



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TITULO:

ANSIEDAD EN HIPERTENSOS DEL BARRIO RUMIZHITANA DEL
CANTON LOJA; PERIODO OCTUBRE DICIEMBRE 2015.

Tesis previa a la obtención del título
de Médico General.

AUTORA:

Jessica Patricia Chimbo Uchuari

DIRECTOR:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.


DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación: "ANSIEDAD EN HIPERTENSOS DEL BARRIO RUMIZHITANA DEL CANTÓN LOJA; PERIODO OCTUBRE DICIEMBRE 2015.", presentado por la Srta. Jessica Patricia Chimbo Uchuari, previo a optar el grado de Medico General, ha sido elaborado bajo mi dirección y una vez revisado, autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, 18 de Enero del 2016

Atentamente:


Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.sc

AUTORÍA

Yo, Jessica Patricia Chimbo Uchuari, estudiante de la Carrera de Medicina Humana del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, libre y voluntariamente declaro ser autora del trabajo de tesis denominado: **“ANSIEDAD EN HIPERTENSOS DEL BARRIO RUMIZHITANA DEL CANTÓN LOJA; PERIODO OCTUBRE DICIEMBRE 2015.”**, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representante jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional de la Biblioteca Virtual.

Autora: Jessica Patricia Chimbo Uchuari



Firma

Número de Cédula: 1900745751

Fecha: 18 de Enero del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

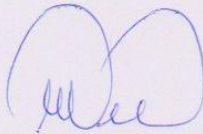
Yo Jessica Patricia Chimbo Uchuari, con cédula 1900745751, declaro ser la autora de la tesis titulada "**ANSIEDAD EN HIPERTENSOS DEL BARRIO RUMIZHITANA DEL CANTÓN LOJA; PERIODO OCTUBRE DICIEMBRE 2015.**", como requisito para optar el grado de Medico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional del Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI en las redes de información del País y del exterior, con cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia en la ciudad de Loja, a los 18 días del mes de Enero del 2016.

Firma



Autora: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Cédula: 1900745751

Dirección: Loja

Correo: jessica_122@hotmail.es

Celular: 0985329674

Datos complementarios:

Director de tesis: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dra. Alba Beatriz Pesantez González

Dr. Richard Orlando Jiménez

Dr. Luis Vicente Minga Ortega

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quién supo por darme una oportunidad para vivir, por guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades que se me han presentado durante esta trayectoria.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Especialmente a mis padres por su apoyo, por ayudarme incondicionalmente con los recursos necesarios y por la motivación constante que me ha permitido llegar a este momento tan importante de mi vida profesional.

A mi hija Scarlett quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y brindándome su apoyo para lograr esta meta.

A mis compañeros universitarios con quienes he compartido gran parte de mi vida y mi carrera, de quienes he aprendido, con quienes he compartido conocimientos, y a quienes hoy considero grandes amigos.

En general a todas las personas que me han orientado para enriquecer mis conocimientos y escalar un peldaño más en mi vida y finalizar con éxito esta etapa que me servirá para fortalecerme en los momentos más difíciles de mi existencia.

Jessica Patricia Chimbo Uchuari

AGRADECIMIENTO

En mi trabajo investigativo primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Nacional de Loja gratitud total por darme la oportunidad de estudiar y cumplir mi meta.

Agradecimiento a mis profesores que durante toda mi carrera profesional han aportado con un granito de arena a mi formación, de manera especial a mi director de tesis, Dr. Patricio Aguirre por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A todas las personas que de una u otra manera me han brindado su apoyo, amistad, ánimo y compañía para lograr este sueño tan anhelado.

Y agradecer a los integrantes del Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana por permitirme realizar esta investigación.

Jessica Patricia Chimbo Uchuari

I. TÍTULO

**“ANSIEDAD EN HIPERTENSOS DEL BARRIO
RUMIZHITANA DEL CANTÓN LOJA; PERIODO
OCTUBRE DICIEMBRE 2015.”**

II. RESUMEN

Los niveles de hipertensión arterial muestran una relación estrecha con los niveles de ansiedad; motivo del presente trabajo investigativo; el mismo que es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, para la obtención de la información se utilizó una hoja de recolección de datos y se aplicó la Escala de Hamilton. Investigando aspectos fundamentales como: el tipo de ansiedad que presentan, la edad, género, condición económica, estado civil, ocupación e instrucción de los hipertensos; definir el tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial; describiendo los diferentes niveles de ansiedad propendiendo mejorar la eficacia terapéutica obteniéndose que el: 55 % de pacientes se encuentran en una edad comprendida entre 75 – 85 años, siendo más prevalente el género femenino con un 61%; un 72% poseen una condición socioeconómica media, 59% son casados; las ocupaciones con mayor porcentaje son amas de casa y agricultores con 45% y 22 % respectivamente; el 75% cuenta con nivel de instrucción primaria; Y el 42% conllevan esta enfermedad entre 2 a 4 años. En lo que tiene que ver con los diferentes niveles de ansiedad encontrados tenemos que: el 53% presenta un nivel de ansiedad leve, el 38% un nivel de ansiedad moderado y un 9% presenta un nivel de ansiedad grave. Al relacionar los grados de hipertensión arterial con los niveles de ansiedad; se estableció que: el 33% de pacientes con una Hipertensión Arterial grado I presentan un nivel de ansiedad leve; el 14% se encuentran en el grado II y 6% en el grado III de hipertensión arterial. En el nivel moderado 22% se encuentran en el grado I, 6% están en el grado II, y 9% están dentro del grado III. Finalmente en el nivel grave de ansiedad, 4% están en el grado II y 6% en el grado III de hipertensión arterial; ratificándose así la importancia del estado emocional en el control adecuado de su patología.

Palabras clave: Ansiedad, Hipertensión arterial, Escala de Hamilton.

SUMMARY

Blood pressure levels show a close relationship with anxiety levels; subject of this research work; it is a study of descriptive, prospective and transversal, to obtain information sheet data collection was used and the Hamilton Rating Scale was applied. Investigating fundamental aspects such as the type of anxiety that occur, age, gender, economic status, marital status, occupation and education of hypertensive; define the time evolution of Hypertension; describing the different levels of anxiety tending to improve the therapeutic efficacy obtaining the 55% of patients are at an age between 75-85 years, being more prevalent female gender with 61%; 72% have an average socioeconomic status, 59% are married; occupations with the highest percentage are housewives and farmers with 45% and 22% respectively; 75% have primary education level; And 42% carry the disease between 2-4 years. In what has to do with the different levels of anxiety we have found that: 53% have a level of mild anxiety, 38% a moderate level of anxiety and 9% have a level of severe anxiety. By relating the degree of hypertension with anxiety levels; it was established that: 33% of patients with Hypertension Grade I have a mild level of anxiety; 14% are in grade II and 6% in Grade III hypertension. In the moderate 22% are in the first grade, 6% were in grade II, and 9% are within the level III. Finally in the serious level of anxiety, 4% were in grade II and 6% in grade III hypertension; thus ratifying the importance of the emotional state adequate control of their disease.

Keywords: Anxiety, Hypertension, Hamilton Scale.

III. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónico degenerativas que aquejan la vida moderna; es un hecho constatado la relación existente entre las reacciones y desórdenes emocionales con la presión arterial; demostrado así en distintos estudios cómo los pacientes hipertensos están caracterizados por una respuesta de ansiedad más alta que los pacientes normales.

La ansiedad se convierte en una respuesta habitual ante ciertas circunstancias cotidianas, sin embargo cuando ésta es incontrolable se convierte en una amenaza para el individuo y por lo tanto se requiere brindar un manejo integral para dichos pacientes, además hace que las personas sean incapaces de enfrentarse y responder de forma adecuada a los problemas por lo tanto afecta directamente en la vida cotidiana convirtiéndose en un limitante de fundamental importancia en las actividades diarias de los pacientes.

Diversos estudios sugieren que el estrés psicológico puede desempeñar un importante papel como factor de riesgo tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la hipertensión arterial, puesto que en su desarrollo y mantenimiento influyen una gran variedad de factores, desde factores biomédicos o de estilo de vida, hasta factores psicológicos como el estrés, las emociones negativas o algunos rasgos de personalidad. (5)

En este sentido, los pacientes hipertensos presentan significativamente mayores niveles de ansiedad que grupos de personas que no padecen hipertensión. Está claro que la ansiedad y la depresión, que pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial, por tanto se vuelve relevante el entrenamiento adecuado para su control.

La información resultante de esta investigación es de gran utilidad, ya que brindará nuevos conocimientos de interés personal para el médico y por consiguiente permitirá ofrecer una atención de mejor calidad a los y las pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial principalmente a quienes conforman el club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana. Debido a que esta investigación aportó información sobre los niveles de ansiedad en pacientes hipertensos, permitió ofrecer una atención integral que no solo enfocada en medidas terapéuticas y dietéticas sino que también se brinde apoyo psicológico a este tipo de pacientes y de esta manera brindar seguridad emocional, lo cual contribuirá a lograr un aumento en el cumplimiento y eficacia terapéutica.

Para la realización de este trabajo investigativo se establecieron los siguientes objetivos: conocer la edad, género, condición económica, estado civil, ocupación e instrucción de los hipertensos; definir el tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial; describir los niveles de ansiedad aplicando la escala de Hamilton y su relación con los grados de hipertensión arterial; y socializar los resultados obtenidos en este trabajo investigativo a la población en estudio con la finalidad de mejorar la eficacia terapéutica.

Este trabajo investigativo es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, realizado en 64 pacientes hipertensos del barrio Rumizhitana parroquia Malacatos; la recolección de información se realizó mediante una hoja de registro de datos y la aplicación de la Escala de Hamilton para establecer los niveles de ansiedad.

Obteniéndose que: el mayor porcentaje de personas con hipertensión arterial se encuentran en una edad comprendida entre 75 – 85 años con un 55 %; existe una mayor prevalencia en el género femenino con un 61%; un 72% poseen una condición socioeconómica media, 59% son casados, las ocupaciones encontradas con mayor porcentaje son amas de casa con un 45%,

y agricultores con un 22 %; y finalmente un 75% cuenta con nivel de instrucción primaria.

De las 64 personas en estudio, el 16% padecen de hipertensión arterial por un tiempo menor a 2 años, el 42% conllevan esta enfermedad entre 2 a 4 años, el 36% con un tiempo de 4 a 6 años, y finalmente un 6% presentan un tiempo de evolución mayor a 6 años; el 53% tiene un nivel de ansiedad leve, el 38% un nivel de ansiedad moderado y un 9% ansiedad grave. Al relacionar con los grados de hipertensión arterial se estableció que en un nivel de ansiedad leve el 33% se encuentran en el grado I, 14% en el grado II, y 6% en el grado III de hipertensión arterial. En el nivel moderado 22% se encuentran en el grado I, 6% están en el grado II, y 9% están dentro del grado III. Finalmente en el nivel grave de ansiedad, 4% están en el grado II y 6% en el grado III de hipertensión arterial.

