



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94



***DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO
EN PÁCIENES DE LA UMF 94 DEL IMSS***

PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

Dr. Sevilla Mendoza Christian David
Matricula: 98367613
Médico Residente del 2do año
Curso de Especialización en Medicina Familiar
E-mail: sevdavi@hotmail.com

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Esther Azcarate García.
Matricula: 99362280
Email: estherazcarate@gmail.com
Teléfono: 5767 29 77 ext 21407.

CIUDAD DE MÉXICO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

Proyecto autorizado por el comité local de investigación

Dr. Juan Antonio García Bello
Coordinador Delegacional de investigación en Educación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Luis Álvaro Nogales Oseguera
Coordinador Clínico Educación Investigación UMF N. 94

Dra. Esther Azcarate García
Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar
En UMF 94 IMSS-UNAM

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada quisiera agradecer a mi familia por el apoyo brindado durante este largo camino, en especial a mis padres y hermana que siempre han tenido confianza y una fe inquebrantable en que pudiera lograr este objetivo.

Sé que solo unas palabras no son suficientes para valorar los sacrificios que ellos han realizado para que esto no sea un sueño, sino una realidad que está plasmada frente a ustedes.

Gracias por sus palabras de aliento y la motivación constante cuando en ocasiones yo no lo encontraba. Gracias por ese amor incondicional que en todo momento me han mostrado. Gracias por estar en mi vida y ser cada día una razón más para ser mejor ser humano y un profesional en esta muy grata profesión.

Agradezco especialmente a la Dra. Esther Azcarate por ser mi tutora de tesis sin ella esto no podría ser posible. Gracias por sus conocimientos, enseñanzas y la confianza brindada en todo momento. Dra. Esther no solo me llevo una buena formación si no el ejemplo de cómo ser un profesional en toda la extensión de la palabra. Gracias doctora y le deseo lo mejor para usted y toda su familia.

Quiero hacer un agradecimiento a todos mis profesores por todas sus enseñanzas brindadas durante todo este tiempo, no solamente me llevo un tesoro invaluable con sus conocimientos sino me llevo una responsabilidad enorme de seguir su ejemplo y poner en alto la especialidad de Medicina familiar.

Gracias por todo y espero que esto sea el principio de una carrera llena de éxitos.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Autorizaciones	2
Agradecimientos	3
Índice	4
Resumen	5
Marco teórico	6-19
Pregunta de investigación y justificación	19
Planteamiento del problema	20
Objetivos	20
Hipótesis	21
Identificación de variables	21
Definición conceptual y operacional de variables	22
Lugar de estudio	23
Diseño de estudio	23
Universo de trabajo	23
Muestra de estudio	24
Determinación estadística del tamaño de la muestra	24
Tipo de muestreo	24
Procedimiento de integración de la muestra	24
Análisis estadístico de la información	24
Criterios de selección de la muestra	24-25
Validación del instrumento de medición	25
Procedimiento para recolectar la información	25-26
Difusión del estudio	26
Resultados	27-42
Análisis de resultados	43
Conclusiones	43
Sugerencias	43-44
Consideraciones éticas	44
Recursos	45
Financiamiento	45
Cronograma de actividades	45-46
Bibliografía	47-48
Anexos	49-55

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PÁCIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Azcárate. G Esther (1), (2) Sevilla Mendoza Christian

Introducción. La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple, la prevalencia actual en México es de 31.5% y es más alta en adultos con obesidad. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, solo el 76.3% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENSANUT, 2012. La evidencia científica actual señala que algunas patologías de índole crónica pueden contribuir al descontrol de la tensión arterial. Dentro de los factores que pueden contribuir a este descontrol se encuentran los trastornos mentales. En México los trastorno neuropsiquiaticos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de carga prematura y días vividos con incapacidad Según la encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica 2003 en México mostro que el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia del 14.3 % y la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. Con una prevalencia en México de 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres. La prevalencia de depresión que manifiestan estos pacientes con hipertensión arterial puede ser atribuida al duelo que es desencadenado ante la pérdida irrecuperable de la salud manifestándose en una escasa participación del paciente en el apego terapéutico establecido lo que se manifiesta en un pobre control de la presión arterial y una elevada incidencia de las complicaciones de esta misma enfermedad. Dentro de la UMF Núm. 94 los pacientes que cuentan con descontrol hipertensivo no llevan un seguimiento de rutina para buscar alteraciones psiquiátricas como coadyuvante en el mal control de la tensión arterial por lo que con este estudio se pretende establecer el impacto de este tipo de patologías como perpetuadores del descontrol tensional.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre el descontrol hipertensivo y el trastorno mixto en pacientes hipertensos no controlados de la umf 94 del imss

Material y Métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal y comparativo que intenta conocer la asociación de la sintomatología ansioso depresiva en el control hipertensivo de los pacientes con hipertensión en la UMF 94

Recursos del estudio: Físicos de la Unidad y agenda electronica. Materiales y financieros a cargo del investigador.

Tiempo de desarrollo: Dos años.

Palabras clave. Pacientes con hipertensión, control hipertensivo, sintomatología ansioso-depresiva.

1 Médico Familiar. Profesor Titular de la Residencia en MF. UMF 94, IMSS.

2. Residente de segundo año.

MARCO TEORICO

En la actualidad las entidades crónico degenerativas han cobrado mayor relevancia en el quehacer del médico familiar, no solo por su alta prevalencia sino por el gran impacto que tienen en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Dentro de estas patologías cobra especial interés la hipertensión arterial considerada un problema de salud pública, tan solo a nivel mundial se conoce que aproximadamente el 40% de la población mayores de 25 años fueron diagnosticados con esta enfermedad y se espera que en los próximos años se incremente esta cantidad. El incremento de esta prevalencia se debe al envejecimiento de la población, mala alimentación, consumo excesivo de alcohol, la inactividad física, obesidad y la exposición prolongada al estrés. De tal manera que hay que hacer intervenciones en cada uno de estos niveles para tratar de reducir la incidencia de la hipertensión así como sus complicaciones.

Se han realizado diversas investigaciones que documentan que las enfermedades crónico degenerativas cursan con frecuencia con trastornos depresivos o de ansiedad la hipertensión arterial como la diabetes son influenciadas por la ansiedad y la depresión donde existe una mayor probabilidad que afecte su control hipertensivo. Sin embargo; a pesar de los esfuerzos realizados por el equipo de salud que existe en la unidad de Medicina familiar Num. 94 los pacientes hipertensos no llegan a metas terapéuticas.

Esta investigación surge de la necesidad de plantear una solución a esta problemática en donde se permita documentar la relación existente entre la hipertensión y la sintomatología ansioso depresiva que permita encontrar estrategias para generar una mejor adherencia terapéutica y por ende mejor control hipertensivo para evitar las complicaciones que de ello se generan así como mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir en tiempo, recursos y dinero el control de esta enfermedad favoreciendo de esta manera a la institución.

En el orbe los padecimientos cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año. Entre ellas las complicaciones de la hipertensión arterial causan anualmente 9.4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. En el 2008 en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumento de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008.

En general la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados. En los países de ingresos bajos y medianos hay más personas afectadas por la hipertensión debido a que el número de habitantes es mayor que el de los países de ingresos elevados. Además de que sus sistemas de salud tienen mayor debilidad y que existen más personas con hipertensión sin diagnóstico ni tratamiento adecuado.

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al incremento de la población a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la mala dieta, el consumo excesivo de alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.¹

La prevalencia actual de la HAS (Hipertensión arterial sistémica) en México es de 31.5% y es más alta en adultos con obesidad que en adultos con índice de masa corporal normal y en adultos con diabetes, que sin esta enfermedad. Por grupos de mayor y menor edad, la distribución de la prevalencia de HAS fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 70 a 79 años de edad. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, sólo el 73.6% reciben tratamiento farmacológico. ²

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de la presión arterial a cifras mayores de 140-90 mmHg.³ Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

Según la OMS la hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mmHg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mmHg. Los niveles normales de ambas son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de los órganos vitales y para la salud y el bienestar general.⁴

Desde el punto de vista hemodinámico, la hipertensión arterial es el incremento continuo y sostenido de las cifras tensionales diastólicas y/o sistólicas. Es la resultante del aumento de las resistencias al libre tránsito de la sangre en las arterias periféricas. La presión arterial es igual al gasto cardíaco por resistencias periféricas, por lo que cualquier incremento en los parámetros que la determinan, si se mantiene, origina hipertensión arterial.

En la esfera clínica se puede definir a la hipertensión como el nivel de presión arterial en la cual el tratamiento que se emprenda disminuye las cifras de morbilidad y mortalidad por presión arterial.⁵

La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbimortalidad para padecimientos cardiovasculares como la enfermedad cerebro vascular, el infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica e insuficiencia renal. 6

Los dos factores determinantes de la presión mencionada son el gasto cardiaco y la resistencia periférica. El primer factor (gasto) depende del volumen sistólico y la frecuencia cardiaca; el volumen sistólico depende de la contractilidad del miocardio y de la magnitud del compartimiento vascular. El segundo o resistencia periférica es regido por los cambios funcionales y anatómicos en las arterias de fino calibre y arteriolas.

El volumen vascular es un factor determinante de la presión arterial, a largo plazo. El sodio es un ion predominantemente extracelular y un determinante primario del volumen extracelular. Cuando el consumo de cloruro de sodio rebasa la capacidad de los riñones para excretar sodio, en el comienzo se expande el volumen intravascular y aumenta el gasto cardiaco. Sin embargo, muchos lechos vasculares, tienen la capacidad de autorregular su flujo sanguíneo y si es necesario conservar de manera constante dicho flujo, incluso si aumenta la presión arterial, deberá aumentar la resistencia dentro de ese lecho.

El incremento inicial de la presión arterial en respuesta a la expansión del volumen vascular pudiera provenir del aumento del gasto cardiaco; sin embargo, con el paso del tiempo, aumenta la resistencia periférica y el gasto cardiaco se revierte y se orienta a lo normal. El efecto del sodio en la presión arterial proviene del hecho de que dicho ion está combinado con cloruro. Conforme aumenta la presión arterial en respuesta al consumo de grandes cantidades de cloruro de sodio, se incrementa la excreción del sodio por orina y se conserva el equilibrio de sodio a expensas de un incremento de la presión arterial. El mecanismo de dicho fenómeno de "presión arterial-natriuresis" pudiera comprender un incremento sutil de la filtración glomerular, disminución de la capacidad de absorción de los túbulos renales y posiblemente elementos hormonales como el factor natriurético auricular.

La hipertensión que depende del cloruro de sodio puede ser consecuencia de la menor capacidad del riñón para excretar sodio, por una nefropatía intrínseca o por la mayor producción de una hormona que retenga sodio (mineralocorticoide) que origina una mayor resorción de dicho ion en los túbulos renales. La resorción del sodio por dichas estructuras también puede aumentar cuando se intensifica la actividad nerviosa al riñón. En cada una de las situaciones anteriores puede ser necesaria una presión arterial mayor para alcanzar el equilibrio de sodio.

El sistema nervioso autónomo conserva la homeostasia cardiovascular, por la intervención de señales de presión, volumen y de quimiorreceptores.

Los reflejos adrenérgicos modulan la presión arterial a breve plazo y la función adrenérgica, concertadamente con factores hormonales y volumétricos y contribuyen a la regulación a largo plazo de la presión arterial.

Algunos reflejos modulan la presión arterial minuto a minuto. Un barorreflejo arterial es mediado por terminaciones sensitivas sensibles al estiramiento en los senos carotídeos y en el cayado aórtico.

