).

	Grupo I Hipertensos n (%)	Grupo II Hipertensos sin (%)	Grupo III, Normotensos
<b>N Total</b>	15	15	15
<b>Hombres</b>	1	7	6
<b>Mujeres</b>	14	8	9
<b>Edad</b>	48.73	43.86	35
<b>Sistólica</b>	140.26	137.33	116
<b>Diastólica</b>	92.46	92.33	74.66

Tabla 1. Tamaño de la muestra y medias de las variables de edad y presión arterial.

Un análisis de correlación de Pearson (Tabla 2) no mostró relaciones significativas entre la edad y el sexo con las variables de ansiedad estado y rasgo. Por el contrario, si se encontraron

relaciones significativas entre la edad y las cifras de presión arterial diastólica y sistólica ( $r=0.47$  y  $r=0.65$ ,  $p < 0.001$ ; respectivamente).

1. <i>Sistólica</i>	1.0					
2. <i>Diastólica</i>	0.71*	10				
3. <i>Edad</i>	0.47*	0.65*	1.0			
4. <i>Sexo</i>	-.09	.02	.10	1.0		
5. <i>Ansiiedad- Estado</i>	0.24	0.09	-0.08	.22	1.0	
6. <i>Ansiiedad- Rasgo</i>	0.24	0.11	-0.07	.26	0.58*	1.0

\* $p < 0.001$

Tabla 3. Correlaciones entre tensión arterial, edad, sexo y ansiedad

#### Niveles de Ansiedad

Con el objetivo de comparar los niveles de ansiedad entre los grupos, se realizó un análisis de varianza en una sola dirección (F de Fisher). Como se muestra en la figura 3, no se encontraron diferencias significativas en las variables de ansiedad estado y rasgo entre los grupos ( $F=2.19$  y  $F=2.52$ ; respectivamente).

Por otro lado no se encontró una relación significativa entre la ansiedad (rasgo y estado) y las variables de edad, sexo y la presión arterial diastólica y sistólica (Tabla 2).

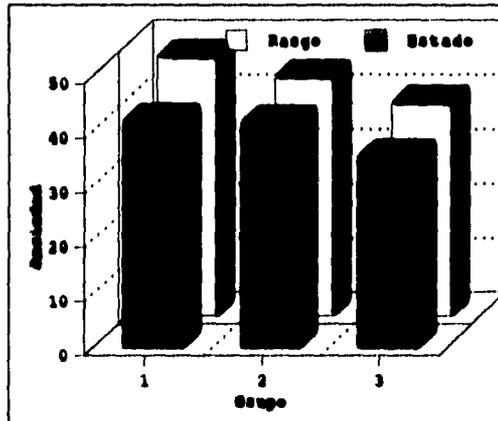


Figura 3. Promedios de ansiedad por grupo

## **DISCUSIÓN**

El propósito del presente trabajo consistió en comparar los niveles de ansiedad entre un grupo de hipertensos con diagnóstico previo, un grupo de hipertensos sin diagnóstico y un grupo de normotensos sin ninguna complicación crónica.

Los datos no mostraron diferencias significativas entre los grupos en sus niveles de ansiedad. Aunque se encontraron diferencias en la variable de edad, un análisis de correlación entre esta variable y la ansiedad, mostró que no existen elementos para pensar que esta variable pudo influir en los resultados.

Con lo anterior se rechaza la hipótesis de trabajo y se sugiere que la ansiedad no es un factor psicológico causalmente involucrado en el proceso de la hipertensión esencial, con lo que se rechaza la primera hipótesis de trabajo. Por otro lado, estos resultados también contradicen a los obtenidos por la mayoría de las investigaciones revisadas previamente (Ploeg, Buuren, Brummen, 1985; Boutelle, Ronald, Epstein, Ruddy, 1987; Cohelo, Hughes, Da Fonesca, 1989; Pagotto, Fallo, Fava, Boscaro, 1992), en los que se han reportado diferencias en los niveles de ansiedad y otras variables psicológicas entre pacientes hipertensos y normotensos.

---

En particular, el estudio de Irvine et al. (1989), en el que se compararon los niveles de ansiedad en grupos similares a los empleados en el presente trabajo. Irvine no encontró diferencias significativas entre el grupo de hipertensos sin diagnóstico y los normotensos en esta variable. Por el contrario, reportó diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre hipertensos con diagnóstico previo y los normotensos. Con lo anterior, Irvine concluye que las diferencias encontradas en esta variable son consecuencia de la presencia de un diagnóstico de hipertensión

Por todo lo anterior, los datos encontrados merecen un comentario más detallado, que pueda explicar esta contradicción.