En la culminación del presente trabajo de tesis se sugieren recomendaciones factibles de llevarlas a efecto y mejorar tanto el control de la patología como el aspecto psicológico del grupo de pacientes investigados.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

1. ANSIEDAD

Un gran número de seres humanos han experimentado en alguna ocasión una crisis de ansiedad y por lo general está relacionada a preocupaciones excesivas o a cualquier factor estresante (ir a una entrevista, rendir un examen, etc).

La ansiedad se convierte en una respuesta habitual ante ciertas circunstancias cotidianas, sin embargo cuando ésta es incontrolable se convierte en una amenaza para el individuo y por lo tanto se requiere brindar un manejo integral para dichos pacientes.

La ansiedad patológica hace que las personas sean incapaces de enfrentarse y responder de forma adecuada a los problemas por lo tanto afecta directamente en la vida cotidiana convirtiéndose en un problema.

1.1 DEFINICIÓN

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. (Reyes, 2011)

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas* refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y

displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2011)

1.2 ESTRUCTURAS NEUROANATÓMICAS DE LA ANSIEDAD

LA AMIGDALA

Es una estructura localizada en el lóbulo temporal y su función es coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad.

LOCUS CERULEUS

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiacepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador. Por todo esto se convierte en un centro importantísimo de respuesta ante cambios del medio interno y externo. (Reyes, 2011)

TÁLAMO

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico. (Reyes, 2011)

HIPOTÁLAMO

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación

neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés. (Reyes, 2011)

HIPOCAMPO

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla. (Reyes, 2011)

1.3 CLASIFICACIÓN

En lo concerniente a clasificación se hablaría de: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico.

1.3.1 Trastorno por ansiedad generalizada. Este se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado. La ansiedad, síntoma base de este trastorno, por lo general se acompaña de sensación de tensión interna y dificultad para relajarse. Esta tensión frecuentemente puede producir temblor de manos en reposo, e incluso durante los movimientos intencionales.

En la gran mayoría de los casos se detecta una hiperactividad del sistema nervioso autónomo o vegetativo que regula la actividad visceral. Los pacientes se quejan con frecuencia de cefalea, descrita como una banda apretada que rodea la cabeza asociada a sensación de mareo. Otras veces es una sensación de inestabilidad o la manifestación de que no es posible sujetar la cabeza. Son quejas comunes también la visión borrosa a consecuencia de la dilatación pupilar, la disminución de la salivación y la excesiva sudoración, especialmente en manos, pies, axilas y cara. Otros síntomas

frecuentes son los relacionados con la hiperactividad vegetativa del aparato digestivo (sensación de peso en el estómago, náuseas, retortijones abdominales), cardiovascular (palpitaciones) y urinaria (mayor frecuencia en las micciones). Constituyen también molestias típicas los hormigueos en los miembros, los dolores musculares erráticos, la pesadez en piernas o brazos, la fatigabilidad precoz, la palidez facial, el insomnio de conciliación, la irritabilidad y un vago sentimiento de zozobra, impaciencia, preocupación y aprensión. (Puchol, 2006)

1.3.2 Trastorno de pánico. El síntoma básico de este trastorno es el ataque de angustia. Se trata de un episodio de angustia intolerable, de comienzo brusco, de breve duración y carácter espontáneo, no ligado a sucesos claramente identificables. Los síntomas característicos están constituidos por combinaciones variadas de sentimientos de aprensión, miedo o terror, junto a manifestaciones físicas que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios, hasta molestias abdominales, pasando por sensaciones de mareo, sudoración, temblor, hormigueos y escalofríos. En algunos casos el paciente refiere sentimientos de extrañeza referidos a sí mismo o a su entorno. (Puchol, 2006)

1.4 FACTORES DE RIESGO

GENÉTICOS: Los estudios familiares han constatado una mayor prevalencia de la ansiedad generalizada y del trastorno de pánico, en los familiares de primer grado de los probados con los respectivos diagnósticos. El método de los gemelos ha sido también empleado para dilucidar la influencia de los factores

disposicionales frente a los factores ambientales en el desarrollo de los estados de ansiedad.

EPIGENÉTICOS: adaptación a los vínculos tempranos, influencias externas sobre el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje. (Bustamante)

BIOQUÍMICOS: la comprensión de los mecanismos biológicos que median las manifestaciones cognitivas y patofisiológicas de la ansiedad ha sido posible gracias al descubrimiento del complejo receptor de benzodiazepinas-GABA y a los avances en el conocimiento de la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica. (González, 2010)

PSICOSOCIALES: Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada. (Navas, 2012)

FACTORES TRAUMÁTICOS: Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático. (Navas, 2012)

1.5 SÍNTOMATOLOGÍA

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad son múltiples por lo que se han sido agrupados en diversas categorías:

- **Físicos:** taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- **Psicológicos:** inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre y dificultad para tomar decisiones; en casos más extremos, el suicidio.
- **De conducta:** estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal (posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etcétera). (González 2010)
- **Intelectuales o cognitivos:** dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etcétera.
- **Sociales:** irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para

expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos y temor excesivo a posibles conflictos. (González 2010)

Los síntomas al igual que su intensidad varían de una persona a otra. En casos de ansiedad normal los síntomas son de intensidad leve y duración corta, sin embargo en aquellas personas en las que existe ansiedad patológica los síntomas son mucho más graves e incapacitantes.

1.6 DIAGNÓSTICO

1.6.1 Entrevista semiestructurada: Para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica. En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge o se pierde la información necesaria para orientar el diagnóstico y la decisión de estrategias por seguir. Al intentar sistematizar la técnica, entre una entrevista dirigida y una libre, la entrevista semiestructurada combina ambos tipos, adaptándose a las características del encuentro médico-paciente que se da en el ámbito de la Atención Primaria (combina la gestión del tiempo, el abordaje biopsicosocial y se centra en el paciente como experto en sí mismo). Empieza con preguntas más abiertas (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema.(Bulbena et al)

1.6.2 Uso de escalas: Existe un gran número de escalas que mediante su aplicación permiten seleccionar personas con puntuación alta que permitiría sospechar en algún trastorno en este caso de ansiedad y

por ende la realización de un estudio más profundo de aquellos pacientes.

1.6.3 Todos estos instrumentos presentan las limitaciones de detectar falsos positivos y negativos, dado que todos tienen una sensibilidad y especificidad inferior al 100%. No es, pues, factible ni recomendable utilizar las escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad. Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos que utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. (Bulbena et al)

A continuación se exponen algunos de ellos en relación con la ansiedad:

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)
- Hospital, Ansiedad y Depresión
- Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) (Chamorro)
- Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ)

1.7 TRATAMIENTO

El tratamiento de la ansiedad engloba varios objetivos, entre ellos se incluyen: el alivio de los síntomas y evitar secuelas. Por lo tanto se han planteado algunas estrategias para el manejo adecuado de esta patología.

1.7.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- **Proporcionar psicoeducación:** Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento (incluso los posibles efectos secundarios). Evite siempre decirle “No tiene nada”.
- **Técnicas de relajación:** Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1,2,3,4,5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1,2,3,4,5. (Báez, 2008)
- **Realizar psicoterapia:** Todo médico se convierte en psicoterapeuta al establecer una buena relación médico paciente y una buena alianza terapéutica. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia. El médico puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos.

1.7.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Se han utilizado algunas drogas para disminuir el grado de ansiedad como se describe a continuación:

- **BENZODIAZEPINAS (BZD):** Son los medicamentos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este

neurotransmisor. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. (Navas, 2012)

- **BUSPIRONA:** Los primeros hallazgos de los ensayos clínicos con estos fármacos, mostraron que era tan eficaz como las BZD en el tratamiento de la tensión arterial, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y perfil de toxicidad diferente. No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de buspirona. No se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad. (Navas, 2012)
- **HIDROXICINA:** Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se disponen muy pocos datos. Causa poca dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad. (Navas, 2012)
- **ANTIDEPRESIVOS** La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en ataques de ansiedad. Recordar que a todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deben ser informados, al inicio del tratamiento, de sus efectos secundarios potenciales (incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento), y del riesgo de síntomas de discontinuidad/retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente. (Navas, 2012)

1.8 PRONÓSTICO

El pronóstico de Ansiedad depende de la gravedad del trastorno, esto quiere decir que primero tenemos que realizar una evaluación psicológica del paciente, para poder saber en qué nivel de Ansiedad se encuentra.

En general podemos decir que los trastornos de ansiedad presentan un curso con tendencia a las recidivas y la cronicidad. Aunque también se pueden producir remisiones espontáneas, éstas no suelen alcanzara más del 10-20% de los casos según diversos autores. En los estudios de seguimiento se señala que, con frecuencia, alrededor del 50% de los pacientes presentan una recuperación de moderada a marcada. Sin embargo, las remisiones parciales y la recuperación in completa suele ser la norma, asociándose además a una incapacidad residual variable según los casos. Así, en estudios llevados a cabo en el ámbito de la atención primaria, se ha señalado que sólo dos de cada cinco pacientes con trastornos de ansiedad tenían un buen pronóstico, siendo la personalidad premórbida patológica uno de los factores de mal pronóstico También se ha visto que los trastornos de ansiedad y los mixtos de ansiedad-depresión tenían peor pronóstico que los trastornos depresivos. (Ibañez, 2010)

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.1 INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna. Es un proceso que afecta sin distinciones a las sociedades desarrolladas y es extraordinariamente prevalente, por lo que casi uno de cada cuatro ciudadanos presenta cifras elevadas de presión arterial. Es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo, no en vano ha sido denominada asesina silenciosa, ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando es demasiado tarde.

Actualmente las cifras de personas afectadas por la hipertensión arterial en el mundo – según estimados – es de 691 millones, su prevalencia en la mayoría de los países se encuentra entre el 15 y 30 por ciento (%), y después de los 50 años casi el 50% de la población está afectada por ella. Esta enfermedad se relaciona con múltiples factores de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica; la prevalencia se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales en relación con los hábitos tóxicos. (Góngora, 2010)

2.2 DEFINICIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades crónico degenerativas que aquejan la vida moderna, se inicia generalmente en la edad productiva, acorta la esperanza de vida e incrementa el riesgo de una calidad de vida precaria. Desde el punto de vista hemodinámico, la hipertensión arterial es la elevación continua y sostenida de las cifras tensionales diastólicas y/o sistólicas. (Hernández, 2011)

No obstante, y dado que desde el punto de vista práctico es preciso disponer de valores de referencia para evaluar y tratar a los pacientes, tanto la Organización

Mundial de la Salud (OMS), como la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité Nacional Conjunto Estadounidense para la Prevención, la Detección, la Evaluación y el Tratamiento de la Presión Arterial Elevada (CNC) han establecido que la HTA se diagnostica cuando en varias ocasiones consecutivas la Presión Arterial Diastólica (PAD) es superior o igual a 90 mmHg o cuando Presión Arterial sistólica (PAS) es superior o igual a 140 mmHg. (Diez)

2.3 FACTORES DE RIESGO

Edad: las personas mayores de 65 años tienen un incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistólica.