La velocidad de descarga de impulsos de tales barorreceptores aumenta con la presión arterial y el efecto neto es una disminución de la estimulación simpática, con lo cual disminuye la presión arterial y se lentifica la frecuencia cardíaca; el anterior es un mecanismo primario para la corrección rápida de las fluctuaciones agudas de la presión arterial que a veces surgen durante cambios posturales, estrés emocional o fisiológico y cambios en el volumen sanguíneo. A pesar de ello, la actividad de dichos barorreceptores disminuye o se adapta a incrementos sostenidos en la presión arterial, al grado de que ellos son "reajustados" para resistir presiones mayores

En personas con peso normal y en las obesas, la hipertensión suele acompañarse de una mayor generación de impulsos simpáticos, la estimulación simpática tiende a ser mayor en personas hipertensas que en las normotensas. La estimulación simpática aumenta en la hipertensión vinculada con la obesidad y en la que se relaciona con la apnea obstructiva del sueño.

El sistema renina-angiotensina aldosterona contribuye a regular la presión arterial por medio de las propiedades vasoconstrictoras de la angiotensina II y las propiedades de retención de sodio, de la aldosterona. La renina es una proteasa de aspartilo sintetizada en la forma de una proenzima inactiva, la prorrenina. Gran parte de la renina en la circulación es sintetizada en las arteriolas renales aferentes. La prorrenina puede ser secretada en forma directa a la circulación o ser activada dentro de las células secretoras y liberada en la forma de renina activa. Se han identificado tres estímulos primarios de la secreción de renina: 1) menor transporte de cloruro de sodio en la región distal de la rama ascendente gruesa del asa de Henle 2) disminución de la presión 3) estimulación de tipo simpático de las células reninógenas a través de receptores adrenérgicos. Por lo contrario, el aumento del transporte de cloruro de sodio en la porción ascendente gruesa del asa de Henle inhibe la secreción de renina.

Además, la angiotensina II inhibe directamente la secreción de renina, a causa de la acción de los receptores de tipo 1 de angiotensina II en las células yuxtglomerulares y la secreción de renina aumenta en reacción al antagonismo farmacológico con ACE o antagonistas de receptores de angiotensina II.

La renina activa, una vez liberada en la circulación, desdobra un sustrato, el angiotensinógeno, para formar un decapeptido inactivo, la angiotensina I. Una enzima convertidora que se encuentra en la circulación pulmonar y que convierte la angiotensina I en el octapeptido activo, angiotensina II.

La angiotensina II, al actuar predominantemente en los receptores de angiotensina II de tipo 1 (AT₁) en las membranas celulares, termina por ser una potente sustancia presora, el principal factor trófico para la secreción de aldosterona por parte de la zona glomerular de las suprarrenales y un mitógeno potente que estimula a las células del músculo liso en los vasos y la proliferación de miocitos.^{7,}

5

Mecanismos vasculares

El radio interior y la distensibilidad de las arterias de resistencia también son factores determinantes de la presión arterial. La resistencia al flujo varía en sentido inverso a la cuarta potencia del radio y como consecuencia, disminuciones pequeñas en el diámetro interior incrementan significativamente la resistencia de la arteria. En pacientes hipertensos, cambios estructurales, mecánicos o funcionales pueden disminuir el diámetro interior de arterias y arteriolas. El diámetro interno también guarda relación con la elasticidad del vaso. Los vasos con gran elasticidad dan cabida a un volumen mayor, con un cambio relativamente pequeño en su presión, en tanto que el sistema vascular semirrígido puede hacer que cualquier aumento del volumen, por mínimo que sea, induzca un incremento relativamente grande de la presión arterial.

Los sujetos hipertensos muestran arterias más rígidas y los pacientes con arterioesclerosis pueden tener en particular presiones sistólicas altas y ensanchamiento de la presión diferencial, como consecuencia de una menor distensibilidad vascular causada por cambios estructurales en la pared de los vasos.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo se encuentran el consumo de alimentos con abundante sal y grasas, el consumo excesivo del alcohol, tabaquismo, el sedentarismo, la falta de ejercicio y el mal manejo del estrés. ⁸

Diagnóstico

Para obtener el diagnóstico de HAS lo primero que se debe hacer es realizar una medición correcta de la presión arterial mediante una técnica adecuada la cual se menciona a continuación:

Debe utilizarse el método auscultatorio con un instrumento calibrado y debidamente validado. Los pacientes deben estar sentados y quietos en una silla durante al menos cinco minutos, con los pies en el suelo y con el brazo a la altura del corazón. Debería de usarse para una toma correcta un tamaño adecuado de brazalete (que sobrepase al menos el 80% del brazo). La presión arterial sistólica es el primer punto en el que se oye el primero o dos o más sonidos. La presión arterial diastólica es el punto tras el que desaparece el sonido.) ⁹

El diagnóstico se establece tras dos mediciones de la presión arterial por consulta en al menos dos citas continuas. Sin embargo; esta puede tener sus aseveraciones como establecer el diagnóstico de HAS desde la segunda consulta al mes de la primera determinación de la presión arterial cuando el paciente manifieste >140/90 mmHg, bitácora positiva o ambas situaciones. De igual manera se puede integrar el diagnóstico de HAS desde la primera consulta en todo paciente diabético con daño a órgano blanco o datos de insuficiencia renal de moderada a grave que presente cifras de >140/90 mmHg.

Posteriormente se establece una clasificación según la JNC 7 y se otorga el tratamiento más adecuado según la clasificación. 10

CLASIFICACION BP	SISTOLICA (mmHg)	DIASTOLICA (mmHg)
I- Prehipertensión	120 – 139	80 – 89
2-Etapa I hipertensión	140 – 159	90 – 99
3-Etapa II hipertensión	> 160	> 100

Según el último reporte de la JNC 8 podemos clasificar a los pacientes hipertensos en: 11

GRUPO POBLACIONAL	INICIO TERAPIA FARMACOLOGICA	CIFRA META DE PRESION ARTERIAL
Población > 60 años	> 150/90 mmHg	<150/90 mmHg
Población <60 años	> PAD 90 PAS 140mmHg	<PAD 90 PAS 140mmHg
Población >18años ERC	> PA 140/90mmHg	<PA 140/90mmHg
Población >18 años DM	> PA 140/90mmHg	<PA 140/90mmHg

Se menciona que lo indicado para iniciar el tratamiento de la HAS son las modificaciones al estilo de vida como lo es la pérdida de peso, cambios en la alimentación como la dieta DASH, consumo moderado de alcohol, ejercicio e ingesta reducida de sodio en la dieta. 12

Si después de las modificaciones al estilo de vida no es suficiente para controlar la HAS se inicia tratamiento farmacológico iniciando con medicamentos como Diuréticos tiazidicos, betabloqueadores, IECAS (Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina), ARA II (Antagonistas de los receptores de angiotensina II) y calcio antagonistas de acción prolongada que son considerados fármacos de primera línea.

Los tratamientos de segunda línea son la combinación de dos o más fármacos de primera línea.

Se recomienda utilizar los medicamentos mediante una prescripción razonada a dosis bajas e incrementar gradualmente dependiendo del control de la presión arterial.

Otra recomendación es que antes de agregar un segundo o tercer fármaco al tratamiento establecido, es administrar las dosis máximas de los medicamentos prescritos y que estas sean bien toleradas por los pacientes. 13,6

Rozanski y Kubzansky propusieron una serie de vías por las que la ansiedad puede influir en las enfermedades cardiovasculares. Efectos de la ansiedad pueden acumularse con el tiempo que lleva a daño cardiovascular, preparando el escenario para la aterosclerosis y la enfermedad arterial coronario. Por lo tanto, similar al estrés crónico y otras emociones negativas, la ansiedad puede conducir a un exceso de activación del eje HPA y el sistema nervioso simpático. Los aumentos en la actividad del sistema nervioso simpático y la liberación de catecolaminas en plasma pueden dañar el endotelio vascular y también conducir a la liberación de ácidos grasos encima de los niveles necesarios para las necesidades metabólicas. Activación de HPA El exceso puede conducir a un aumento de la inflamación. La ansiedad también es la hipótesis de aumentar la reactividad cardiovascular al estrés conduce a una mayor tensión en el corazón como resultado de aumento de la frecuencia cardíaca en reposo, la disfunción barorrefleja y la variabilidad de la repolarización ventricular . Por otra parte, la ansiedad se ha relacionado con alteraciones control autonómico cardiovascular con estudios que demuestran reducción de la variabilidad de la frecuencia cardíaca entre los individuos con altos niveles de ansiedad. Tomados en conjunto, los efectos del sistema nervioso simpático e hiperactividad del eje HPA junto con el control simpatovagagal alterada del corazón aumentan el riesgo de ECV incidente y reducir el umbral para la isquemia cardíaca, las arritmias y muerte súbita cardíaca. La ansiedad también puede influir en las enfermedades cardiovasculares indirectamente, como la ansiedad se asocia con pobres comportamientos relacionados con la salud como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, que a su vez aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular Los efectos agudos de la ansiedad también son posibles. Hay alguna evidencia que sugiere que los estados emocionales extremos, como un episodio de ansiedad aguda, pueden realmente provocar un infarto de miocardio.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20% de los pacientes que acuden a las consultas médicas

En México la encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica 2003 mostro que dentro de los trastornos mentales el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia del 14.3 % con predominio mayor en mujeres. 14

La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta.

Los trastornos primarios de ansiedad se clasifican de acuerdo con su duración y evolución, y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes. 15

Los trastornos de ansiedad se dividen según el DSM IV en:

La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

El trastorno mixto ansioso depresivo describe a pacientes con ansiedad y síntomas depresivos que no cumplen con criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad o trastorno del estado de ánimo. La combinación de síntomas depresivos y ansioso producen un deterioro funcional significativo para el individuo afectado.

Dentro de la epidemiología hasta dos tercios de los pacientes con síntomas depresivos presenta síntomas acusados de ansiedad y un tercio puede cumplir los criterios diagnósticos de trastorno de angustia. Se ha descrito que del 20 al 90 % de los pacientes con trastorno de angustia presentan episodios de trastorno depresivo mayor. Estos datos indican que puede ser frecuente la coexistencia de síntomas de depresión y ansiedad que no cumplan por separado, los criterios diagnósticos de otros trastornos depresivos o de ansiedad. Se estima que la prevalencia del trastorno en la población general alcanza hasta un 10% y en los consultorios de atención primaria hasta un 50%.

En la etiología se manejan diferentes líneas en la que se incluyen un aplanamiento de la respuesta del cortisol a la corticotropina, de las respuestas de la hormona del crecimiento a la clonidina y de las respuestas de las hormonas estimulante del tiroides y de la prolactina a la tirotropina. En segundo término se ha descrito que la hiperactividad del sistema noradrenergico es causalmente relevante en algunos pacientes con trastornos depresivos y con trastornos de angustia. Cabe mencionar que la serotonina y el GABA también pueden participar causalmente en el tratamiento de esta patología.

Así mismo se han demostrado que los síntomas de ansiedad y depresión están vinculados genéticamente, al menos en algunas familias.

El cuadro clínico combina síntomas de los trastornos de ansiedad con algunos de los trastornos depresivos. Además, los síntomas de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, como los síntomas digestivos son habituales y contribuyen a la elevada frecuencia con la que los pacientes acuden a los consultorios de atención primaria.