Durante el desarrollo del trabajo se presentaron algunos problemas metodológicos. En primer lugar, las condiciones bajo las cuales se realizó la selección de la muestra, no permitió que los sujetos sin diagnóstico previo (Grupo II), asistieran a las sesiones posteriores para la confirmación de las cifras. La muestra se seleccionó entre pacientes que asistieron a consulta odontológica en la UMAI Zaragoza. A estos pacientes se les midió la tensión arterial (T.A) como requisito previo para entrar a su consulta. Eran pacientes a los cuales les preocupaba un aspecto muy específi-

---

co de su salud (i.e. odontológico) y cumplir con un requisito no considerado ( i.e. medirse la T.A.) era irrelevante. Lo cual se traducía en la falta de cooperación para asistir nuevamente a medirse la T.A. Más aún, si se considera que eran pacientes a los que nunca se les había comunicado problemas de presión alta.

Como también se ha mencionado, las situaciones de estrés tienden a elevar las cifras de tensión arterial (James et al, 1986) y el hecho de no confirmar las cifras, plantea la posibilidad de que los sujetos de este grupo no son hipertensos establecidos, sino tal vez hiperreactores ante una situación de estrés como lo es una consulta odontológica, el tiempo de espera, e incluso la medición de la T.A en sí misma (McGrady, 1990).

Este problema metodológico limita la posibilidad de plantear conclusiones sobre el efecto del diagnóstico en los niveles de ansiedad. Por lo que se recomienda para posteriores investigaciones en el área, realizar confirmaciones de la cifras de T.A. en tres sesiones posteriores a la primera lectura de de cifras de T.A. alta. De esta manera, se asegura que se esta trabajando con hipertensos reales.

Sin embargo, el hecho de no encontrar diferencias significativas en esta variable entre los grupos, implica que no existen entre hipertensos y normotensos, por lo que resulta innecesario dar respuesta a esta segunda hipótesis de trabajo, a saber, el papel de la ansiedad en el fenómeno de la hipertensión arterial, ya que ésta no es una variable significativa.

Por lo anterior se puede concluir que la ansiedad no es una variable implicada como requisito en la etiología de la hipertensión arterial esencial. Sin embargo, dentro del complejo proceso de los trastornos psicofisiológicos no existen variables determinantes, por lo que concluir lo anterior no significa que la ansiedad sea un factor ausente en el proceso de la hipertensión arterial esencial.

Obviamente, no es una variable característica del paciente hipertenso, es decir, un hipertenso no necesariamente tiene niveles altos de ansiedad, y viceversa, el que una persona presente niveles de ansiedad importantes no significa que padecerá hipertensión arterial. Sin embargo, si puede ser una variable involucrada en el mantenimiento de las cifras de hipertensión. Es necesario considerar que si el grupo II está formado por hiperreactores, se

demonstraría que la ansiedad influye en la elevación temporal de la cifras de tensión arterial, como lo han reportado otros estudios (James et al., 1986 y McGrady, 1990). Aunque sería necesario realizar un estudio con hiperreactores bien identificados que compruebe lo anterior.

Por último, es necesario mencionar que el tamaño de la muestra no permite generalizar los datos encontrados en el presente trabajo. Se recomienda para estudios posteriores utilizar muestras más grandes.

## REFERENCIAS

- Argüero R. y Badui E. (1985). Hipertensión Arterial en México. En: A.V. Arellano (Comp.). *La Salud en México y la Investigación Clínica*. U.N.A.M.
- Boutelle, R.C., Epstein, S. y Ruddy, M.C. (1987). The relation of essential hypertension to feelings of anxiety, depression and anger. *Journal of Psychiatry*, 50(3), 206-217.
- Cohelo, R., Mudhes, A.M., da Fonseca, A.P. y Bond, M.R. (1989). Essential hypertension: The relationship on psychological factors to the severity of hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(2), 187-196.
- Crus-Coke R. (1986). Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial Esencial. En: Rodicio, J.L. y Romero, J.C. (1986). *Tratado de Hipertensión*. Barcelona: Salvat.
- Diamond, E.L. (1982). The Role of anger and hostility in Essential Hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92(2), 410-433.
- Elorza, H. (1987). *Estadística para ciencias del comportamiento*. México: Harla.
- Endler, N.S. y Edwards J. (1982). Stress and Personality. En: L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press. Pp. 36-48.
- Foster, G. y Bell, S. (1983). Relation of state and trait anxiety to essential hypertension. *Psychological Reports*, 52, 355-358.
- Harrell J.P (1980). Psychological Factor and Hypertension. A status report. *Psychological Bulletin*, 87(3): 482-501.
- Irvine M.J, Garner, D.M, Olmsted, M.P. y Logan A.G. (1989). Personality Differences between hypertensive and Normotensive Individuals: Influence of Knowledge of Hypertension status. *Psychosomatic Medicine*, 51, 537-549.
- Kaplan N.M. (1978). *Hipertensión Clínica*. México: Manual Moderno.
- Lazarus R.S. y Folkman S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.