Etnia: es más frecuente y agresiva en pacientes afroamericanos

Género: la hipertensión arterial es más frecuente en mujeres menopaúsicas.

Herencia: la presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta segundo grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida influye definitivamente en la presencia de enfermedad cardiovascular.

Tabaquismo: los fumadores presentan el doble de probabilidades de padecer HTA.

Alcohol: el consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD en 0.5 mmHg.

Sedentarismo: la vida sedentaria predispone al sobrepeso y aumento de colesterol total. Una persona sedentaria tiene mayor riesgo (20 A 50%) de contraer hipertensión.

Dieta: El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA.

Psicológicos y sociales: El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado con el estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos corporales rápidos). (Pinilla et al, 2009)

2.4 SÍNTOMAS

La mayoría de las personas no son conscientes de que padecen hipertensión arterial (tensión alta, presión arterial alta). Por lo general, esta enfermedad es silente, asintomática, en sus inicios, debido a lo cual la hipertensión arterial sin causa reconocible (hipertensión primaria) suele cursar durante años o incluso décadas sin ser detectada, y su diagnóstico se efectúa, por tanto, de manera tardía. Sin embargo, aunque no exista sintomatología, a la larga la hipertensión produce daños en el organismo. (Onmeda, 2014)

Esta patología puede manifestar los siguientes síntomas tras varios años:

- Cefalea
- Vértigo
- Hemorragia nasal
- Acúfenos

Dado que por lo común la hipertensión arterial cursa durante largo tiempo sin ser descubierta, pueden surgir a largo plazo daños en los órganos. El objetivo del tratamiento antihipertensivo es evitar los daños vinculados a la hipertensión arterial, que pueden manifestarse por medio de síntomas diversos como los siguientes:

- Disnea
- Dolor en el pecho (angina de pecho)
- Trastornos visuales o de la sensibilidad
- Infarto de miocardio y accidente cerebrovascular

2.5 CLASIFICACIÓN

Clasificación de la Hipertensión arterial según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	< de 140	< de 90
HTA (leve)	140 - 180	90 - 105
HTA moderada y severa	> 180	> 105
Subgrupo limítrofe	140 -160	90 - 95
HTA sistólica aislada	> 160	<90
HTA sistólica aislada limítrofe	140 - 159	<90

2.6 DIAGNÓSTICO

Anamnesis y examen físico

El interrogatorio del hipertenso está orientado a pesquisar:

- Factores de riesgo coexistentes
- Historia de eventos cardio y cerebro vasculares
- Co-morbilidades que condicionen la elección del tratamiento (gota, asma, prostatismo)
- Síntomas: vasculares, neurológicos (incluyendo cefalea), falla cardíaca, apnea obstructiva del sueño (AOS)
- Consumo de alcohol, antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y demás sustancias presoras.
- Alimentación y actividad física
- Experiencia con tratamientos previos (eficacia, efectos adversos),
- Antecedentes familiares (HTA, diabetes, enfermedad cerebrovascular y coronaria prematuras, nefropatía).

El examen físico incluye:

- Toma de PA y frecuencia cardíaca (FC).
- Examen cardíaco y arterial.
- Antropometría (perímetro de abdomen y cadera, peso y talla).
- Búsqueda de estigmas endocrinos (acantosis nigricans, Cushing y acromegalia).
- Examen neurológico (opcional Minimental test o Test del reloj según contexto clínico).
- Fondo de ojo (obligatorio en HTA severa, pacientes con cefalea y diabéticos. (Ingaramo et al, 2015)

La toma de la presión arterial se debe realizar con instrumentos apropiados, se recomienda el uso del esfigmomanómetro de mercurio con un manguito cuya cámara de aire abarque al menos el 80% de la circunferencia del brazo. Además la medición de la tensión arterial debe realizarse con especial cuidado preferentemente a primera hora de la mañana. Debe medirse en ambos brazos después de 5 minutos de reposo en posición sentada o en decúbito supino. (Organización Panamericana de la Salud, 2013)

Estudios básicos para el diagnóstico y evaluación

- Hematocrito
- Recuento leucocitario
- Glucemia en ayunas
- Colesterol total, HDL, LDL y Trigliceridemia
- Creatinina sérica
- Filtrado glomerular estimado (fórmula MDRD)
- Uricemia

- Ionograma
- Orina completa
- Electrocardiograma (ECG)
- Cociente albumina/creatinina en orina.

2.7 TRATAMIENTO

2.7.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La modificación en el estilo de vida debe ser instaurada en todo paciente hipertenso, incluso aquellos con tratamiento farmacológico con el fin de controlar los factores de riesgo y reducir el número y dosis de fármacos

- La reducción de la presión arterial por disminución de ingesta de sodio es de mayor magnitud en pacientes > 45 años que no reciben tratamiento farmacológico. (Echeverría, 2014)
- Es conveniente realizar ejercicio aeróbico de 30-60 min., al menos de 3 a 5 días a la semana (Caminar, trotar, ciclismo, aerobics o natación).
- Se estima que una reducción de 4-8 % del peso pueden disminuir la presión arterial sistólica y diastólica de 3 - 5 mmHg en pacientes con sobrepeso y obesidad. (Echeverría, 2014)
- Se debe recomendar una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido de potasio, en todos los pacientes con hipertensión arterial sin insuficiencia renal. (Echeverría, 2014)

2.7.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico se inicia cuando las medidas en el cambio de estilo de vida no logran controlar la hipertensión arterial. Sólo cuando se haya confirmado su necesidad, se debe emprender el tratamiento farmacológico por etapas:

- ETAPA I. Comenzar siempre por una droga (monoterapia) y con la dosis mínima. Si no se controla en dos o tres semanas pasar a la etapa II.
- ETAPA II. Elevar la dosis del medicamento, sustituirlo o agregar otro medicamento.
- ETAPA III. Igual a la anterior. Si el paciente no se controla con la asociación de tres medicamentos (uno de ellos diurético). Interconsulta especializada de referencia. (Cutiño, 2013)

El uso de los fármacos debe seguir la siguiente línea:

- Diurético
 - Hidroclorotiazida.
 - Clortalidona.
 - Furosemida
- Betabloqueador.
 - Atenolol
 - Propanolol
- Inhibidor de la ECA
 - Captopril
 - Enalapril
 - Lisinipril
- Anticálcicos
 - Nifedipina retard
- Vasodilatadores
 - Hidralazina
- Alfa-2 agonistas centrales
 - Metildopa
- Bloqueadores de receptores de la angiotensina II
 - Losartan

3. ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

3.1 DEFINICIÓN

Es una escala heteroaplicada que evalúa la intensidad de la ansiedad. Consta de 14 ítems que valoran los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. Un ítem evaluará el ánimo deprimido. Dependiendo del tipo de síntoma, se medirá de menor a mayor gravedad, duración o disfunción.

Su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) (1) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. (Andaluz, 2011)

3.2 INTERPRETACIÓN

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no

estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

La puntuación (suma de las puntuaciones en los ítems), oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, algunos autores sugieren que una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa. (Andaluz, 2011)

3.3 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

3.3.1 Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$). (Universidad de Madrid)

3.3.2 Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento. (Universidad de Madrid)

3.4 RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA

- Tiempo de administración: 15-30 minutos

- Normas de aplicación: El terapeuta debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima).
- Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

- De tipo descriptivo: ya que permite describir las variables establecidas: hipertensión arterial, ansiedad y escala de Hamilton.
- De tipo prospectivo debido a que se registra la información a medida que van ocurriendo los hechos; es decir luego de aprobado el proyecto investigativo se pidió autorización a la población mediante un consentimiento informado, posteriormente se aplicó la encuesta y escala de Hamilton para obtener la información.
- De tipo transversal: porque se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento.

ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio investigativo se lo realizará en el barrio Rumizhitana, parroquia Malacatos del cantón Loja; el cual está habitado por 412 personas.

UNIVERSO:

El universo o población objeto de estudio estará compuesta por todas y todos los habitantes del barrio Rumizhitana perteneciente a la parroquia Malacatos, cantón Loja.

MUESTRA:

La muestra la constituirán 64 pacientes que pertenecen al Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial y que pertenezcan al club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana
- Pacientes con edad entre 35 y 85 años.
- Pacientes que acepten ingresar al estudio (consentimiento informado).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no deseen ingresar al estudio.

CRITERIOS ETICOS:

El trabajo que se realizará se cumplirá de manera confidencial y bajo total anonimato la identidad de cada una de los y las pacientes, además se extraerá únicamente la información necesaria.

TECNICAS E INSTRUMENTOS:

- Se redactó un consentimiento informado, el mismo que fue aplicado a las personas con hipertensión arterial del barrio Rumizhitana, obteniendo su autorización mediante la firma respectiva. **(Anexo 1)**.
- Se elaboró una hoja de registro de datos de los pacientes, con el fin de conservar y tener un respaldo de la información obtenida en esta investigación. **(Anexo 2)**.
- Se aplicó la escala de Hamilton para establecer los niveles de ansiedad de la población en estudio. La escala de Hamilton consta de 14 ítems que valoran los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la

intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. Una puntuación de 0 – 5 se considera como no ansiedad, de 6 a 14 como ansiedad de 15 a 20 como ansiedad moderada y mayo o igual a 20 como grave. **(Anexo 3).**

- Se elaboró un tríptico, el mismo que fue entregado a los hipertensos con la finalidad de brindar mayor información sobre la influencia del estado emocional, principalmente de la ansiedad, sobre los valores de tensión arterial. **(Anexo 4).**
- Se tomaron fotos durante la elaboración de esta investigación, las evidencian la realización de todos los procedimientos. **(Anexo 5).**

ANÁLISIS:

El análisis de los resultados del presente trabajo se organizó teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados: Conocer la edad, género, condición económica, estado civil, ocupación e instrucción de los pacientes que forman parte del Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana; Definir el tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial en los pacientes objeto de estudio; Describir los niveles de ansiedad aplicando la escala de Hamilton y su relación con los grados de hipertensión arterial y Socializar los resultados obtenidos en este trabajo investigativo con los integrantes del Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana con la finalidad de mejorar la eficacia terapéutica.