Los criterios diagnósticos para el trastorno mixto ansioso-depresivo según el DSM IV son:

- a) Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes.
- b) El estado de ánimo disfórico se acompaña de al menos durante 1 mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:
 - 1-Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 2-Trastornos del sueño
 - 3-Fatiga o falta de energía
 - 4-Irritabilidad
 - 5-Preocupaciones
 - 6-Llanto fácil
 - 7-Hipervigilancia
 - 8-Anticipación del peligro
 - 9-Desesperanza
 - 10- Baja autoestima
- c) Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes.
- d) Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.
- e) Se cumplen las tres condiciones siguientes:
 - 1-Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada.
 - 2-En el momento actual no se cumplen los criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (aunque se encuentren en remisión parcial)
 - 3-Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El tratamiento farmacológico para el trastorno mixto ansioso depresivo puede consistir en ansiolíticos, antidepresivos o ambos. Entre los ansiolíticos el alprazolam puede estar indicado por su efectividad en el tratamiento de la depresión asociada a la ansiedad. Asimismo, pueden estar indicados los fármacos que actúan sobre los receptores serotoninérgicos como la buspirona. La venlafaxina es un antidepresivo efectivo aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión, así como para el trastorno de ansiedad generalizada y es un fármaco de elección en el trastorno combinado. 16

Así mismo durante el devenir de la vida, el ser humano afronta un sin número de diversas pérdidas. La pérdida irreparable de la salud, como sucede en el caso específico de las enfermedades crónicas, produce un gran impacto a nivel emocional, lo que trastorna todos los aspectos de la vida de los enfermos, ya que esta pérdida obliga a replantear y revalorar el estilo de vida de los pacientes. Los pacientes presentan manifestaciones depresivas.

Se entiende por depresión como alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos, además en un mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación de la vida psíquica. 17

Es así como el paciente hipertenso enfrenta simultáneamente malestares físicos y emocionales derivados de su enfermedad misma y las restricciones que su enfermedad traerá sobre su estilo de vida. Este proceso es conocido como duelo manifestado por sintomatología ansioso depresiva. El duelo se define como una experiencia universal, única y dolorosa derivada de la pérdida de un ser querido, objeto o función significativa, que desencadena una compleja reacción psicológica. La intensidad y la evolución del duelo dependen de la personalidad y marco referencial de cada individuo, la relación establecida con la pérdida y redes de apoyo social. 18

Existen guías clínicas del IMSS que se refieren a trastornos de ansiedad y depresión estableciendo criterios diagnósticos y terapéuticos. Cuando el duelo se prolonga más allá de este tiempo se habla de duelo complicado, manifestado con ansiedad complicada y depresión, entidades que provocan diversos daños en la salud. 19

En la actualidad se han construido y validado diversos instrumentos que identifican depresión y ansiedad, aunque de manera separada. Para fines de nuestro estudio se utilizó el instrumento denominado Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) fue construido y validado por Zigmond y Snaith (1983), este permite identificar y clasificar la sintomatología ansioso depresiva en pacientes portadores de una enfermedad física crónica y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y depresión en servicios de consulta externa no psiquiátricos. Tajero y cols. Lo tradujeron y validaron al castellano determinando una consistencia interna de 0.81 para ansiedad y 0.82 para depresión, tiene como ventaja ser un instrumento corto y fácil de aplicación.

La interpretación de este instrumento señala que puntuaciones de 8 a 10 son calificadas como casos fronterizos o borderline para ansiedad y depresión, puntuación mayor a 10 se considera con estados ansiosos depresivos y una puntuación menor a 8 indica la ausencia de ansiedad depresión. 20

Lo que nos permitirá valorar a los pacientes hipertensos de una manera más integral y reflejara si existe una relación con el descontrol hipertensivo y la sintomatología ansiosa depresiva.

Se realizó una búsqueda de estudios a cerca de la relación de de la hipertensión arterial y la asociación con el trastorno ansioso depresivo. Sin embargo; no se encontraron estudios a cerca de esta asociación por lo que nos basaremos en estudios realizados con diabetes y el trastorno ansioso depresivo.

La evidencia científica señala que el estado de ánimo y la diabetes están clínicamente relacionados. Es el caso de la depresión en donde se encuentran alteraciones bioquímicas que estimulan la secreción de neurotransmisores que producen hiperglucemia.

Así mismo un mal control de cifras metabólicas provoca alteración de neurotransmisores serotoninérgicos, dando como resultado los síntomas de una baja autoestima, inestabilidad emocional, irritabilidad, desesperanza, rebelión y vacío existencial. SE ha documentado una alta prevalencia, de trastornos psicoafectivos, sobre todo de depresión en trastornos o afecciones crónicas. Se menciona que las personas con diabetes pueden desarrollar un proceso de duelo que prácticamente pueden desencadenar cualquier tipo de síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante se conoce poco la magnitud del problema de la depresión en primer nivel de atención en cuanto a la prevalencia y complejidad, ya que solo el 37% son detectados, quedando confusa la asociación con variables socio demográficas y clínico metabólicas, principalmente hemoglobina glucosilada e indicadores de control, además de patrones que guíen a etapas de evolución donde se presenta más frecuentemente la depresión, ya sea para prevenirla o disminuir sus complicaciones. 21

Otro estudio en donde se asocia la depresión y diabetes es el realizado por Larijani y colaboradores quienes estudiaron a 375 pacientes portadores de DM2, aplicándoles la escala de Beck encontraron que el 41 % de los pacientes tenían depresión leve y 23% cursaron con depresión severa y el 9.3 % cursaron con desorden distímico. Estos investigadores concluyen que la asociación de DM y depresión es más frecuente en las mujeres y esto les lleva a presentar descontrol metabólico crónico y aparición de complicaciones tempranas. Finalmente concluyen que en poblaciones de personas diabéticas, la depresión presenta una prevalencia variable del 8.5% al 27.3%. De estos el 64% han presentado un episodio depresivo durante el primer año de haberse establecido el diagnóstico. 22

En la vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico, algunos autores mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas, por otra parte, el impacto de la diabetes en México, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes y las del sistema social y de atención a la salud en México. Entre las etapas del proceso se mencionan la negación, depresión e ira por las que suelen atravesar el paciente, sin embargo; en estas etapas, existen varios agujeros negros en los que permanece por muchos años la persona o de los que nunca avanza para llegar a la aceptación, en la que hay más posibilidades de lograr autocontrol.²³

En 2004 López- Amador en la UMF 94 realizaron un estudio acerca de las creencias que tienen los pacientes diabéticos sobre su enfermedad, mediante entrevistas a 60 pacientes los cuales coincidieron en que la diabetes es una enfermedad peligrosa, que los lleva a un deterioro orgánico con un destino y complicaciones inevitables. Refieren a la enfermedad como malestar crónico y limitante de su vida. ²⁴

Isla- Moncho en España en 2008 presentaron un estudio acerca del proceso de adaptación de la DM tipo 1 y su concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kubler- Ross el cual se realizó mediante entrevistas a 20 pacientes a sus familiares y a su equipo de salud, con los siguientes resultados: los pacientes y sus familias afrontan la enfermedad relacionándola al cambio de su estilo de vida, abarcando etapas semejantes a las descritas por Kubler Ross (negación, rebeldía, negación y aceptación). Hubo diferencias debidas a factores psicosociales y personales. Además de sentirse amenazados por las implicaciones del tratamiento y sus consecuencias por lo que justifican no seguir las indicaciones. Y en cuanto a los profesionales de la salud, relacionan la mala adherencia con la negación de la enfermedad. Por lo que concluyen que es mejor hablar de la adaptación de la enfermedad que la aceptación, ya que los procesos de duelo están en curso, los pacientes tienen que reconstruir su identidad de acuerdo a su situación. El ciclo de dolor también afecta a la familia y pueden diferir de la paciente en su duración, intensidad y evaluación de los problemas. ²⁵

La investigación realizada por Lorrabaquio, ofrecen valiosos datos a cerca del duelo y la diabetes. Señala que el total de las personas que recibieron la noticia de ser diabéticos, perciben este diagnóstico como una agresión 17% refieren haber experimentado un intenso miedo y 9% no aceptaron este diagnóstico. Se encontró en esta etapa de negación el 51% y en etapa de enojo 46% y solo 3% en etapa de resignación. ²⁶

Colunga y Garcia de Alba realizaron un estudio en 2005 donde la prevalencia de depresión fue de un 63% en una proporción de 3 a 1 mayor en mujeres que en hombres con razón de momios 3,17 (IC 95% 2,08-4,82) p=0.0000.

Existieron diferencias en escolaridad, estado civil y ocupación entre deprimidos y no deprimidos ($p < 0.05$), la edad no represento diferencias, al igual que las variables metabólicas excepto IMC. Respecto a las variables socio- demográficas y clínico metabólicas por sexo, no encontraron asociación en las primeras, sin embargo; antigüedad diagnóstica y estadio clínico si se asocian con sexo, la primera de estas se asocio solo en hombres y la segunda en ambos sexos. 27

En 2009 Castro realizo en Yucatán un estudio de investigación en una muestra de 186 pacientes, de esto solo el 4.3% se encontraban con niveles de glucosa menor de 140 mg/dl y el 27.4% presentaban un trastorno ansioso-depresivo. Concluyeron que el trastorno depresivo está asociado a descontrol glucémico en estos pacientes diabéticos estudiados. 28

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el descontrol hipertensivo y el trastorno mixto en pacientes hipertensos no controlados de la UMF Num. 94 del IMSS?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las entidades crónico degenerativas han cobrado mayor relevancia en el quehacer del médico familiar, no solo por su alta prevalencia sino por el gran impacto que tienen en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Dentro de estas patologías se encuentra la hipertensión arterial considerada un problema de salud publica, tan solo a nivel mundial se conoce que aproximadamente el 40% de la población mayores de 25 años fueron diagnosticados con esta enfermedad.

La evidencia científica actual señala que algunas patologías de índole crónica pueden contribuir al descontrol de la tensión arterial. Dentro de los factores que pueden contribuir a este descontrol se encuentran los trastornos mentales. . En México los trastornos neuropsiquiaticos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad. La encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica 2003 en México mostro que el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia del 14.3 % y la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México.

De lo anterior surge la necesidad de tener un mayor control del control de las cifras tensionales de los pacientes portadores de hipertensión arterial para evitar las complicaciones que de ello derivan, dada la prevalencia de las enfermedades psiquiaticas y la asociación con el descontrol hipertensivo surge la necesidad de abordar al paciente de una manera más integral implementando estrategias para abordar este tipo de patologías en la UMF 94 y tener un impacto significativo en la adecuada utilización de recursos para llevar a los pacientes a las metas terapéuticas previamente establecidas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple, la prevalencia actual en México es de 31.5% y es más alta en adultos con obesidad. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, solo el 76.3% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENSANUT, 2012. La evidencia científica actual señala que algunas patologías de índole crónica pueden contribuir al descontrol de la tensión arterial. Dentro de los factores que pueden contribuir a este descontrol se encuentran los trastornos mentales. En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de carga prematura y días vividos con incapacidad Según la encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica 2003 en México mostro que el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia del 14.3 % y la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México.

Con una prevalencia en México de 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres. La prevalencia de depresión que manifiestan estos pacientes con hipertensión arterial puede ser atribuida al duelo que es desencadenado ante la pérdida irrecuperable de la salud manifestándose en una escasa participación del paciente en el apego terapéutico establecido lo que se manifiesta en un pobre control de la presión arterial y una elevada incidencia de las complicaciones de esta misma enfermedad. Dentro de la UMF Núm. 94 los pacientes que cuentan con descontrol hipertensivo no llevan un seguimiento de rutina para buscar alteraciones psiquiátricas como coadyuvante en el mal control de la tensión arterial por lo que con este estudio se pretende establecer el impacto de este tipo de patologías como perpetuadores del descontrol tensional.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

- Determinar si existe asociación entre el descontrol hipertensivo y el trastorno mixto en pacientes hipertensos no controlados de la umf 94 del imss del periodo 2014-2016.

Específicos

1. Identificar sintomatología ansiosa depresiva en los pacientes hipertensos. Mediante el instrumento de Hospital Anxiety and depression scale.
2. Determinar el control hipertensivo de los pacientes participantes. Mediante la obtención de las últimas dos cifras tensionales obtenidas de su registro clínico y medido en milímetros de mercurio (mmHg).
3. Determinar que genero presenta mayor descontrol hipertensivo. Mediante el resultado de la prueba estadística.

