

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACION:

**“FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS
DE 20 A 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD MEDICA SOYAPANGO MAYO-
JUNIO 2013”**

PRESENTADO POR:

DRA. EDITH ALEJANDRA QUINTANILLA HIDALGO

PARA OPTAR AL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS

DR. SAMUEL HENRIQUEZ OLIVARES

SAN SALVADOR, OCTUBRE 2015.

INDICE

Resumen.....	pág. 2
Introducción.....	pág. 3
Objetivos.....	pág. 8
Metodología.....	pág. 9
Resultados.....	pág. 12
Discusión.....	pág. 15
Conclusiones.....	pág. 20
Recomendaciones.....	pág. 21
Referencias Bibliográficas.....	pág. 22
Anexos.....	pág. 25

RESUMEN

La presencia de hipertensión arterial ha sido intensamente estudiada internacionalmente, así como de los trastornos de ansiedad y depresión y su relación con la hipertensión arterial, siendo así que la prevalencia global de los trastornos psíquicos se ha estimado en alrededor del 30%. En el presente estudio abarcamos la población entre 20 y 40 años con hipertensión arterial esencial y que consultan por controles o demanda espontánea en la Unidad Médica de Soyapango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la muestra de 54 participantes se obtuvo por medio de la fórmula para poblaciones finitas y conocidas y se recolectó la información utilizando el método de encuesta con Escala de Goldberg para detección de casos probables de Ansiedad y Depresión, durante los meses de junio a julio de 2013 posterior a obtención de aprobación por parte de comité de ética; obteniendo como resultados casos positivos de ansiedad y depresión en un 52% y 24% respectivamente, predominante en el sexo femenino con 48%, así mismo un 53% ubicado entre las edades de 36-40 años; el 27% y 22% de casos probables a ansiedad se presentaron en sujetos con nivel escolar en primaria y bachillerato respectivamente. Con estos datos establecemos la clara comparecencia de ansiedad y depresión en pacientes jóvenes económicamente productivos con hipertensión arterial esencial y que se plantea la necesidad de realizar un estudio más amplio y homogéneo en cuanto a población para obtener datos estadísticos más representativos de las tendencias de esta dinámica en la población derechohabiente de la institución.

INTRODUCCION

El séptimo reporte del JNC define la hipertensión arterial como la elevación crónica de las cifras de tensión arterial por encima de 140 mm de Hg (presión sistólica) y 90 mm de Hg (presión diastólica). Estos pacientes se consideran en estadio 1 y requieren tratamiento farmacológico para su manejo. Se pueden reconocer dos tipos de hipertensión arterial: la hipertensión esencial, primaria o idiopática, y la hipertensión arterial secundaria o sintomática (1).

La definición de trastorno de ansiedad generalizado o criterios para su diagnóstico son definidos por el DSM-IV como Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses): inquietud o impaciencia, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)(2). El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad

médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Existen en varios países algunos estudios acerca de ansiedad y depresión y de cómo estas patologías afectan la capacidad laboral de los empleados y el gasto de salud en estos pacientes. En mayo de 2011 se publica un artículo de la Dra. Enriqueta Jiménez Cuadra, médico de familia del Centro de Salud de Antequera, España en donde se describe como la depresión y ansiedad pueden ser una de las enfermedades más incapacitantes dentro de la consulta diaria de medicina de familia y donde se concluye que la ansiedad crónica es la enfermedad que más se observa, seguida de la ansiedad generalizada y el síndrome ansioso depresivo (3).

En cuanto a El Salvador, la presencia de trastornos de ansiedad o depresión en gran parte de la población no se descarta, dado la complejidad de las experiencias diarias vividas dentro del ambiente violento y contaminado de nuestros tiempos, aunado al estrés laboral de nuestra fuerza económica hace pensar que los sujetos en un momento dado presentarán síntomas que reflejen su condición mental, psicológica y emocional.