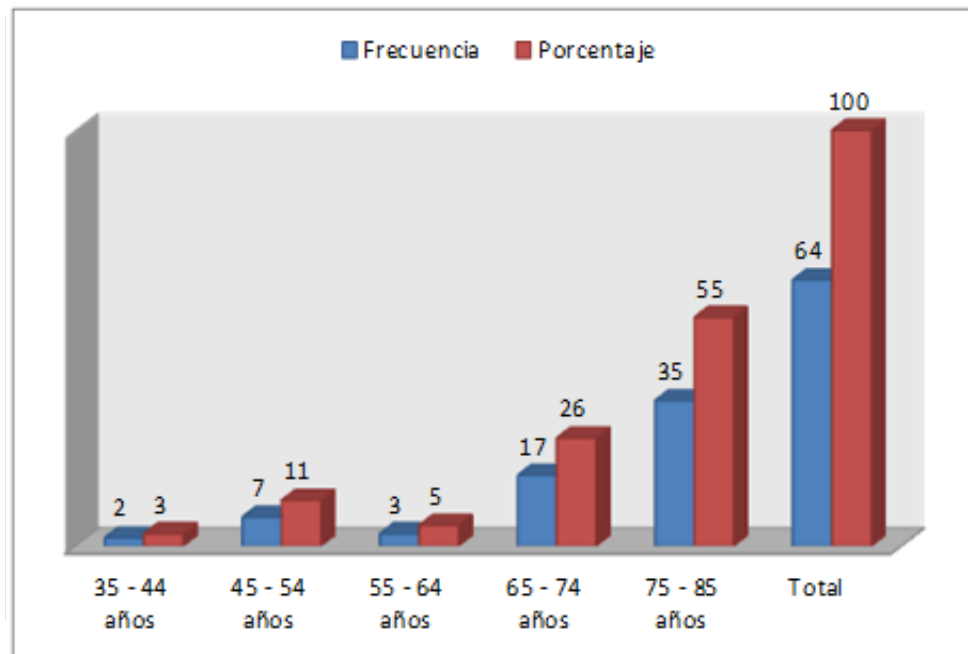
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Una vez levantada la información que se obtuvo de la ficha llenada por cada paciente, y para obtener los respectivos resultados se procedió a la tabulación mediante el programa de Microsoft Office Excel 2010 y su análisis respectivamente. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

VI. RESULTADOS

GRÁFICA N° 1:

Ansiedad en hipertensos del barrio Rumizhitana según grupo etario.

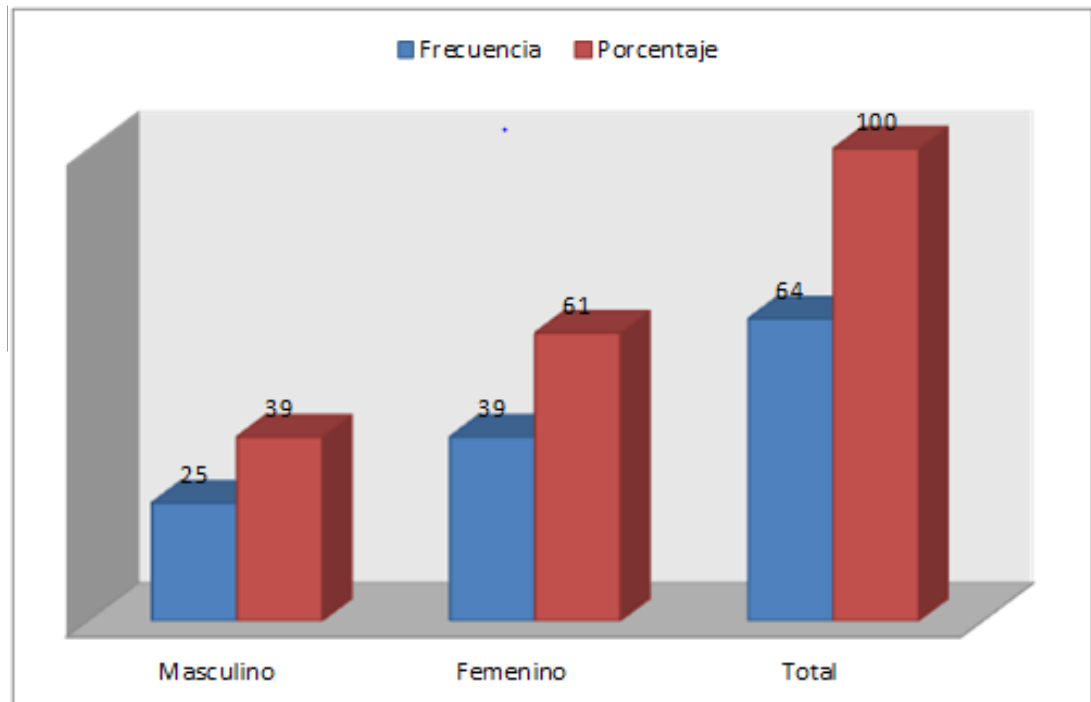


Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana
Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Análisis de datos: En la tabla se puede observar que el mayor porcentaje de pacientes hipertensos corresponde al grupo etario de 75 – 85 años con el 55 %; Seguido por el grupo etario de 65 a 74 años con el 26% y finalmente una edad comprendida entre 35 a 44 años con un porcentaje del 3 %.

GRÁFICA N° 2:

Ansiedad en hipertensos del barrio Rumizhitana según género.



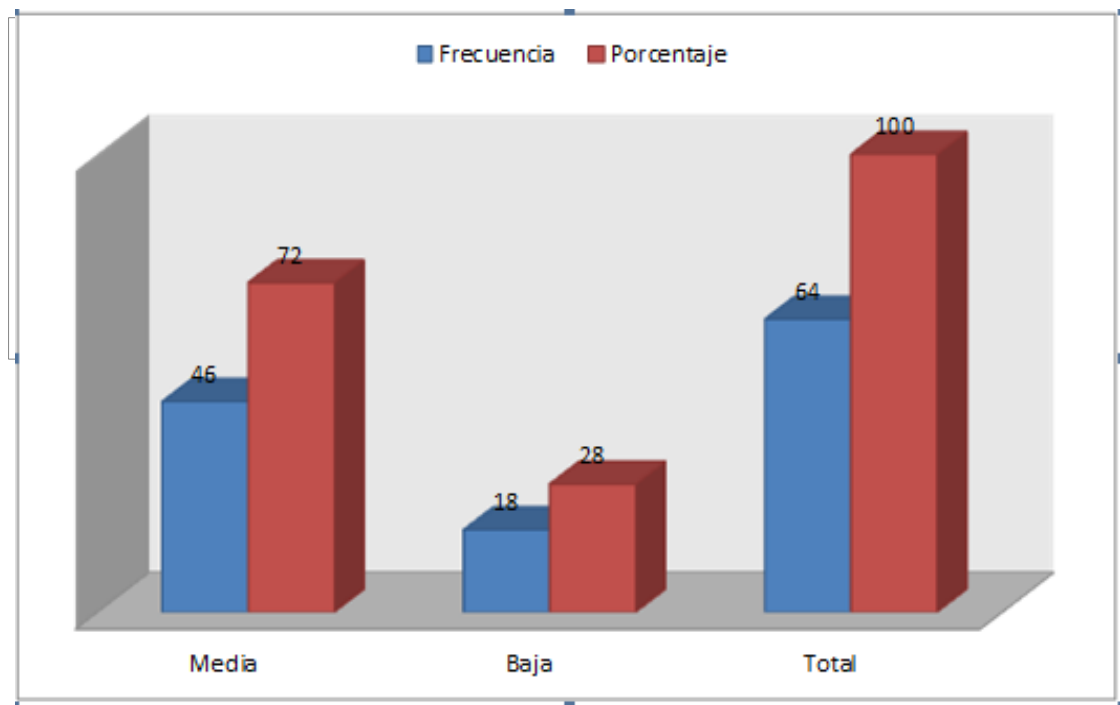
Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana

Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Análisis de datos: Al analizar los datos encontramos que de los 64 pacientes estudiados, 39 son pacientes mujeres con un porcentaje de 61%, mientras que los 25 restantes son de género masculino equivalente al 39%.

GRÁFICA N° 3:

Ansiedad en hipertensos del barrio Rumizhitana: condición socioeconómica.

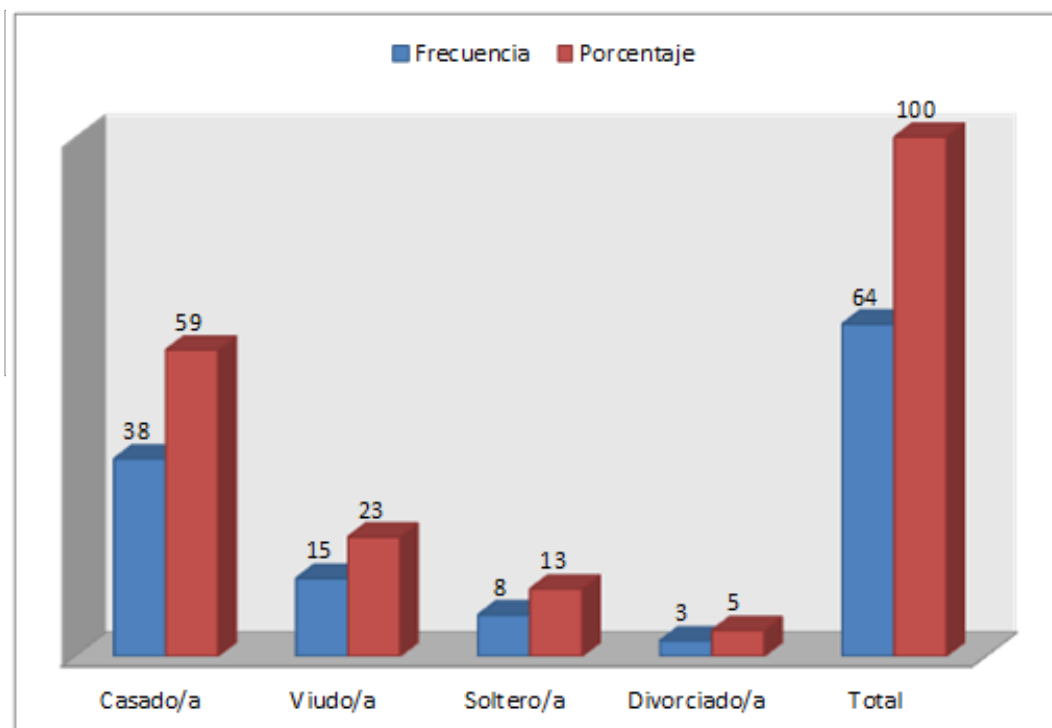


Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana
Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Análisis de datos: En el presente estudio se llegó a determinar que el 72% de pacientes tiene un nivel de condición socioeconómica media, sin embargo un porcentaje menor pero importante del 28% aún viven en condiciones preocupantes es decir en un nivel socioeconómico bajo.

GRÁFICA N° 4:

Ansiedad en hipertensos del barrio Rumizhitana: Estado civil.