HIPOTESIS

H0: Los pacientes con descontrol hipertensivo atendidos en la UMF Núm. 94 no presentan trastorno mixto.

H1: Los pacientes con descontrol hipertensivo atendidos en la UMF Núm. 94 presentan trastorno mixto.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES ESTUDIO

Control hipertensivo: Promedio de los dos últimos reportes de la tensión arterial expresado en el expediente clínico y medido en mmHg.

Definición Conceptual

Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias.

Definición operacional

Medición de dicha presión se lleva a cabo mediante la utilización conjunta de un estetoscopio y un esfigmomanómetro.

Descripción de la variable

Este tipo de variable es de tipo cuantitativa con una escala de medición ordinal, de la cual se pueden generar diferentes categorías como son:

Prehipertensión	120 – 139mmHg	80 – 89 mmHg
Etapa I hipertensión	140 – 159mmHg	90 – 99mmHg
Etapa II hipertensión	> 160mmHg	> 100mmHg

Sintomatología ansiosa-depresiva: Síntomas y signos del estado de ánimo identificados por la escala Hospital Ansiedad y Depresión.

Definición conceptual

Ansiedad sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario.

Depresión: conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual.

Definición operacional

La medición de dicha sintomatología se lleva a cabo mediante la utilización del instrumento Hospital anxiety and depresión scale.

Descripción de la variable

Este tipo de variable es de tipo cualitativa y ordinal. En la cual se generan las categorías casos fronterizos o borderline con puntuaciones de 8 a 10 puntos para ansiedad y depresión, puntuación mayor a 10 se considera con estados ansiosos depresivos y una puntuación menor a 8 indica la ausencia de ansiedad depresión.

VARIABLES DESCRIPTORAS

Sexo

Definición conceptual

Diferencia física y constitutiva observadas en el hombre y la mujer.

Definición operacional

Características fenotípicas observadas en el participante.

Descripción de la variable

Es una variable de tipo cualitativa con una escala de medición dicotómica con las categorías de variable de masculino y femenino.

Edad

Definición conceptual

Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento.

Definición operacional

Años cumplidos hasta la fecha actual expresado por el participante.

Descripción de la variable

Es una variable de tipo cuantitativa con una escala de medición de intervalo con los siguientes intervalos 31 – 40 41 – 50 51 – 60 61 – 70 71 – 80 años.

Estado civil

Definición conceptual

Condición de una persona en cuanto a las relaciones de familia, nacimiento, filiación, matrimonio y defunción.

Definición operacional

Condición de relación expresada por el participante.

Descripción de la variable

Es una variable de tipo cualitativa, con una escala de medición nominal, con las categorías de variable; casado, soltero, viudo y en unión libre.

Escolaridad

Definición conceptual

Periodo de tiempo medido en años mediante el cual alguien ha asistido a la escuela

Definición operacional

Ultimo año escolar cursado en un sistema escolar formal referido por el participante.

Descripción de la variable

Es una variable de tipo ordinal con escala de medición categorica con las categorías de Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura.

MATERIAL Y METODOS

LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, observacional, transversal y comparativo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con hipertensión arterial sistémica, adscritos a la UMF Núm. 94

MUESTRA DE ESTUDIO

Pacientes con Hipertensión arterial sistémica pertenecientes UMF Núm. 94

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA TAMAÑO DE MUESTRA.

De acuerdo a la población con diagnóstico de hipertensión en la UMF Núm. 94 reportados en ARIMAC con un total de 15,279 pacientes. Mediante el empleo de la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza (95%), prevalencia esperada (50%), peor esperado (25%) se determina una muestra de 110 pacientes.

TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico, por conveniencia.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Se aprovecharán en los consultorios de la UMF Núm. 94, a los pacientes citados para consulta ordinaria de ambos turnos, para ello el investigador residente y médico encargado del consultorio realizará invitación personalizada, bajo consentimiento informado al finalizar su consulta, indicando el objetivo del estudio y forma de participación en el mismo, Aquellos aceptantes se les indicará pasar al cubículo anexo en el mismo consultorio con la finalidad de recabar los datos pertinentes y aplicar el instrumento propuesto para la investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el manejo de variables universales se propone estadística descriptiva con determinación de porcentajes y media conforme a la escala de las variables. Para determinar la existencia de asociación entre el descontrol hipertensivo y el trastorno mixto en pacientes hipertensos no controlados de la UMF Num. 94 del IMSS será a través de los resultados que arroje el instrumento determinado. Por tratarse de la asociación entre 2 variables se aplicará Chi cuadrada, con una significancia estadística de $p < 0.05$.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

INCLUSIÓN:

- Derechohabientes de ambos turnos de la UMF No. 94 del IMSS.
- Pacientes con Hipertensión arterial sistémica.
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

NO INCLUSION

- Pacientes que no pertenezcan a la UMF Núm. 94.
- Pacientes no portadores de hipertensión arterial sistémica.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Se utilizara el instrumento denominado Hospital Anxiety and depression scale (HAD) fue construido y validado por Zigmoid y Snaith (1983), este permite identificar y clasificar la sintomatología ansioso depresiva en pacientes portadores de una enfermedad física crónica y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y depresión en servicios de consulta externa no psiquiátricos.

Tajero y Cols. Lo tradujeron y validaron al castellano determinando una consistencia interna de 0.81 para ansiedad y 0.82 para depresión, tiene como ventaja ser un instrumento corto y fácil de aplicación.

Este instrumento consta de 14 items divididos en dos subescalas: 7 items para ansiedad (número 1, 3, 5, 7, 10, 11 y 13) y 7 items para depresión (número 2, 4, 6, 8, 10,12 y 14). Los cuales tienen la característica de estar contruidos en una escala tipo liker con posibilidad de cuatro respuestas (0 al 3).

La interpretación de este instrumento señala que puntuaciones de 8 a 10 son calificadas como casos fronterizos o borderline para ansiedad y depresión, puntuación mayor a 10 se considera con estados ansiosos depresivos y una puntuación menor a 8 indica la ausencia de ansiedad depresión.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.

Previa autorización del Proyecto por el Comité Local de Investigación numero 3515 de la UMF 94, se procederá a ratificar el inicio de la recolección de los datos con el Jefe de área médica y médicos encargados de los consultorios médicos en ambos turnos. En el horario matutino se realizará la captura de los participantes con el médico residente investigador en éste proyecto .En el turno vespertino el médico residente investigador concertara citas para la realización de entrevista para aplicación del instrumento propuesto en el proyecto de investigación.

Una vez terminada la consulta y/o en la cita se ratificará de manera personalizada el objetivo y forma de participación en ésta investigación, el investigador procederá en aquellos aceptantes a otorgar el formato de consentimiento informado para recabar su rúbrica, posterior a ello procederá a aplicar el instrumento propuesto para esta, de manera guiada a cada participante, con la finalidad de optimizar el tiempo de aproximadamente 30 minutos.

Se corroborará los datos de interés a este trabajo. Al final de la entrevista el investigador informará de los resultados obtenidos de manera inmediata y opcionalmente una nueva cita. Se dará orientación conforme a los resultados para acudir a la continuidad de su control con el médico de su consultorio, a cada participante se le aclarará cualquier duda relacionada con la investigación o resultados de la misma, por el propio investigador.

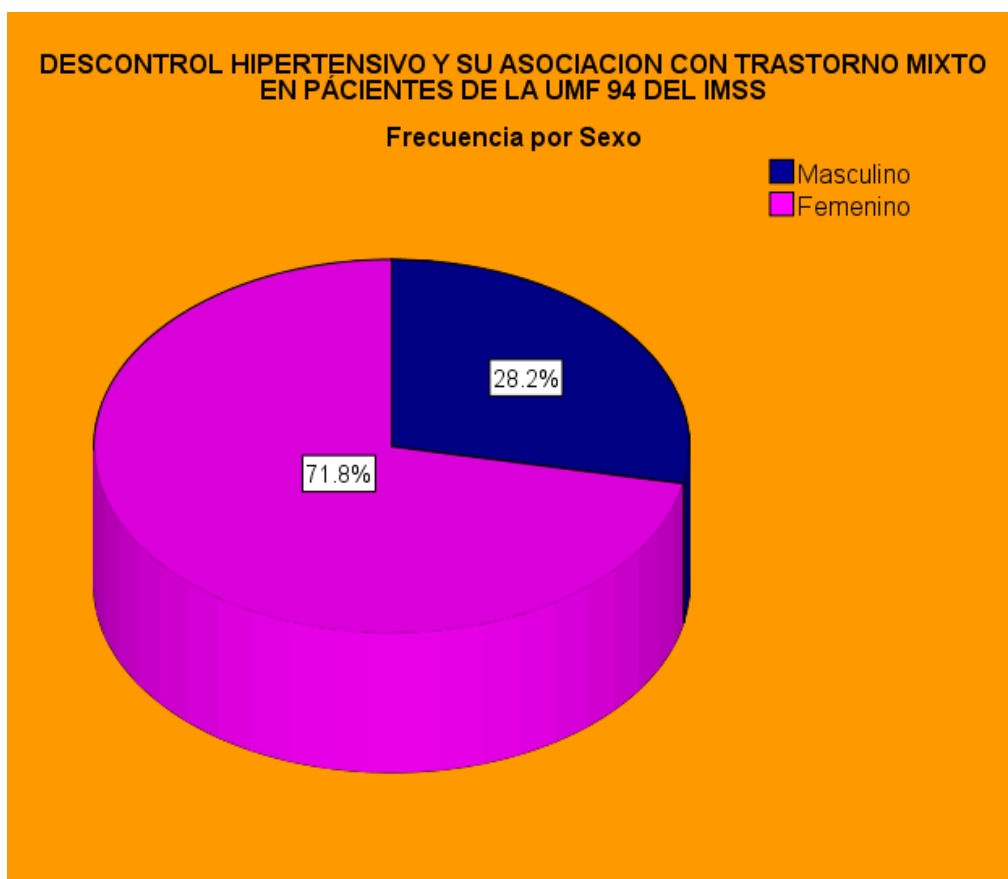
DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

Presentación en sesión general con el personal residente de la UMF. 94 y envío a publicación en revista médica indexada relacionada con la especialidad.

RESULTADOS

Frecuencia Sexo

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	31	28.2	28.2	28.2
	Femenino	79	71.8	71.8	100.0
	Total	110	100.0	100.0	



Descripción: De los 110 pacientes que fueron encuestados 31 (28.2%) son de sexo masculino y 79 (71.8%) son de sexo femenino.