La Universidad Tecnológica de El Salvador realiza un estudio llamado “Prevalencia de síntomas de alteraciones mentales en la población del El Salvador” por Dr. José Ricardo Gutiérrez y es publicado en la Revista Internacional de Psicología en donde los resultados fueron reveladores indicando que de una muestra de 1668 personas entre hombres y mujeres el 47.7% presentó síntomas de ansiedad y distrés el 29.1% presentó algunos síntomas de depresión. (4)

La Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011) en Chile con datos 2009-2010 estableció que, para personas de 15 años y más, la prevalencia de sintomatología depresiva del último año fue de 17,2%, llegando a un 25,7% entre las mujeres (5). También señala que a menor nivel educativo la prevalencia es mayor, evidenciando la importancia de los determinantes sociales en el desarrollo de depresión. Desglosada por sexo y edad, algunos de los datos revelan las prevalencias encontradas en la ENS (2011) para

sintomatología depresiva en los últimos 12 meses, pudiéndose observar que las mayores prevalencias de sintomatología depresiva se presentan en la población en edad laboral (25 a 64 años) en ambos sexos. Entre 2008 y 2009, el mayor gasto en licencias médicas se produjo por causas referidas a “trastornos mentales y del comportamiento” (\$33.087 millones de pesos en 2008 y \$30.999 millones de pesos en 2009). A pesar de la baja observada entre 2008 y 2009 en el análisis agregado, el subsidio que más impacta en el gasto total es aquel producto de las enfermedades psiquiátricas (20,7%) y de éstas, un 59,3% es debido a episodios depresivos. Según la OMS (6), el desafío más prevalente y costoso de salud mental, apunta a pacientes en edad laboral.

En un estudio realizado en España en 1008 estudiantes entre 17 y 27 años se observó que la prevalencia de hipertensión sistólica aislada era del 8% y la de hipertensión esencial del 4%, lo que en su conjunto supone una prevalencia de hipertensión del 12% en jóvenes sanos, en su mayoría hipertensión sistólica aislada (7).

Para algunos investigadores, la vía final común del estrés y sus respuestas asociadas es el sistema nervioso simpático (SNS), como se menciona en el artículo de C. Maicas Bellido y cols (8); la experiencia de estrés supone una sobre activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotalámico–pituitario adrenal, provocándose la liberación de catecolaminas y de glucocorticoides (cortisol) y, por tanto, provocando un aumento de la presión arterial, de la tasa cardiaca, de la resistencia periférica, así como de los niveles de glucosa en sangre e insulina. Así, el estrés y las respuestas cardiovasculares asociadas al estrés pueden interactuar para predecir el desarrollo de la HTA. La prevalencia global de los trastornos psíquicos en la población general es muy elevada (30% aproximadamente). Una gran parte de los pacientes vistos en atención primaria presentan trastornos psíquicos (20-30%), aunque la detección como «casos» y su tratamiento es muy inferior (15%). La derivación a psiquiatría (ambulatorio-hospitalizado) no sobrepasa el 2% de la población.

Persisten muchos errores asistenciales basados en: confusión con patología somática, desestimación del origen psíquico de síntomas, rechazo social, escaso conocimiento

de la psiquiatría por la Atención Primaria y rechazo o desconfianza de los tratamientos por parte de los pacientes. Por lo que es importante reforzar los conocimientos ya adquiridos y ponerlos a la orden del paciente en la puerta de entrada del sistema que es la Atención Primaria y las emergencias de los hospitales.