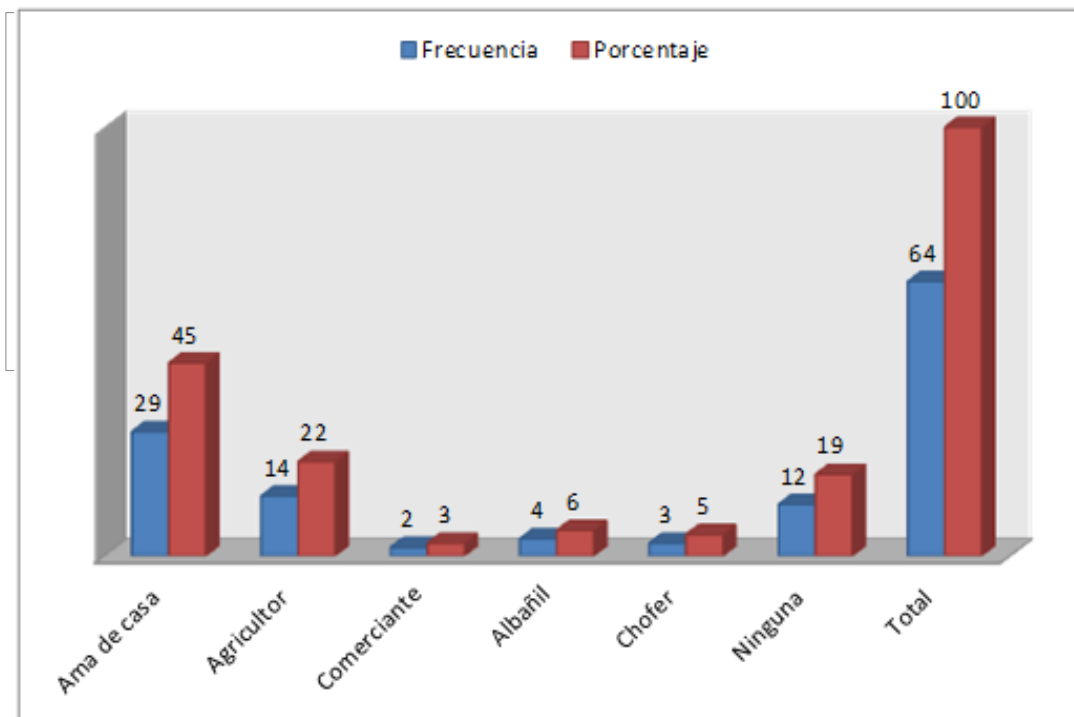


Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana
Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Análisis de datos: En el trabajo investigativo realizado en los pacientes hipertensos del barrio Rumizhitana se encontró que el 59% son casados, seguido por el 23% que son viudos, el 13% que corresponde a solteros y finalmente el 5% de ellos son divorciados.

GRÁFICA N° 5:

Ansiedad en hipertensos del barrio Rumizhitana: Ocupación.



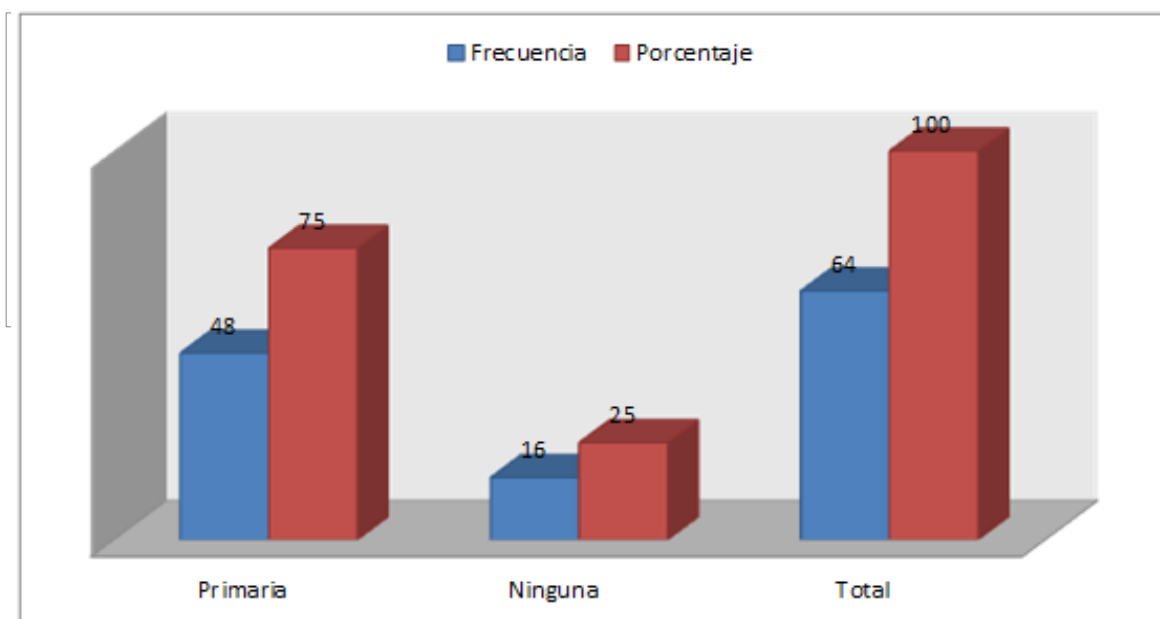
Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana

Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Con respecto a la ocupación se puede evidenciar que el 45 % son amas de casa, seguido por agricultores con un 22%; el 19% no tienen ninguna ocupación debido a su edad e incapacidad física; y finalmente se encuentran las ocupaciones de albañil, chofer y comerciantes con porcentajes de 6, 5 y 3% respectivamente.

GRÁFICA N° 6:

Ansiedad en hipertensos del barrio Rumizhitana: Nivel de instrucción.

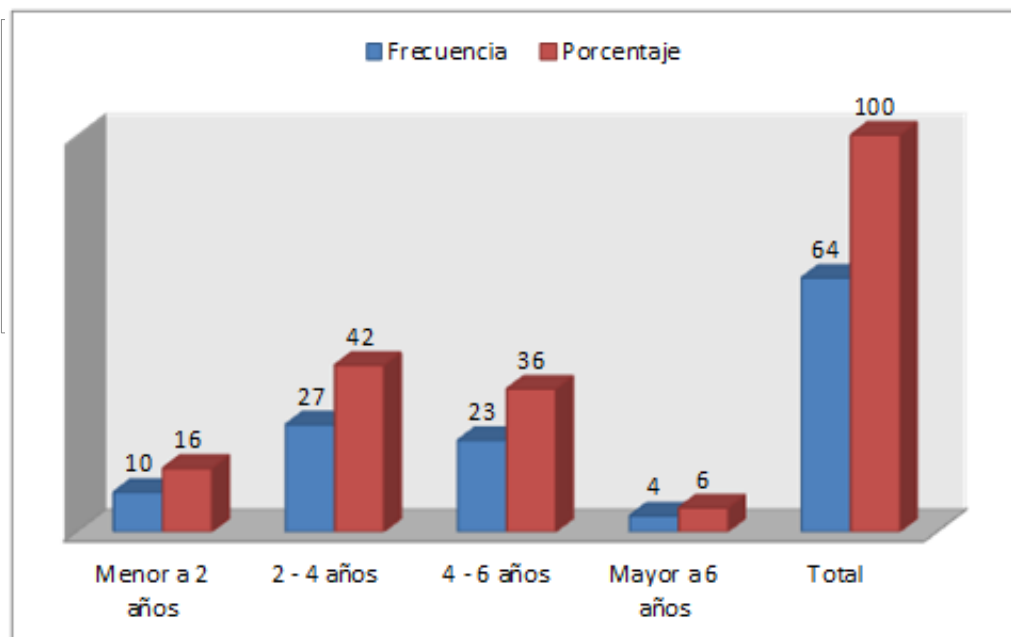


Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana
Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Análisis de datos: De los 64 pacientes hipertensos 48 de ellos que corresponde a un porcentaje del 75% tienen instrucción primaria, a diferencia de 16 personas correspondiente al 25% que no cuentan con ningún nivel de instrucción es decir son analfabetos.

GRÁFICA N° 7:

Ansiedad en hipertensos del barrio Rumizhitana: Tiempo de evolución de la enfermedad.

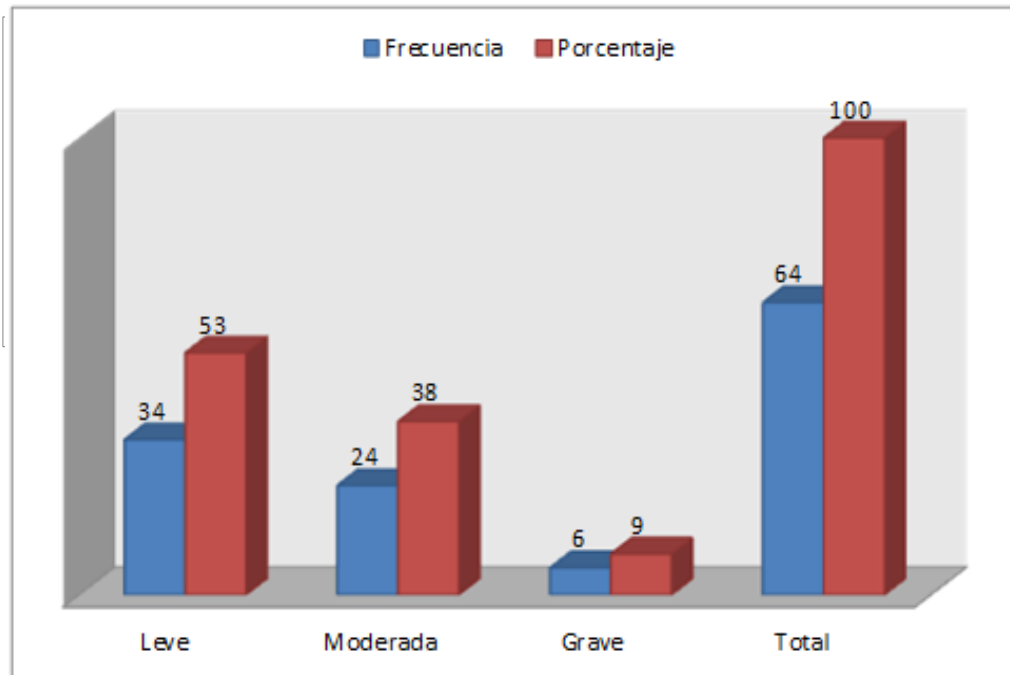


Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana
Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

El 42% de hipertensos presentan un tiempo de evolución con la enfermedad de 2 a 4 años, seguido el 36% con un tiempo de 4 a 6 años, posteriormente el 16% con un periodo menor a 2 años y finalmente con el 6%, aquellos que presentan la enfermedad por más de 6 años.

GRÁFICA N° 8:

Niveles de ansiedad según la Escala de Hamilton en pacientes hipertensos del Barrio Rumizhitana.