Descriptivo de edad y frecuencia por grupos de edad

Estadísticos descriptivos

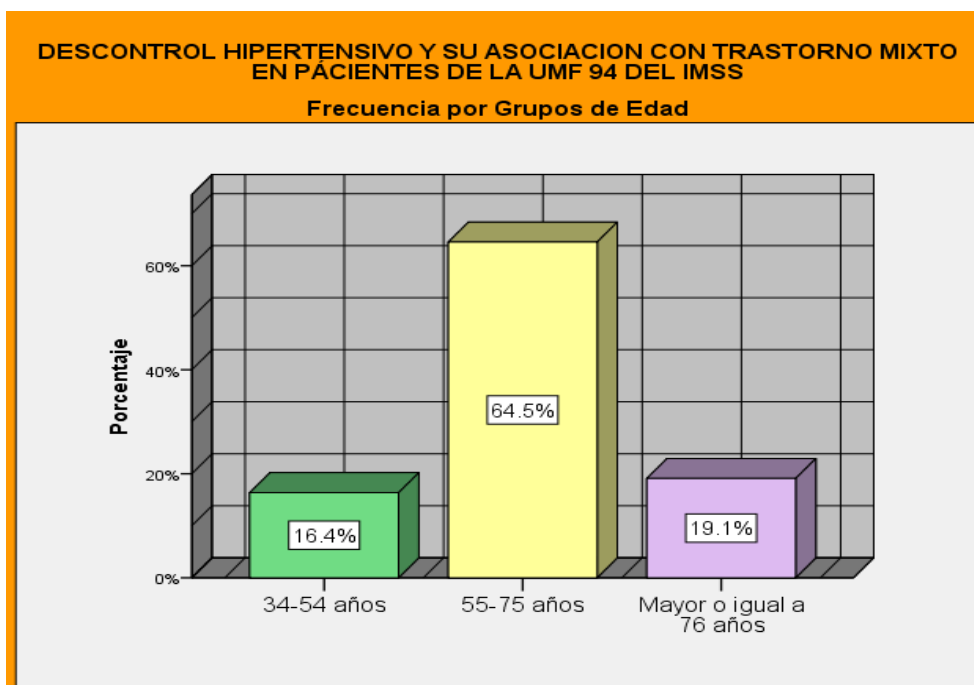
	N	Mínimo	Máximo
Edad	110	34	93
N válido (según lista)	110		

Gpos. Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 34-54 años	18	16.4	16.4	16.4
55-75 años	71	64.5	64.5	80.9
Mayor o igual a 76 años	21	19.1	19.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

Descripción: En la primera tabla se muestra la edad mínima que es de 34 años y la máxima que es de 93 años.

En la segunda tabla, se muestra que se crearon 3 grupos de edad, que van desde los 34 a 54 años, en el caso del primero, el segundo de 55 a 75 años y por último de 76 a más. Teniendo el porcentaje más alto el segundo, con 64.5%, seguido del primero con un porcentaje de 16.4% y por último el tercero con 19.1%



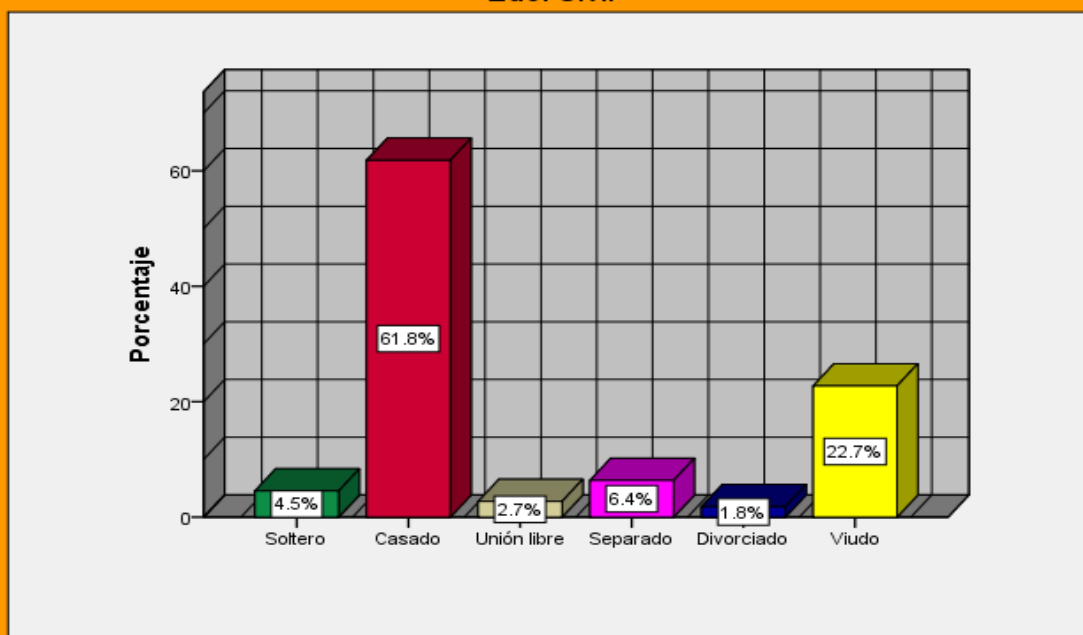
Frecuencia por Estado civil, ocupación y escolaridad

Edo. Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	5	4.5	4.5	4.5
	Casado	68	61.8	61.8	66.4
	Unión libre	3	2.7	2.7	69.1
	Separado	7	6.4	6.4	75.5
	Divorciado	2	1.8	1.8	77.3
	Viudo	25	22.7	22.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Edo. Civil



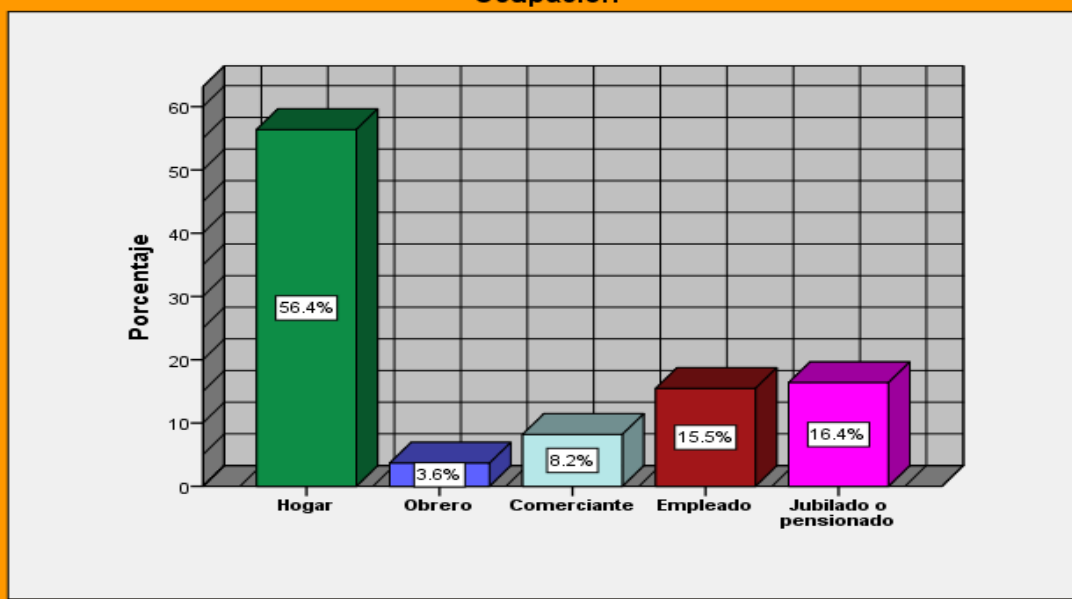
Descripción: En el estado civil de los pacientes, la respuesta más alta fue con el 61.8% para los casados, siguiendo de forma descendente, los viudos con un 22.7%, seguido de los separados con un 6.4%, después los que se encuentran en unión libre con un 2.7% y por último los divorciados con 1.8%

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Jubilado o pensionado	18	16.4	16.4	16.4
Hogar	62	56.4	56.4	72.7
Obrero	4	3.6	3.6	76.4
Comerciante	9	8.2	8.2	84.5
Empleado	17	15.5	15.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Ocupación



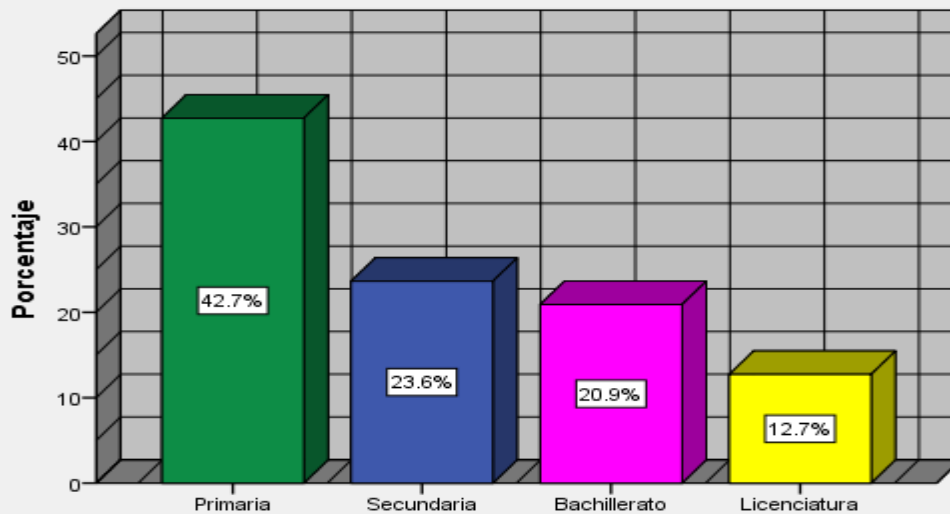
Descripción: En la ocupación de los pacientes, el porcentaje más alto fue para aquellos que se dedican al hogar, con un 56.4%, seguido de forma descendente los Jubilados o pensionados con 16.4%; seguido de aquellos que son empleados, con un 15.5%; después los comerciantes, con un 8.2% y por último los obreros, con un 3.6%

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Primaria	47	42.7	42.7	42.7
Secundaria	26	23.6	23.6	66.4
Bachillerato	23	20.9	20.9	87.3
Licenciatura	14	12.7	12.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Escolaridad



Descripción: El mayor porcentaje es para los pacientes que tienen estudios de primaria, con un 42.7%, seguido de forma descendente de aquellos que estudiaron la secundaria, con un 23.6%; lo siguen los pacientes con estudios de bachillerato, con un 20.9%; y por último los que tienen estudios de licenciatura, con un 12.7%

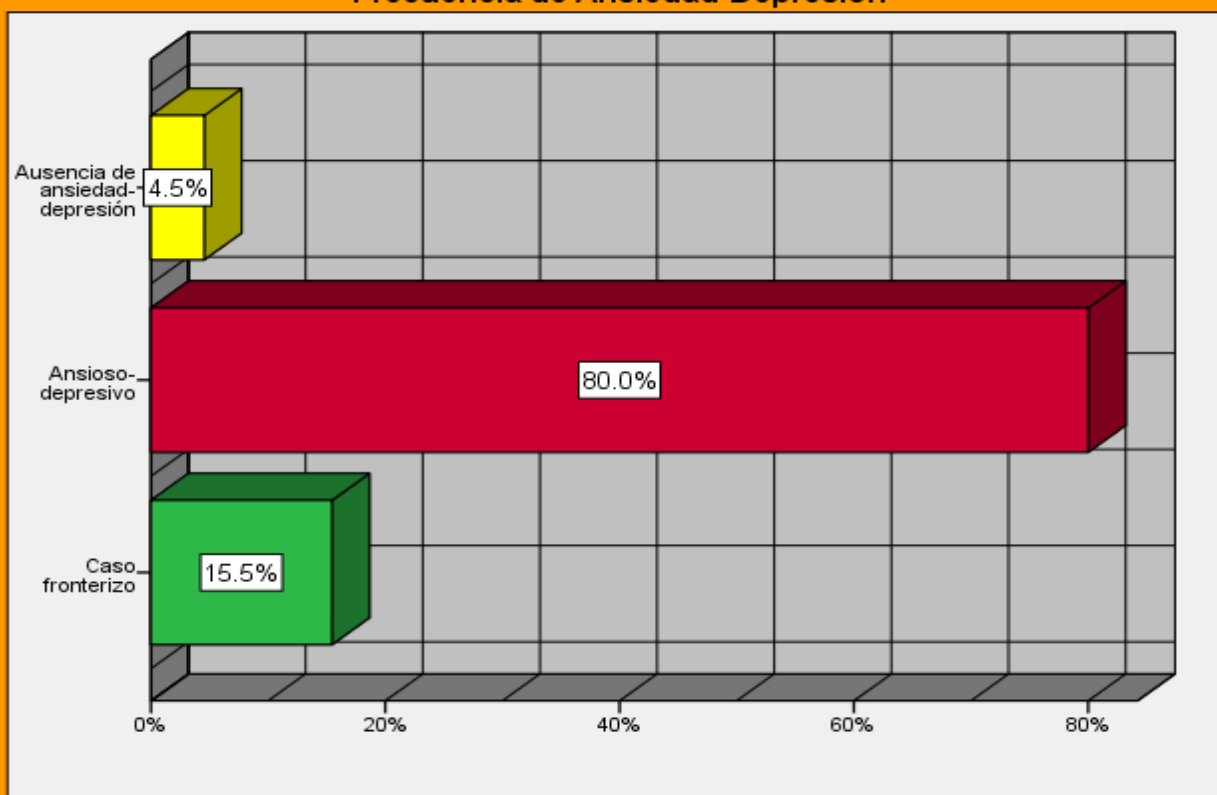
Frecuencia de la variable Ansiedad-Depresión