- 
- Maes S., Vingerhoets A. y Van Heck G. (1987). The study of stress and disease: Some developments and requirements. *Society Science Medical*, 25, (6) Pp. 567-578.
- McGrady A. y Higgins Jr., J.T. (1990). Effect of repeated Measurements of Blood pressure on blood pressure in essential hypertension: Role of anxiety. *Journal of Behavioral Medicine* 13(1), 93-101.
- Osorio, F. y Rios I. (1986). *Características de personalidad del paciente con hipertensión esencial*. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M. México, D.F.
- Pagotto, U., Fallo, F. y Fava, G. A. (1992). Anxiety sensitivity in essential hypertension. *Stress-Medicine*, 8(2), 113-115.
- Ploeg, H.M., Buuren, E.T. y Brummelen, P. (1985). The role of anger in hypertension. *Psychotherapy Psychosomatic*, 43, 186-193.
- Secretaría de Salud. (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. Dirección General de Epidemiología/Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" Secretaria de Salud. México.
- Selye, H. (1979). *The stress concept and some of its implications*. En: V. Hamilton y D.M. Warburton (Eds.) *Human stress and cognition: An information processing approach*. New York: Wiley.
- Siegel S. (1978). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Spielberger C.D. (Ed.) (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Vol. I, II. New York: Academic.
- Spielberger C.D. y Diaz-Guerrero R. (1975). *IDARE- Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.

ANEXOS

**IDARE-E**

**NOMBRE:**

**FECHA:**

**Instrucciones:** Abajo aparecen algunas expresiones que las personas usamos para describirnos. Lea cada frase y tache el número que indique cómo se siente ahora mismo, en este momento. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora. Utilice la siguiente escala.

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

- |                                                                      |         |
|----------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Me siento calmado .....                                           | 1 2 3 4 |
| 2. Me siento seguro .....                                            | 1 2 3 4 |
| 3. Estoy tenso .....                                                 | 1 2 3 4 |
| 4. Estoy contrariado .....                                           | 1 2 3 4 |
| 5. Estoy a gusto .....                                               | 1 2 3 4 |
| 6. Me siento alterado .....                                          | 1 2 3 4 |
| 7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo ..... | 1 2 3 4 |
| 8. Me siento descañado .....                                         | 1 2 3 4 |
| 9. Me siento ansioso .....                                           | 1 2 3 4 |
| 10. Me siento cómodo .....                                           | 1 2 3 4 |
| 11. Me siento con confianza en mi mismo .....                        | 1 2 3 4 |
| 12. Me siento nervioso .....                                         | 1 2 3 4 |
| 13. Me siento agitado .....                                          | 1 2 3 4 |
| 14. Me siento "a punto de explotar" .....                            | 1 2 3 4 |
| 15. Me siento reposado .....                                         | 1 2 3 4 |
| 16. Me siento satisfecho .....                                       | 1 2 3 4 |
| 17. Estoy preocupado .....                                           | 1 2 3 4 |
| 18. Me siento muy excitado y aturdido .....                          | 1 2 3 4 |
| 19. Me siento alegre .....                                           | 1 2 3 4 |
| 20. Me siento bien .....                                             | 1 2 3 4 |

**IDARE-R**

**NOMBRE:**

**FECHA:**

**Instrucciones:** Algunas expresiones que empleamos para describirnos aparecen abajo. Lea cada frase y tache el número que mejor describa la forma en la que se siente **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente **generalmente** empleando la siguiente escala.

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre

21. Me siento bien . . . . . 1 2 3 4
22. Me canso rápidamente . . . . . 1 2 3 4
23. Siento ganas de llorar . . . . . 1 2 3 4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo . . . . . 1 2 3 4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente . . . . . 1 2 3 4
26. Me siento descañado . . . . . 1 2 3 4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sossegada" . . . . . 1 2 3 4
28. Siento que las dificultades se me empujan al punto de no poder superarlas . . . . . 1 2 3 4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia . . . . . 1 2 3 4
30. Soy feliz . . . . . 1 2 3 4
31. Tomo las cosas muy a pecho . . . . . 1 2 3 4
32. Me falta confianza en mi mismo . . . . . 1 2 3 4
33. Me siento seguro . . . . . 1 2 3 4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades . . . . . 1 2 3 4
35. Me siento melancólico . . . . . 1 2 3 4
36. Me siento satisfecho . . . . . 1 2 3 4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan . . . . . 1 2 3 4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza . . . . . 1 2 3 4
39. Soy una persona estable . . . . . 1 2 3 4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos  
me pongo tenso y alterado . . . . . 1 2 3 4

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**TA 1:** \_\_\_\_\_ **TA 2:** \_\_\_\_\_ **TA 3:** \_\_\_\_\_ **TA:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico previo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tratamientos previos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Síntomas acompañantes:**

- 1) cefalea    2) hemorragia nasal    3) hemorragia subconjuntival    4) acúfenos  
5) vértigo    6) mareo    7) somnolencia