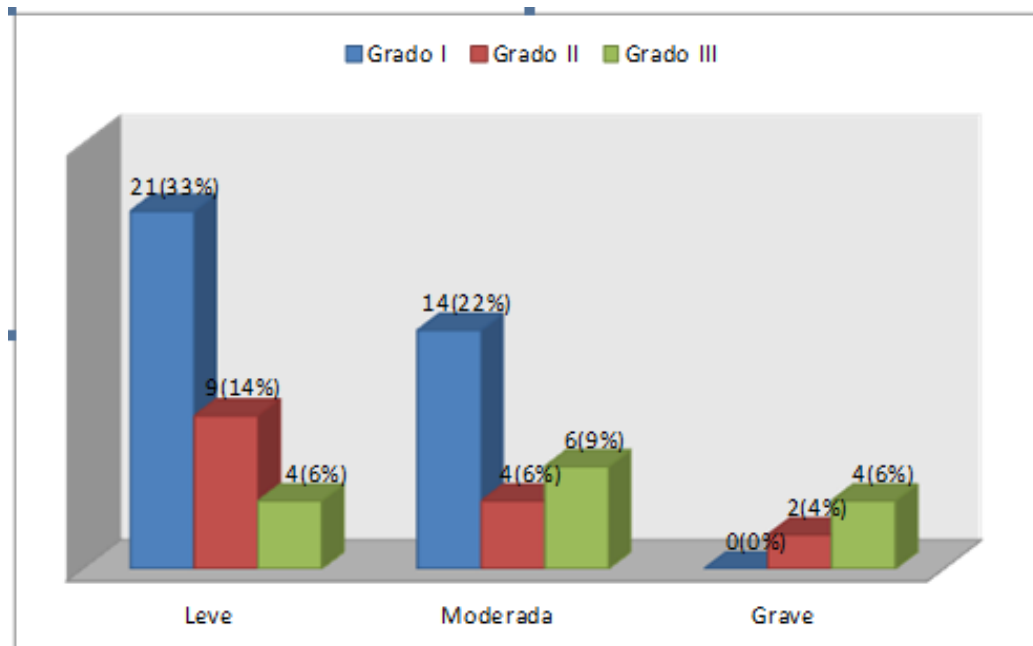


Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana
Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

Según los datos obtenidos se puede observar que de 64 pacientes el 53% tiene un nivel de ansiedad leve, el 38% tiene un nivel de ansiedad moderado y finalmente un 9% presentan ansiedad grave.

GRÁFICO N° 9:

Niveles de ansiedad según la escala de Hamilton y su relación con los grados de Hipertensión en pacientes hipertensos del Barrio Rumizhitana.



Fuente: Hoja de registro de datos de hipertensos del Barrio Rumizhitana

Elaborado: Jessica Patricia Chimbo Uchuari

De las 64 personas que participaron en el presente estudio, 34 personas presentan un nivel de ansiedad leve; de las cuales 21 (33%) se encuentran en el grado I de hipertensión arterial, 9 (14%) están en el grado II, y 4 (6%) están dentro del grado III de hipertensión arterial.

24 personas se encuentran en el nivel moderado de ansiedad; de las cuales 14 (22%) se encuentran en el grado I de hipertensión arterial, 4 (6%) están en el grado II, y 6 (9%) están dentro del grado III.

Finalmente de las 6 personas con nivel grave de ansiedad ninguna se encuentra en el grado I de hipertensión, 2 (4%) están en el grado II y 4 (6%) están dentro del grado III de hipertensión arterial.

VII. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo solamente se los pudo comparar con un estudio denominado: “Estudio comparativo del nivel de ansiedad y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos”, realizado en la en la Universidad de Manizales de Colombia por los autores: Castaño Castrillón José Jaime, Aristizábal, José Fernando y Páez Cala Martha Luz quienes trabajaron con 224 pacientes del Club de Hipertensos de esa localidad en el año 2006.

En lo que respecta a la edad de las personas con Hipertensión Arterial en nuestro estudio el 55 % se encuentran en una edad comprendida entre 75 – 85 años, a diferencia del estudio de Colombia en el que los pacientes objeto de estudio se encuentran en una edad promedio de 50 a 60 años.

En el estudio realizado en el Barrio Rumizhitana es más prevalente en el género femenino con un 61% al igual que en el estudio colombiano con un 71.9 %.

Las ocupaciones con mayor porcentaje encontradas en nuestra población corresponde a amas de casa y agricultores con 45 y 22 % de la misma manera el estudio realizado por la Universidad de Manizales se puede notar mayor número de amas de casa con un 60% mientras que el resto se dedicaban a una actividad laboral fuera del hogar, generalmente empleados.

En lo que respecta al estado civil y al nivel socioeconómico en los dos estudios existe gran predominio por aquellos que son casados y el estrato medio respectivamente.

En el presente trabajo investigativo el mayor porcentaje de hipertensos cuentan con una instrucción primaria en un 75% y en Colombia el nivel de instrucción que más sobresale es la secundaria (56%).

En lo que se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad en el estudio realizado en hipertensos del Barrio Rumizhitana; el 42% conllevan esta enfermedad entre 2 a 4 años, seguido por el 36% con aquellos que la presentan por 4 a 6 años. En la investigación realizada en la Universidad de Manizales no se dispone de estos datos.

En cuanto a los niveles de ansiedad, determinados por la escala de Hamilton y su relación con los grados de Hipertensión Arterial en el estudio realizado en el Barrio Rumizhitana (Loja), se estableció que 53% presentan un nivel de ansiedad leve; 38 % moderado y finalmente 9% con nivel grave de ansiedad; mientras que en el estudio realizado por la Universidad de Manizales (Colombia) se determinó que en la población estudiada, 73.21% presentó ansiedad leve, el 8.04% presentó ansiedad moderada y el 18.75% ansiedad grave. Según los resultados obtenidos en estas dos investigaciones existe mayor porcentaje de ansiedad leve en pacientes hipertensos sin embargo existe cierta diferencia en aquellos con depresión moderada y grave. Por lo tanto se puede deducir que hay mayor ansiedad en nuestra población en relación a la de Colombia.

De los datos obtenidos en ambas investigaciones se puede concluir de manera general que los niveles elevados de ansiedad mantienen elevadas las cifras de presión arterial por más tiempo, constituyéndose de esa manera en un factor que afecta directamente al control adecuado de la presión arterial.

Al no existir estudios similares en otros lugares donde se relacionen los niveles de ansiedad y los grados de hipertensión arterial, consideramos que el presente

trabajo investigativo constituye un aspecto novedoso que consideramos se lo debe tomar en cuenta en futuras investigaciones.

VIII. CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de personas con hipertensión arterial se encuentran en una edad comprendida entre 75 – 85 años con un 55 %. Existe mayor prevalencia de este padecimiento en el género femenino con un 61%; mientras que un 72% poseen una condición socioeconómica media. En cuanto al estado civil el 59% son casados, las ocupaciones encontradas con mayor porcentaje son amas de casa con un 45%, y agricultores con un 22 %; finalmente un 75% cuenta con nivel de instrucción primaria.
- De las 64 personas en estudio, el 16% padecen de hipertensión arterial por un tiempo menor a 2 años; el 42% conllevan esta enfermedad entre 2 a 4 años; el 36% con un tiempo de 4 a 6 años, y finalmente un 6% presentan un tiempo de evolución mayor a 6 años.
- Además se concluyó que el 53% tiene un nivel de ansiedad leve, el 38% un nivel de ansiedad moderado y un 9% ansiedad grave. Al relacionar con los grados de hipertensión arterial se estableció que en un nivel de ansiedad leve el 33% se encuentran en el grado I, 14% en el grado II, y 6% en el grado III de hipertensión arterial. En el nivel moderado 22% se encuentran en el grado I, 6% están en el grado II, y 9% están dentro del grado III. Finalmente en el nivel grave de ansiedad, 4% están en el grado II y 6% en el grado III de hipertensión arterial.
- Se socializó los resultados obtenidos mediante la entrega de un tríptico, así como también se impartió charlas educativas a cada uno de los integrantes del club de hipertensos, logrando así concientizar a los mismos, sobre la importancia del estado emocional en el control adecuado de su patología. Además se hizo conocer los resultados al médico encargado del Dispensario el Seguro Social Campesino quien es el responsable del control de dichos pacientes.

IX. RECOMENDACIONES

Después de obtener los resultados, se puede recomendar lo siguiente:

- Que las personas que frisan una edad entre los 35 y 85 años deben realizarse chequeos médicos permanentes para el diagnóstico oportuno de esta patología.
- Que una vez realizado el diagnóstico de Hipertensión arterial el paciente debe cumplir con las prescripciones de los facultativos evitando de esa forma complicaciones ulteriores.
- Que los psicólogos que laboran en los centros de salud implementen técnicas de relajación, autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, de distracción cognitiva y de resolución de problemas, mejorando las condiciones psicósomáticas de los pacientes.
- Insistir a los directivos del Instituto de Seguridad Social para la implementación de Programas de apoyo psicológico y social a los pacientes hipertensos con la finalidad de controlar de mejor manera su patología base.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Bustamante Ricardo. Ansiedad en adolescentes y jóvenes, Aspectos Genéticos y Epigenético. 2013. [Citado el 12 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Ansiedad%20Bustamante.pdf>
2. Díez J. y Lahera V. Hipertensión Arterial, Aspectos fisiopatológicos [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=10022461&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=15&ty=151&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=15v13n02a10022461pdf001.pdf
3. Echeverría Raul F., Riondet Beatriz. Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2014. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/trathta3.pdf
4. González Ceinos Martha. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2007, vol.23, n.1. [Citado el 12 de Noviembre del 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252007000100013
5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. [Citado el 12 de Noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

6. Guía de atención de Hipertensión Arterial. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
7. Guías de educación sanitaria, Ansiedad como controlarla. [citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu07/es/contenidos/informacion/salud_mental/es_4050/adjuntos/ansiedadComoControlarla_c.pdf
8. Góngora Ruiz Yenys. Hipertensión Arterial, Revisión Bibliográfica. 2010 [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1673/1/Hipertension-arterial-Revision%20-bibliografica.html>
9. Júnior Orlando Cutiño González, Carlos Luis Oliva León, Orlando Cutiño Monter. Hipertensión Arterial. Una revisión Bibliográfica. 2013. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2003/v7-3/12.html>
10. Hernández Hernández MA. Hipertensión Arterial Sistémica. Atención familiar. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm106/revisionclinica.html>
11. Ibañez A. Pronostico de los trastornos de ansiedad. 2010. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.jcedicionesmedicas.com/es/system/files/documentos/p1620_Pronostico_trastorno.pdf
12. Ingaramo Roberto, Guías de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial. 2015. [Citado el 12 de noviembre del 2015].