Ansiedad-Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos <u>Caso fronterizo</u>	17	15.5	15.5	15.5
<u>Ansioso-depresivo</u>	88	80.0	80.0	95.5
<u>Ausencia de ansiedad-depresión</u>	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Frecuencia de Ansiedad-Depresión



Descripción: Se puede observar, que el valor más alto, para la variable Ansiedad-Depresión, es para los pacientes que se califican como Ansioso-Depresivo, y cuyo porcentaje es del 80.0%, continúan en menor cantidad aquellos que están en Caso fronterizo, con un 15.5% y por último aquellos con Ausencia de ansiedad-depresión, con un 4.5%

Descriptivo, mínimo y máximo del Control hipertensivo Sistólica-diastólica.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo
Control hipertensivo sistólica	110	105.00	165.00
Control hipertensivo diastólica	110	65.00	95.00
N válido (según lista)	110		

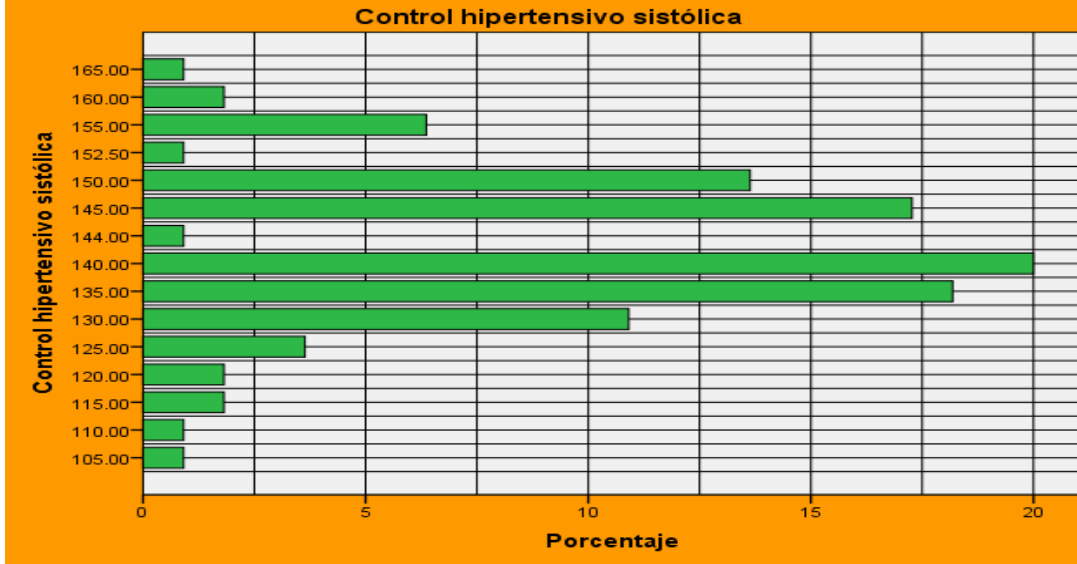
Descripción: La cantidad mínima para la presión sistólica fue de 105 mmHg y como máximo 165 mmHg.

La cantidad mínima para la presión diastólica fue de 65 mmHg y como máximo 95 mmHG

Frecuencia del control hipertensivo sistólica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	105.00	1	.9	.9	.9
	110.00	1	.9	.9	1.8
	115.00	2	1.8	1.8	3.6
	120.00	2	1.8	1.8	5.5
	125.00	4	3.6	3.6	9.1
	130.00	12	10.9	10.9	20.0
	135.00	20	18.2	18.2	38.2
	140.00	22	20.0	20.0	58.2
	144.00	1	.9	.9	59.1
	145.00	19	17.3	17.3	76.4
	150.00	15	13.6	13.6	90.0
	152.50	1	.9	.9	90.9
	155.00	7	6.4	6.4	97.3
	160.00	2	1.8	1.8	99.1
	165.00	1	.9	.9	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS



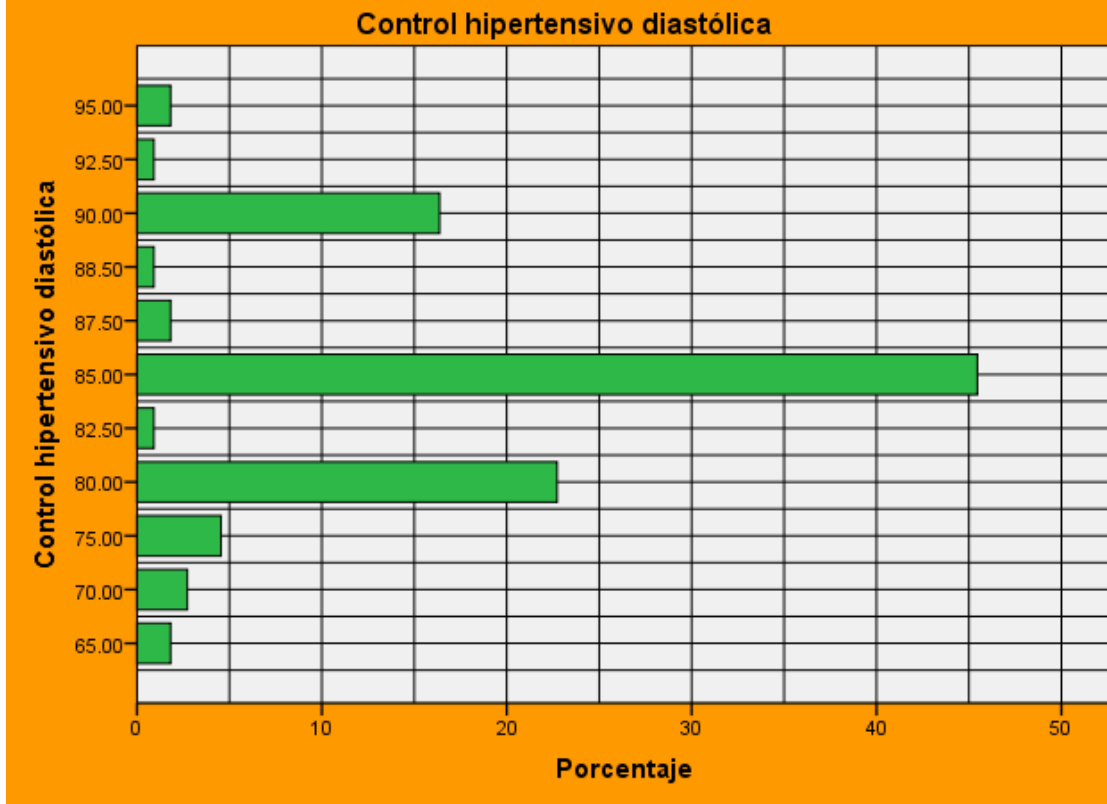
Descripción: En el caso de la frecuencia más alta, es para la presión de 140 mmHg, con un 20.0% y la más baja es para la presiones 105, 110, 144, 152.50 y 165 mmHg, con un 0.9%

Control hipertensivo diastólica

Control hipertensivo diastólica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	65.00	2	1.8	1.8	1.8
	70.00	3	2.7	2.7	4.5
	75.00	5	4.5	4.5	9.1
	80.00	25	22.7	22.7	31.8
	82.50	1	.9	.9	32.7
	85.00	50	45.5	45.5	78.2
	87.50	2	1.8	1.8	80.0
	88.50	1	.9	.9	80.9
	90.00	18	16.4	16.4	97.3
	92.50	1	.9	.9	98.2
	95.00	2	1.8	1.8	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

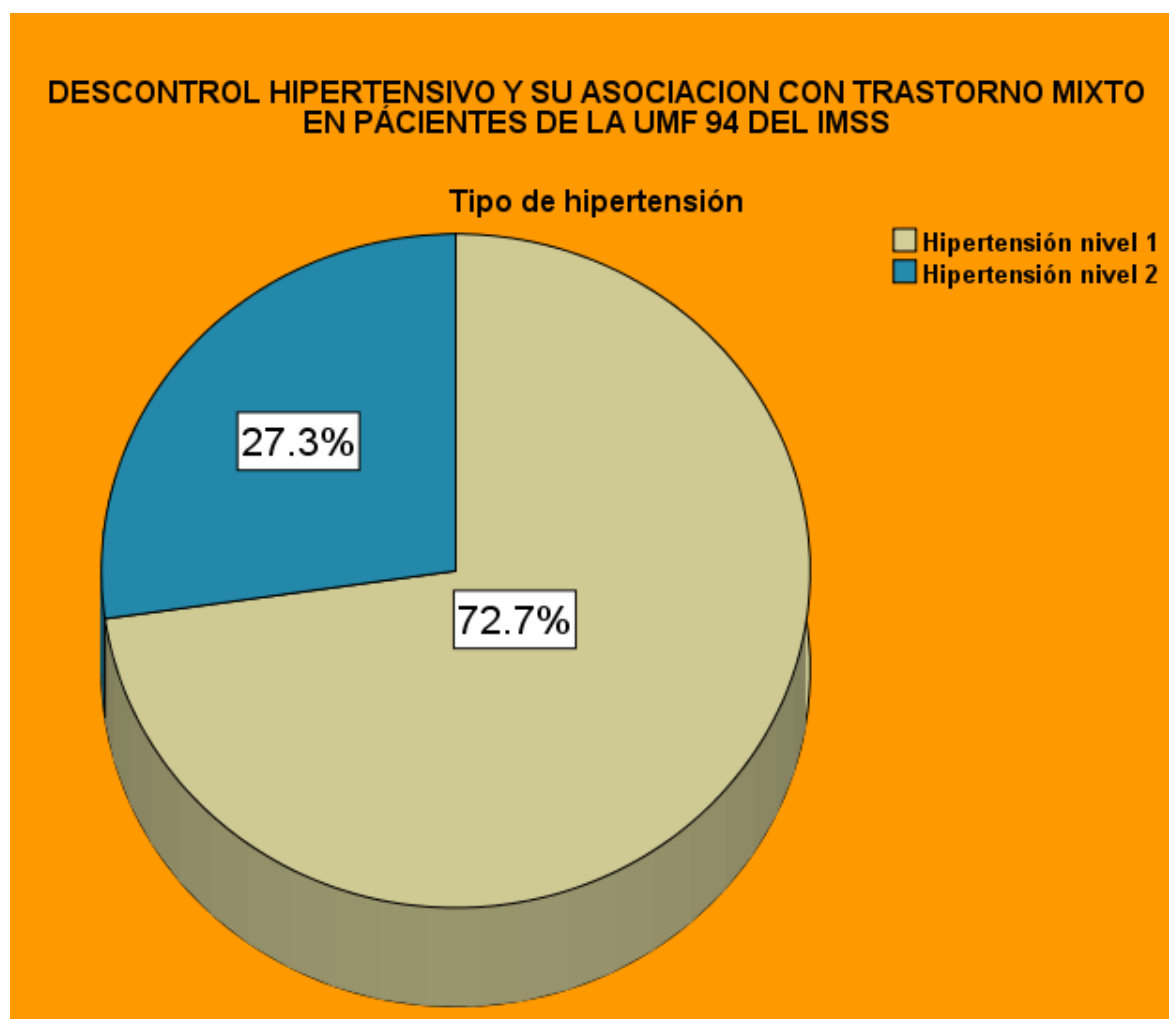
DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS



Descripción: En el caso de la frecuencia más alta, es para la presión de 85 mmHg, con un 44.5% y la más baja es para la presiones 82.50, 88.50, 92.50 mmHg, con un 0.9%

Frecuencia tipo de hipertensión

		Tipo de hipertensión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hipertensión nivel 1	80	72.7	72.7	72.7
	Hipertensión nivel 2	30	27.3	27.3	100.0
Total		110	100.0	100.0	



Descripción: Se encontró que del total de 110 pacientes, 80 (72.7%) tienen Hipertensión Nivel 1, y 30 (27.3) tienen Hipertensión Nivel 2.)

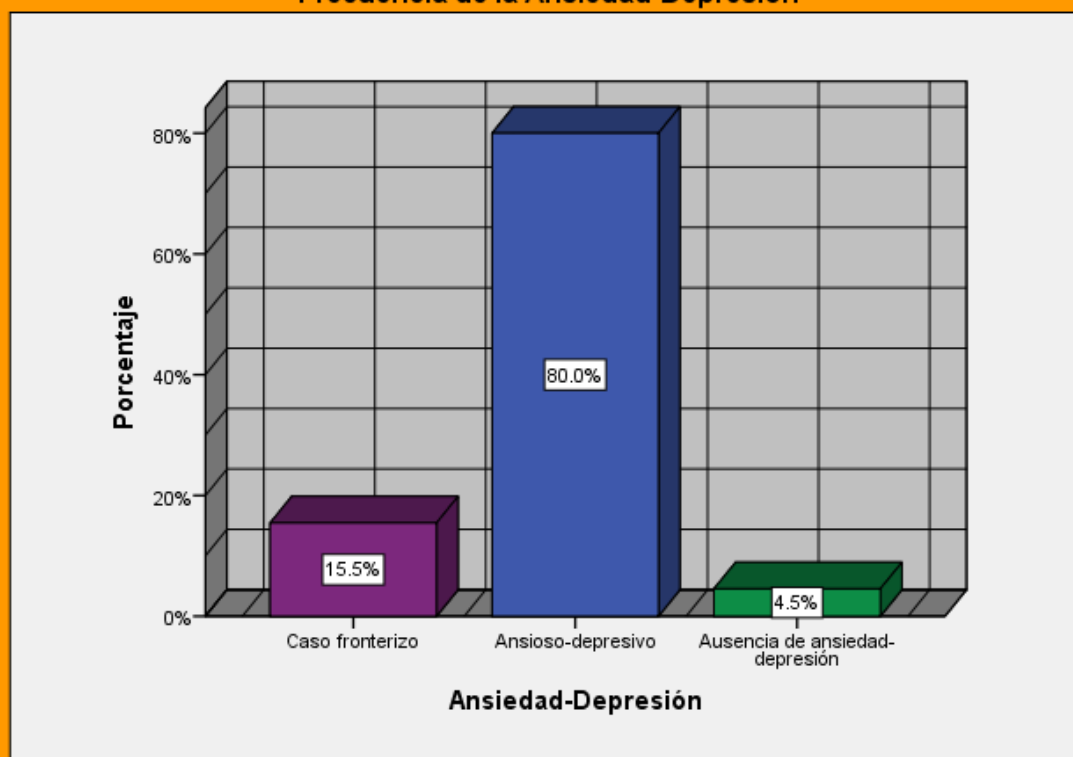
Frecuencia Ansiedad-Depresión

Ansiedad-Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Caso fronterizo	17	15.5	15.5	15.5
Ansioso-depresivo	88	80.0	80.0	95.5
Ausencia de ansiedad-depresión	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Frecuencia de la Ansiedad-Depresión



%

Descripción: De los 110 pacientes 17 (15.5%) se encuentran en un **Caso fronterizo**, 88 (80.0%) se encuentran dentro de un cuadro **Ansioso-depresivo** y por último 5 (4.5%) están con **Ausencia de ansiedad-depresión**.

Chi-cuadrada

Tabla de contingencia Tipo de hipertensión * Ansiedad-Depresión

			Ansiedad-Depresión			Total
			Caso fronterizo	Ansioso-depresivo	Ausencia de ansiedad-depresión	
Tipo de hipertensión	Hipertensión nivel 1	Recuento	14	62	4	80
		% dentro de Tipo de hipertensión	17.5%	77.5%	5.0%	100.0%
		% dentro de Ansiedad-Depresión	82.4%	70.5%	80.0%	72.7%
	Hipertensión nivel 2	Recuento	3	26	1	30
		% dentro de Tipo de hipertensión	10.0%	86.7%	3.3%	100.0%
		% dentro de Ansiedad-Depresión	17.6%	29.5%	20.0%	27.3%
Total	Recuento	17	88	5	110	
	% dentro de Tipo de hipertensión	15.5%	80.0%	4.5%	100.0%	
	% dentro de Ansiedad-Depresión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Descripción: De los 110 pacientes, 80 (72.7%) tienen Hipertensión Nivel 1 y 30 (27.3%) tienen Hipertensión Nivel 2.

De los 80 con **Hipertensión Nivel 1**, están divididos con **Ansiedad-Depresión** en **Caso fronterizo** con un 14 (17.5%), con estado **Ansioso-Depresivo** 62 (77.5%) y con estado de **Ausencia de Ansiedad-Depresión** 4 (5.0%).

De los 30 con **Hipertensión Nivel 2**, están divididos en 3 (10.0%) con **Caso fronterizo**, 26 (86.7%) con estado **Ansioso-depresivo** y por último 1 (3.3%) con **Ausencia de Ansiedad-Depresión**.

De los pacientes con **Ansiedad-Depresión** están divididos en 17 (15.5%) en **Caso fronterizo**, 88 (80.0%) con **Ansioso-depresivo** y por último 5 (4.5%) con **Ausencia de Ansiedad-depresión**.

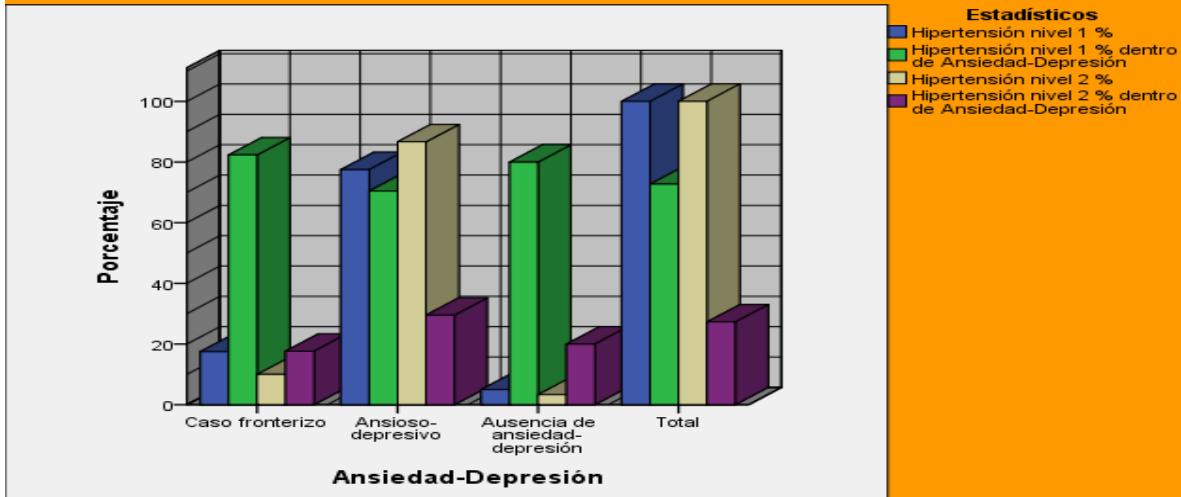
En caso de los 17 pacientes en **Caso fronterizo**, 14(82.4%) tienen **Hipertensión Nivel 1** y 3 (17.6%) tienen **Hipertensión Nivel 2**.

En caso de los 88 pacientes con **Ansiedad-Depresión**, 62 (70.5%) tienen Hipertensión Nivel 1 y 26 (29.5%) tienen Hipertensión Nivel 2.

En caso de los 5 pacientes con **Ausencia de Ansiedad-depresión**, 4(80.0%) tienen **Hipertensión Nivel 1** y 1 (20.0%) tienen **Hipertensión Nivel 2**

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PACIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Tabla de contingencia Tipo de hipertensión * Ansiedad-Depresión



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.157 ^a	2	.561
Razón de verosimilitudes	1.236	2	.539
Asociación lineal por lineal	.391	1	.532
N de casos válidos	110		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.36.

Descripción:
HIPOTESIS

H0: Los pacientes con descontrol hipertensivo atendidos en la UMF Núm. 94 no presentan trastorno mixto.

H1: Los pacientes con descontrol hipertensivo atendidos en la UMF Núm. 94 presentan trastorno mixto.

El valor Chi tiene una significancia de 0.561 cuyo valor es mayor a 0.05 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la H0, es decir, **“Los pacientes con descontrol hipertensivo atendidos en la UMF Núm. 94 no presentan trastorno mixto”**

ANALISIS DE RESULTADOS

Se observa que los pacientes con descontrol hipertensivo se encuentran en mayor proporción en el género femenino con el 71.8% de los pacientes encuestados. Con respecto al estado civil predominan los pacientes casados con el 61.8%. En cuanto a la ocupación se observa que predominan los pacientes dedicados al hogar con el 56.4%. El grado de escolaridad predominante es a nivel primaria con el 42.7%.

Dentro de los pacientes encuestados el 72.7% presentan hipertensión arterial tipo 1 y el 27.3% presentan hipertensión arterial tipo 2.

En cuanto a la variable ansiedad-depresión De los 110 pacientes 17 (15.5%) se encuentran en un Caso fronterizo, 88 (80.0%) se encuentran dentro de un cuadro Ansioso-depresivo y por último 5 (4.5%) están con Ausencia de ansiedad-depresión.

Con un valor Chi tiene una significancia de 0.561 cuyo valor es mayor a 0.05 ($p > 0.05$) por lo tanto se acepta la H_0 .

De manera que no existe una relación significativa estadísticamente entre el descontrol hipertensivo y el trastorno mixto en los pacientes hipertensos no controlados de la UMF 94.

CONCLUSIONES

Se podría concluir que no existe relación entre el descontrol hipertensivo y trastorno mixto; Esto determinado mediante la prueba estadística chi cuadrada. De tal manera que debe considerarse que para el control de esta patología debe ser integral y no basarse en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas como un pilar fundamental para el manejo antihipertensivo.

SUGERENCIAS

Es de suma importancia seguir realizando estudios que permitan determinar que otros factores son significativos para un adecuado control hipertensivo como serían la dieta, actividad física, auto – cuidado, uso adecuado de fármacos; así como las patologías concomitantes entre otros.

Yo propongo que se lleve a cabo talleres para el manejo del estrés en niños y jóvenes debido a la alta incidencia que esta enfermedad presenta y teniendo en cuenta el estrés como factor detonante de este tipo de enfermedades.

Con respecto a la UMF 94 propongo la realización de un programa encausado solo al control de la hipertensión como se lleva a cabo en el programa de DIABETIMSS debido a la gran cantidad de pacientes que se atienden en la unidad y al alto costo que esto conlleva.

Es importante continuar con espacios dedicados a este tipo de patología en las UMF ya que permite un mejor conocimiento y apego al tratamiento tanto por parte de los pacientes y familiares como sus redes de apoyo y pilares fundamentales en el control de la enfermedad.