Disponible en: <http://issshp.org/wp-content/uploads/2014/05/Guia-SAHA-Full.pdf>

13. Navas Orozco Wendy, Vargas Baldares María Jesús. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para Atención primaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica Ixix (604) 497-507. 2012. [citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
14. Onmeda. Hipertensión Arterial, Síntomas. 2014. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.onmeda.es/enfermedades/hipertension_arterial-sintomas-1685-5.html
15. Organización Panamericana de la Salud. Guía de diagnóstico y manejo de Hipertensión Arterial. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>
16. Organización Panamericana de Salud. La Hipertensión Arterial como problema de salud comunitario. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31113/La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20como%20problema%20de%20salud%20comunitario.pdf?sequence=1>
17. Puchol Esparza David. Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. [Citado el 12 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>
18. Reyes Tica, J. Américo. Trastornos de ansiedad Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. [Citado el 12 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

19. Sierra Juan Carlos, Ortega Vigilio, Zubeidat Ihab. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. [Citado El 12 de Noviembre del 2015]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
20. Universidad Complutense Madrid. Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton. [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20LA%20ANSIEDAD%20DE%20HAMILTON%20%28HAS%29/HAS_F.pdf
21. Servicio Andaluz de Salud, consejería de salud. Escala de Ansiedad de Hamilton [Citado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

XI. ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA

Estimado Señor(a):

Yo, Jessica Patricia Chimbo Uchuari, egresada de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, le informo a usted que: como parte de la realización del proyecto de investigación que se realizará con los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del Barrio Rumizhitana, le solicito muy atentamente su colaboración para la ejecución del trabajo investigativo titulado:” ANSIEDAD EN HIPERTENSOS DEL BARRIO RUMIZHITANA DEL CANTON LOJA; PERIODO OCTUBRE DICIEMBRE 2015”

Nombre del
paciente:.....

C/I..... Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informado por la investigadora....., acerca de mi participación como sujeto de investigación, y los procedimientos que se llevaran a cabo en la recolección de datos.

A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de la información a obtenerse. Entiendo lo antes expuesto y consiento el uso de los datos con fines investigativos y educativos.

.....

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO 2.

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	CONDICIÓN ECONÓMICA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	NIVEL DE ANSIEDAD

1. **Nombre:**.....

2. **Edad:**.....

3. Condición económica:

- Alta ()
- Media ()
- Baja ()

4. Estado civil

- Soltera()
- Casada()
- Unión libre()
- Divorciada()
- Viuda ()

5. Ocupación

- Agricultor ()
- Ama de casa ()
- Chofer ()
- Otros.....

6. Instrucción

- Ninguna ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

7. Tiempo de evolución de la enfermedad

- < de 2 años ()
- 2 – 4 años ()
- 4 – 6 años ()
- 6 – 10 años ()
- 10 años ()

ANEXO 3.

ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

		0	1	2	3	4
1.	ANSIEDAD: Preocupaciones, temores, aprehensión, irritabilidad					
2.	TENSION: Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia a sobresaltarse, tendencia al lloro, trémulo, tembloroso, inquietud					
3.	TEMORES: De la oscuridad, desconocidos, de la soledad, animales grandes					
4.	TRASTORNOS DEL SUEÑO: Dificultad de conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.					
5.	TRASTORNOS INTELECTIVOS Dificultad de concentración, debilidad de memoria.					
6.	DEPRESIÓN: Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante					
7.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULAR) Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujir de dientes, voz vacilante					
8.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES): Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.					
9.	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco					
10.	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11.	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar, ventosidades, dispepsia, borborigmos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, constipación.					
12.	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia					
13.	SÍNTOMAS VEGETATIVOS Sequedad de boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.					
14.	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA: Rígido, no relajado, inquietud y desasosiego, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, palidez facial, «tragar saliva», eructos, sudoración, tics parpebrales					

ANEXO 4. TRIPTICO INFORMATIVO



QUÉ ES LA PRESION ALTA?

LA PRESION ALTA ES LA ELEVACION SOSTENIDA DE LAS CIFRAS DE PRESION ARTERIAL IGUAL O MAYOR A 140/90.

ES UNA ENFERMEDAD CRONICA, ES DECIR PARA TODA LA VIDA

ES IMPORTANTE CONOCER LAS CIFRAS DE SU PRESION ARTERIAL Y TOMARSE LA PRESION CON REGULARIDAD

ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LOS NIVELES ALTOS DE ANSIEDAD JUNTO CON OTRO FACTORES EXPLICAN QUE LA PRESIÓN ARTERIAL SE MANTENGA ELEVADA

QUE HACER PARA PREVENIR LA ANSIEDAD?



- ♦ Aprovechar el momento de las comidas como un tiempo para desconectar de las preocupaciones del día
- ♦ Intentar dormir entre siete y ocho horas a día.
- ♦ Caminar 30 minutos diarios
- ♦ Practicar técnicas de relajación y respiración diafragmática

QUÉ RIESGOS ACARREA LA PRESION ALTA?

Sin un control adecuado la presión alta constituye un gran riesgo para su salud.

Generalmente la presión alta no tiene síntomas. Pero esta condición aumenta el riesgo de tener derrame cerebral, ataque al corazón y enfermedades a los riñones.

Si luego de controlar su presión periódicamente se mantiene por encima de los valores normales consulte inmediatamente a su medico.



ANEXO 5.
FOTOS

Control de presión arterial



Aplicación de encuesta y Escala de Hamilton



Entrega de Tríptico



ANEXO 6.
PROYECTO DE INVESTIGACION

I. TEMA

**“ANSIEDAD EN HIPERTENSOS DEL BARRIO RUMIZHITANA DEL CANTON
LOJA; PERIODO OCTUBRE DICIEMBRE 2015”.**

II. PROBLEMÁTICA

Para la OMS, la Hipertensión Arterial es un problema, debido a que es una de las enfermedades Crónico – Degenerativas que afecta a 600 millones de personas y causa 3 millones de muertes al año en todo el mundo tanto por los efectos que ella en sí produce, por constituir el principal factor de riesgo de patologías como el Infarto Agudo de miocardio, los accidentes vasculares encefálicos, insuficiencia renal Crónica. (2)

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas más importantes de los servicios de salud (Pardell, 1984). Más de un 20% de la población española presenta cifras elevadas de presión arterial. En la actualidad es un hecho constatado la relación existente entre las reacciones y desórdenes emocionales con la presión arterial, mostrando distintos estudios cómo los pacientes hipertensos están caracterizados por una respuesta de ansiedad más alta que los pacientes normales (Miguel Tobal y Casado, 1994). Así mismo, la ira en sus distintas formas de expresión y afrontamiento va a afectar de forma significativa a la presión arterial (1)

Jonas et al. (1997), en un estudio longitudinal y controlando otros factores de riesgo, en un estudio realizado en España, encontraron que la presencia de ansiedad y/o depresión en el momento de la línea base fueron significativamente predictivas de la posterior incidencia de hipertensión y prescripción de tratamiento

para la hipertensión. Más recientemente, Jonas y Lando (2000), en un estudio longitudinal de personas inicialmente normotensas en el momento de la línea base, constataron que el riesgo relativo de padecer hipertensión tratada era significativamente mayor (controlando covariables significativas) en mujeres blancas y negras, y en todos los hombres con un elevado afecto negativo (medida combinada de síntomas de ansiedad y depresión). (2)

Las principales causas de muerte en el Ecuador durante la última década, han mostrado variabilidad, siendo las enfermedades crónicas las que ocupan los primeros lugares de mortalidad en los ecuatorianos. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus han tenido un incremento en cuanto a mortalidad en general. En nuestro país, el 43% de las personas entre 40 y 50 años está en peligro de padecer alguna de estas enfermedades. En las personas mayores de 50 años, el riesgo de padecer algunas de ellas se eleva al 70 %. (12)

A nivel nacional al analizar por grupos de edad, los más vulnerables a sufrir hipertensión arterial son los adultos mayores, que representan el 52,39%. Sin embargo, el grupo de 36 a 64 años muestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados. En la información territorial las provincias que muestran mayor porcentaje de casos de las enfermedades hipertensivas son Guayas 17,02%, Pichincha 13,74% y Manabí 14,12%. (13)

Los trastornos psicofisiológicos han sido tratados tradicionalmente desde una perspectiva médica, haciendo hincapié en los aspectos farmacológicos, nutricionales, etc. Sin embargo, los avances en la investigación actual y los rápidos progresos tecnológicos en diversas áreas han perfilado de forma progresiva y clara la importancia de ciertos comportamientos como agentes responsables mediadores en la salud y la enfermedad. (3)

La hipertensión arterial constituye un problema multifactorial es decir no solamente engloba factores genéticos, ambientales y dietéticos sino que también incluye aspectos psicológicos que influyen de manera considerable en el comportamiento de aquellos pacientes hipertensos.

En definitiva, actualmente se tiende a asociar la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos con una pluralidad de agentes, entre los que cabe destacar: el tipo de dieta, la ingesta de sal, el consumo de alcohol y tabaco, aspectos ambientales, el estilo de vida, el sedentarismo, la forma de afrontamiento del sujeto al stress, factores genéticos, características de personalidad, la ansiedad, la ira y/o la hostilidad, factores cognitivos, etc. (3)

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en una población de 553 pacientes del Servicio Social de la tercera edad del IESS Se encontró una prevalencia de hipertensión arterial del 37.4%. La prevalencia de trastornos depresivos fue del 81.4%, prevalencia alta en comparación con series en poblaciones similares. (14)

Debido a que la hipertensión arterial constituye una de las patologías sobre las cuales existe una mayor evidencia de la implicación de factores psicosociales dentro de ellos la ansiedad y por todo lo mencionado anteriormente, me he planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en pacientes con Hipertensión Arterial del club de hipertensos del barrio Rumizhitana periodo septiembre octubre 2015?

III. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública de gran dimensión, debido tanto a la cantidad de personas afectadas, así como a la importancia de las complicaciones derivadas, constituyendo un problema socio sanitario de primera magnitud.

Los trastornos hipertensivos constituyen uno de los problemas socio sanitarios más importantes. Se calcula que la cuarta parte de la población mundial que ha sobrepasado los 50 años es hipertensa. De todo esto se desprende que el 30 % de la población adulta del mundo sufre hipertensión arterial. (4). En Ecuador, según el estudio de prevalencia de hipertensión arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas (6)

La Hipertensión Arterial, continua siendo una silenciosa causa de muerte de la población a nivel mundial por lo cual requiere un enfoque de tratamiento multidisciplinario. Con cierta frecuencia encontramos en nuestras consultas a pacientes hipertensos que señalan que los incrementos en su presión arterial se asocian a situaciones estresantes aun cuando se encuentran bajo tratamiento con fármacos antihipertensivos.