CONSIDERACIONES ETICAS

Saber de manera directa los resultados y la posibilidad de referencia con su médico tratante.

La equidad será aplicando la selección de los participantes El trabajo de investigación se ajusta a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación, reglamento del IMSS, Declaración de Helsinki en su última revisión en Tokio y apegados a los siguientes principios de ética como:

Respeto por las personas y a la autonomía de cada participante, a través del consentimiento informado (Artículo 13,17, 20 y 22), especificando objetivo, riesgos, beneficios e inconvenientes, así como garantizando la confidencialidad de los datos al participante, los cuales se recabarán a través de instrumento validado y de auto aplicación, con retroinformación de los mismos de manera personalizada por el investigador, con el beneficio de conocer si los participantes cuentan con sintomatología ansioso-depresiva , teniendo todos la misma oportunidad de integrarse a la investigación, a través de una selección sin sesgos o favoritismos, al igual que la permanencia en el mismo, manteniendo la libertad de retirarse sin perjuicio de sus derechos como derecho habiente del IMSS.

Riesgo- Beneficio

Este estudio es considerado una investigación con riesgo mínimo, ya que la intervención va a consistir en aplicar un cuestionario, sin ninguna intervención instrumentada en el participante.

Para la autorización del consentimiento informado se hace énfasis que los investigadores que solicitan la autorización del mismo, no forman parte de los trabajadores de la salud que se encargan de la atención de los pacientes.

RECURSOS

- Humanos: Dr. (asesor) Dr. Sevilla Mendoza Christian David.
- Físicos: Se utilizarán las instalaciones internas de la UMF como la sala de espera, consultorios médicos, auditorio.
- Materiales: Artículos de oficina y papelería, como son hojas, pluma, lápiz, goma, computadora, impresora, estetoscopio, baumanómetro, calculadora.
- Tecnológicos: Equipo de Cómputo con programas compatibles para Microsoft-Excel, Microsoft-Word, SPSS, unidad de almacenamiento de información de 4 giga bytes para computadora.

FINANCIAMIENTO

Todo el protocolo de investigación será financiado por el investigador con utilización de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 94 de IMSS.

FACTIBILIDAD

Este protocolo de investigación tiene una alta factibilidad ya que puede llevarlo a cabo cualquier médico familiar o residente de medicina familiar y se puede realizar en cualquier unidad de medicina familiar del IMSS, es de bajo costo y se puede reproducir en un periodo corto de tiempo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Programa de Trabajo: (anexo cronograma de actividades)

Primer año de la residencia

- Adquisición de los conocimientos en investigación biomédica, por medio de un seminario de Investigación I y Estadística I
- Selección del tema a investigar
- Búsqueda de referencias bibliográficas sobre hipertensión en asociación con sintomatología ansioso depresiva

- Elaboración del proyecto de investigación, conforme la metodología de investigación revisada.

Segundo año de la residencia

- Entrega del Proyecto de Investigación al Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) de la UMF 94.
- Modificaciones de acuerdo a las observaciones de CLIS
- Valoración de aprobación y registro
- Recolección de datos en UMF 94
- Solicitud de registro del protocolo
- Integración de la muestra
- Elaboración de la base de datos
- Análisis de resultados
- Elaboración de tesis y escrito médico
- Difusión del trabajo a través de sesión con personal residente, jornadas y/o envío a publicación de revista indexada.

BIBLIOGRAFIA

1-Organización Mundial De la Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo. 20013.

2- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

3-Norma Oficial Mexicana Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. NOM-030-SSA2-1999.

4-Boletín Informativo Organización Mundial de la Salud 2013.

5-Longo D, Kasper D. Harrison principios de Medicina Interna. Capitulo 247 Vasculopatía Hipertensiva Mc Graw Hill. 18va edición. México D.F. 2013..

6- GPC. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención. Actualización 2014.

7- Peter M. Abadir, MD. The Frail Renin- Angiotensin System. Clin Geriatr Med 27 (2011) 53–65.

8- Flicker L, Cardiovascular Risk Factors, Cerebrovascular Disease Burden, and Healthy Brain Aging. Clin Geriatr Med 26 (2010) 17–27.

9- Uchechukwu K.A. Sampson, Initial Clinical Encounter with the Patient with Established Hypertension. Cardiol Clin 28 (2010) 587–595.

10-Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 7)

11-Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014.

12-Katherine H. Winter. Hypertension. Prim Care Clin Office Pract 40 (2013) 179–194.

13-Management of Hypertension in the Outpatient Setting. Prim Care Clin Office Pract 35 (2008) 451–473.

14-Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos México. Publicaciones 2003 – 2010.

15- Longo D, Kasper D. Harrison principios de Medicina Interna. Ansiedad Mc Graw Hill. 18va edición. México D.F. 2013.

16-Pichot P. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1995.

- 17-GPC. Diagnostico y tratamiento del trastorno depresivo. IMSS-161-09.
- 18-Gil. B. Beliver. A, Duelo: evaluación , diagnóstico y tratamiento psicooncologi, España 2008; 5(1): 103-116.
- 19- GPC. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor.IMSS-499-11.
- 20-Rico. J. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerologia de colombia.
- 21-Peralta G. Depression and diabetes. Avances en Diabetologia 2007;23(2):105-108.
- 22-Larinjani B, Shahi K, Khalili M, etal. Association Between Depression and Diabetes. Journal of psychiatry 2004; 1433: 62-65.
- 23-Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara. Revista de Salud Pública México 2008; 10(1): 137-149.
- 24-López KH, Ocampo P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos de Medicina FamiliarMéxico 2007; 9(2): 80-86.
- 25-Isla P, Moncho J, Guasch O Torras A. Proceso de adaptación de la diabetes Mellitus tipo 1 : concordancia con las etapas de duelo descrito por Kubler Ross, Salud Publica unidad de enfermería Perú 2008.
- 26-Lorrabaquio MP. Tesina pérdidas que presentan los pacientes que acuden al grupo del diabético del Hospital Naval de Veracruz IMSS 2009.
- 27-Colunga R. Garcia J. Salazar J. Gonzalez M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara. Revista de Salud Pública México 2008; 10 (1): 137-149.
- 28-Castro G. Tovar A. Mendoza U. Trstorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009; 47 (4): 377-382.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PÁCIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

UMF 94 MEXICO D.F. ABRIL 2015.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple, la prevalencia actual en México es de 31.5% y es más alta en adultos con obesidad. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, solo el 76.3% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ENSANUT, 2012. La evidencia científica actual señala que algunas patologías de índole crónica pueden contribuir al descontrol de la tensión arterial. Dentro de los factores que pueden contribuir a este descontrol se encuentran los trastornos mentales. En México los trastorno neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de carga prematura y días vividos con incapacidad Según la encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica 2003 en México mostro que el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia del 14.3 % y la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. Con una prevalencia en México de 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres. La prevalencia de depresión que manifiestan estos pacientes con hipertensión arterial puede ser atribuida al duelo que es desencadenado ante la pérdida irrecuperable de la salud manifestándose en una escasa participación del paciente en el apego terapéutico establecido lo que se manifiesta en un pobre control de la presión arterial y una elevada incidencia de las complicaciones de esta misma enfermedad. Dentro de la UMF Núm. 94 los pacientes que cuentan con descontrol hipertensivo no llevan un seguimiento de rutina para buscar alteraciones psiquiátricas como coadyuvante en el mal control de la tensión arterial por lo que con este estudio se pretende establecer el impacto de este tipo de patologías como perpetuadores del descontrol tensional.

Procedimientos:

Contactar a los pacientes con diagnostico de hipertensión que acuden a consulta regular en la UMF 94 y contestar el instrumento Hospital Anxiety and depresión scale (HAD)

Posibles riesgos y molestias:

Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Mejora en la calidad de la atención de los servicios de salud.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Participación o retiro:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. ESTHER AZCARATE GARCIA. , Matricula: 99362280 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico esther.azcarateg@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dr.Christian David Sevilla Mendoza, MATRICULA: 98367613 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 Correo electrónico: sevdavi@hotmail.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO

DATOS GENERALES

Folio: _____.

Sexo: (M) (F)

Edad: _____.

Estado civil: (Soltero) (Casado) (Unión libre) (Separado) (Divorciado) (Viudo)

Ocupación: (Jubilado o pensionado) (Hogar) (Obrero) (Comerciante) (Empleado)

Escolaridad:

PRIMARIA () SECUNDARIA () BACHILLERATO () LICENCIATURA ()

TA PREVIA _____ TA ACTUAL _____

ESCALA HOSPITAL ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario tiene como propósito identificar su estado emocional, recuerde que sus emociones pueden ayudar ó dificultar el control hipertensivo.

Lee con atención las siguientes preguntas y marque con una X la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que piensan mucho.

1-Me siento tenso o “NERVISOSO”

- a) Todo el día (3)
- b) Casi todo el día (2)
- c) De vez en cuando (1)
- d) Nunca (0)

2- Disfruto la vida igual que antes de saber que soy hipertenso

- a) Siempre (0)
- b) Más o menos (1)
- c) Casi no (2)
- d) No (3)

3- Siento una especie de temor, como si algo me fuera a suceder

- a) Si y muy intenso (3)
- b) Si, pero no muy intenso (2)
- c) Si pero no me preocupa (1)
- d) No siento nada de eso (0)

4- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- a) Casi siempre (0)
- b) Frecuentemente (1)
- c) Rara vez (2)
- d) No en absoluto (3)

5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- a) Todo el día (3)
- b) Casi todo el día (2)
- c) De vez en cuando (1)
- d) Nunca (0)

6- Me siento alegre

- a) Casi siempre (3)
- b) Frecuentemente (2)
- c) Rara vez (1)
- d) No en absoluto (0)

7- Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente

- a) Casi siempre (0)
- b) Frecuentemente (1)
- c) Rara vez (2)
- d) No en absoluto (3)

8- Me siento lento (a) y torpe

- a) Todo el día (3)
- b) Casi todo el día (2)
- c) De vez en cuando (1)
- d) Nunca (0)

9- Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estomago

- a) Casi siempre (0)
- b) Frecuentemente (1)
- c) Rara vez (2)
- d) No en absoluto (3)

10- He perdido interés por mi aspecto personal

- a) Casi siempre (3)
- b) Frecuentemente (2)
- c) Rara vez (1)
- d) No en absoluto (0)

11-Me siento inquieto (a) como si no pudiera dejar de moverme

- a) Casi siempre (3)
- b) Frecuentemente (2)
- c) Rara vez (1)
- d) No en absoluto (0)

12- Espero las cosas con ilusión

- a) Casi siempre (0)
- b) Frecuentemente (1)
- c) Rara vez (2)
- d) No en absoluto (3)

13-Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor

- a) Casi siempre (3)
- b) Frecuentemente (2)
- c) Rara vez (1)
- d) No en absoluto (0)

14-Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión

- a) Casi siempre (0)
- b) Frecuentemente (1)
- c) Rara vez (2)
- d) No en absoluto (3)

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

DESCONTROL HIPERTENSIVO Y SU ASOCIACION CON TRASTORNO MIXTO EN PÁCIENTES DE LA UMF 94 DEL IMSS

Actividades	MES	OCT.	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Elaboración del Protocolo	P	P						
	R	R						
Elaboración de Instrumento	P		P					
	R		R					
Prueba Piloto	P			P				
	R			R				
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P				P			
	R				R			
Recolección de la información	P					P		
	R					R		
Elaboración de la base de datos	P					P		
	R					R		
Captura de los información	P					P		
	R					R		
Procesamiento de Datos	P						P	
	R						R	
Análisis de los Resultados	P						P	
	R						R	
Elaboración del escrito científico	P							P
	R							

P=Programado

R=Realizado