Diversos estudios sugieren que el estrés psicológico puede desempeñar un importante papel como factor de riesgo tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la hipertensión arterial, puesto que en su desarrollo y mantenimiento influyen una gran variedad de factores, desde factores biomédicos o de estilo de vida, hasta factores psicológicos como el estrés, las emociones negativas o algunos rasgos de personalidad (5)

La información resultante de esta investigación es de gran utilidad, ya que brindará nuevos conocimientos de interés personal para el médico y por consiguiente permitirá ofrecer una atención de mejor calidad a los y las pacientes con

diagnóstico de Hipertensión Arterial principalmente a quienes conforman el club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana.

Debido a que esta investigación aportará información sobre los niveles de ansiedad en pacientes hipertensos, permitirá ofrecer una atención integral que no solo se enfoque en medidas terapéuticas y dietéticas sino que también se brinde apoyo psicológico a este tipo de pacientes y de esta manera brindar seguridad emocional, lo cual contribuirá a lograr un aumento en el cumplimiento y eficacia terapéutica.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en pacientes con Hipertensión arterial del club de hipertensos del Barrio Rumizhitana periodo septiembre octubre 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la edad, género, condición económica, estado civil, ocupación e instrucción de los pacientes que forman parte del Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana.
- Definir el tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial en los pacientes objeto de estudio.
- Describir los niveles de ansiedad aplicando la escala de Hamilton y su relación con los grados de hipertensión arterial.
- Socializar los resultados obtenidos en este trabajo investigativo con los integrantes del Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana con la finalidad de mejorar la eficacia terapéutica.

V. ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

1. ANSIEDAD

- 1.1. Definición
- 1.2. Estructuras neuranasómicas de la ansiedad
- 1.3. Clasificación
 - 1.3.1 Trastornos de ansiedad generalizada
 - 1.3.2 Trastornos de pánico
- 1.4. Factores de riesgo
 - 1.4.1. Genéticos
 - 1.4.2. Epigénéticos
 - 1.4.3. Bioquímicos
 - 1.4.4. Psicosociales
 - 1.4.5. Traumáticos
- 1.5. Sintomatología
- 1.6. Diagnóstico de los trastornos de ansiedad
 - 1.6.1. Entrevista semiestructurada
 - 1.6.2. Uso de escalas
- 1.7. Tratamiento
 - 1.7.1. Tratamiento no farmacológico
 - 1.7.2. Tratamiento farmacológico
- 1.8. Pronóstico

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- 2.1. Introducción
- 2.2. Concepto
- 2.3. Factores de riesgo

2.4. Síntomas

2.5. Clasificación

2.6. Diagnostico

2.7. Estrategias en el tratamiento

2.7.1. Tratamiento farmacológico

2.7.2. Tratamiento no farmacológico

3. ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

3.1. Definición

3.2. Interpretación

3.3. Propiedades psicométricas

3.3.1. Fiabilidad

3.3.2. Validez

3.4. Recomendaciones para aplicar la escala

VI. METODOLOGÍA

El estudio investigativo se ejecuta en la Universidad Nacional de Loja y en el Club de Hipertensos del barrio Rumizhitana parroquia Malacatos con la finalidad de garantizar una mejor calidad de atención a pacientes hipertensos.

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal.

- De tipo descriptivo: ya que permite describir las variables establecidas.
- De tipo prospectivo debido a que se registra la información a medida que van ocurriendo los hechos.
- De tipo transversal: porque se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento

ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio investigativo se lo realizará en el barrio Rumizhitana, parroquia Malacatos del cantón Loja

UNIVERSO

El universo o población objeto de estudio estará compuesta por todas y todos los habitantes del barrio Rumizhitana perteneciente a la parroquia Malacatos, cantón Loja

MUESTRA

La muestra la constituirán aquellos pacientes que pertenecen al Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico Hipertensión Arterial y que pertenezcan al club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana

- Pacientes con edad entre 35 y 80 años.
- Pacientes que acepten ingresar al estudio (consentimiento informado).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen ingresar al estudio.

CRITERIOS ETICOS

El trabajo que se realizará se cumplirá de manera confidencial y bajo total anonimato la identidad de cada una de los y las pacientes, además se extraerá únicamente la información necesaria.

VARIABLES

Variable independiente

- Ansiedad en pacientes hipertensos

Variable dependiente

- Escala de Hamilton

Variable interviniente

- Estado civil
- condición económica
- Edad
- Instrucción
- Ocupación

Resultado

- Niveles de Ansiedad en pacientes con Hipertensión Arterial

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la actualidad	Numeración continua	<ul style="list-style-type: none"> • 35 – 80 años
Estado civil	Es la situación de personas que determina sus relaciones de familia, del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Divorciado • Soltero • Unión libre • Viudo
Grado de instrucción	Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona: posee una sólida instrucción científica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Superior

Condición económica	Condición económica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Baja • Media • Alta
Ocupación	Trabajo, labor o quehacer de las personas	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Agricultor • Ama de casa • Chofer
Tiempo de evolución de hipertensión arterial	Tiempo desde que se diagnostica hipertensión arterial hasta la actualidad	Numeración Continua	<ul style="list-style-type: none"> • < de 2 años • 2 – 4 años • 4 – 6 años • 6 – 10 años • > 10 años
Niveles de ansiedad	Grado de ansiedad valorado por la escala de Hamilton	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente • Leve • Moderada • Grave • Muy grave

TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica a emplearse es la observación; para la obtención de la información se utilizará como instrumento un formulario de recolección de datos en el cual se recogerá información como: edad, ocupación, estado civil, instrucción y tiempo de evolución de la enfermedad. Igualmente se aplicara la escala de Hamilton para establecer los niveles de ansiedad.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para le recolección de datos se realizará como primer paso un consentimiento informado para obtener la autorización de las pacientes, de manera que estas puedan ingresar al grupo de estudio

El siguiente paso será obtener la información a través de la ficha de recolección de datos la misma que constará de tres partes: identificación del paciente, datos de filiación y la Escala de Hamilton.

Una vez obtenida la información de las Historias Clínicas será trasladada al formulario de recolección de datos verificando en cada caso que la información este completa.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez levantada la información que se obtendrá de la ficha llenada por cada paciente, y para obtener los respectivos resultados se procederá a la tabulación mediante el programa de Microsoft Office Excel 2010 y su análisis respectivamente. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

VII. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES		2015															
DURACIÓN	TIEMPO	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	SEM	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Elaboración de la redacción de proyecto de tesis	■	■														
	Solicitud para pertinencia			■													
	Corrección del proyecto				■	■											
	Aprobación de la estructura y pertinencia del proyecto de tesis						■										
	Asignación del director de tesis							■									
	Recolección de información por medio de aplicación de encuesta								■	■	■						
	Tabulación y Análisis.											■					
	Elaboración de borrador final del informe de tesis												■				
	Elaboración de conclusiones y recomendaciones.													■			
	Estudio y calificación de tesis														■		
	Corrección del estudio y calificación de tesis															■	■
	Sustención de la tesis																■

VIII. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS

- Asesor del proyecto
Asignado(a) por la Coordinación de la Carrera de Medicina.
- Autora de la tesis
Jessica Patricia Chimbo Uchuari.
- Grupo de estudio
Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que pertenezcan al Club de Hipertensos del Barrio Rumizhitana de la parroquia Malacatos

RECURSOS MATERIALES

Materiales de Escritorio

- Libreta de Notas
- Anillado
- Copias
- Formularios
- Resma de Papel Bond
- Esferos.
- Libros
- Artículos
- Revistas

Materiales Tecnológicos

- Computador
- Impresora

- Tinta para Impresora.
- Internet
- Cámara
- Flash Memory
- Cd

DETALLE	CANTIDAD	VALOR	TOTAL
<u>Materiales de Escritorio.</u>			
Cd's	10	0.50	5.00
Libreta de notas	2	1.50	3.00
Material bibliográfico	1	40.00	40.00
Resma de Papel Bond	5	3.70	18,50
Lapiceros	5	0.35	1,75
<u>Materiales tecnológicos.</u>			
Computador	1	300.00	300.00
Impresora	1	80.00	80.00
Cartuchos	2	22.00	44.00
Tinta para impresora	4	5.00	20,00
Flash memory	1	12.00	12.00
<u>Servicios.</u>			
Internet.		20.00	120.00
Transporte.			50.00
Imprevistos			30.00
TOTAL			724.25

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Intervención en ansiedad e ira en pacientes hipertensos. (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5719>
2. Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/250310174>
3. Emociones e Hipertensión; implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/43976081>
4. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hie07105.htm
5. Influencia de la respiración controlada en las cifras de presión arterial de pacientes con hipertensión arterial (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10313/1/MAITANE%20MERINO%20SERNA%20%20Influencia%20de%20la%20respiraci%C3%b3n%20controlada%20%20en%20las%20cifras%20de%20presi%C3%b3n%20arterial%20de%20pacientes%20con%20hipertensi%C3%b3n%20arterial.pdf>
6. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad la loma, cantón mira, del Carchi 2011 (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/TESIS%20COMPLETA%20NELLY%20AGUAS.pdf>

7. Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Pid=S0864-03002009000100001&script=sci_arttext
8. Mas alla de la hipertensión arterial.(Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/>
9. Guías en hipertensión arterial.(Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: http://saha.org.ar/revista_HTA/vol2_n1_2013.pdf
10. Estudio sobre ansiedad. (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/>
11. Escala de ansiedad de Hamilton (Documento en línea). Consultado el 14 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>
12. Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000 – 2010. (Documento en línea). Consultado el 24 de octubre del 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>
13. Análisis, Revista Coyuntural. (Documento en línea). Consultado el 24 de octubre del 2015. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis8.pdf>
14. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3509/1/MED63.pdf>

XII. ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
2.1 SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1 ANSIEDAD	7
4.1.1 Definición.....	7
4.1.2 Estructuras neuroanatómicas de la ansiedad.....	8
4.1.3 Clasificación.....	9
4.1.3.1 Trastornos de ansiedad generalizada.....	9
4.1.3.2 Trastornos de pánico.....	10
4.1.4 Factores de riesgo.....	10
4.1.5 Sintomatología.....	11
4.1.6 Diagnóstico de los trastornos de ansiedad.....	12
4.1.7 Tratamiento.....	14
4.1.8 Pronostico.....	17

4.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	18
4.2.1 Introducción.....	18
4.2.2 Concepto	18
4.2.3 Factores de riesgo.....	19
4.2.4 Síntomas.....	20
4.2.5 Clasificación.....	21
4.2.6 Diagnostico.....	21
4.2.7 Estrategias en el tratamiento.....	22
4.3 ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD.....	25
4.3.1 Definición.....	25
4.3.2 Interpretación	25
4.3.3 Propiedades psicométricas.....	26
4.3.3.1 Fiabilidad.....	26
4.3.3.2 Validez	26
4.3.4 Recomendaciones para aplicar la escala.....	26
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	28
6. RESULTADOS.....	31
7. DISCUSIÓN.....	40
8. CONCLUSIONES.....	43
9. RECOMENDACIONES.....	44
10.BIBLIOGRAFÍA	45
11.ANEXOS.....	49
ÍNDICE.....	74