Es así que las relaciones entre hipertensión, las diferentes formas clínicas de la ansiedad, y los síntomas ansiosos, son complejas no bien elucidadas aún. En atención primaria el problema es en primer lugar de orden diagnóstico y luego de orden terapéutico. Por lo que al elegir esta temática para estudio se está abarcando no solo la información numérica obtenida por medio del método científico que es la intención principal de este estudio, pero que con el análisis realizado en los resultados también lo que implica el conocer como se percibe la población hipertensa en relación a su estado psicoemocional; y a la vez cuestionar posteriormente si el diagnóstico dado en la consulta médica cotidiana se está realizando de una manera sistematizada y estandarizada para obtener el máximo beneficio con el mínimo de error. Descriptivamente se presentarán los resultados obtenidos por la naturaleza de las variables exploradas como son características demográficas entre ellas edad, sexo, procedencia, nivel educativo y comorbilidades de los sujetos así como de la presencia o ausencia de ansiedad o depresión y de cómo se manifiestan interactuando con las diferentes variables. Entonces podrá el lector notar que a pesar que ansiedad es la principal protagonista del estudio, surge depresión como una entidad que no se puede dejar de lado. El hecho de que el instrumento de evaluación psiquiátrica utilizado es la Escala de Goldberg, provee un alcance de tipo tamizaje en los pacientes estudiados lo que puede derivar en muchas otras instancias de investigación con el fin de complementar la dinámica entre estas tres morbilidades.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. (9). Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos, sin embargo detecta casos probables de ansiedad o depresión pero no es considerada una

prueba diagnóstica, por lo que durante el estudio se hablara de frecuencia de casos probables no de diagnósticos. Durante su validación, la versión castellana de Escala de Goldberg ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad de 83,1%, especificidad de 81,8% y valor predictivo positivo de 95,3% adecuados(10).

Todo lo anterior justifica que este estudio busca encontrar, información consecuente y real de las condiciones psíquicas relacionadas a pacientes hipertensos jóvenes y productivos que representan en sí mismos una gran parte de la población económicamente activa y que por ende sus incapacidades no sólo afectan la productividad pero el bienestar general de ellos mismos y sus familias, así como el desempeño de la asistencia en salud de la institución promoviendo el servicio integral y de calidad que la población espera.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Descubrir la frecuencia de casos probables de ansiedad/depresión en pacientes de 20 a 40 años con hipertensión arterial, que consultaron en la Unidad Médica de Soyapango en el periodo de mayo a junio de 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar tamizaje de casos probables de ansiedad/depresión en pacientes hipertensos que consultan en Unidad Medica Soyapango utilizando la Escala de Goldberg.
2. Identificar frecuencia de casos probables de ansiedad y depresión en los participantes.
3. Describir las variables demográficas asociadas a los casos probables de ansiedad/depresión en los pacientes hipertensos que consultan en la Unidad Médica de Soyapango.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación constituye un estudio descriptivo, observacional, transversal que tiene como población de estudio a 54 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial con edades entre los 20 y los 40 años, escolaridad mínima de noveno grado, que pertenecen al área de cobertura asistencial de la Unidad Médica de Soyapango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y que asistieron a consulta ya sea de control o demanda espontánea durante el período de Junio a Julio de 2013 debido a recepción de carta de aprobación del protocolo de investigación por parte del comité de ética del ISSS hasta el 25 de junio del mismo año, no pudiendo proceder en la fecha previamente programada en protocolo; asimismo se consideran participantes a los que cumplían con criterios de inclusión y no cumplen con los criterios de exclusión como son: tratamiento psicofarmacológico al momento de la investigación, diagnóstico confirmado de cualquier trastorno psíquico, no desear firmar el consentimiento informado por no querer participar en el estudio y los que aunque cumplían los criterios de inclusión pero no se tomaron en cuenta por ser consultantes de emergencia y no ser derechohabientes de la Institución.

El cálculo de la muestra se obtuvo utilizando la fórmula de Murray y Larry para poblaciones finitas y conocidas que arrojó un total de 54 sujetos. La recolección de los datos se realizó utilizando el método de muestreo consecutivo no probabilístico. Se realizó de la siguiente forma: en la clínica de consulta general y clínica metabólica, donde se conoció que era factible identificar a los pacientes que cumplían con los criterios establecidos, se le solicitó responder a la encuesta posterior a su consulta médica o control, y así sucesivamente se fueron captando los sujetos subsecuentemente hasta completar la muestra total para el estudio.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad (20 a 40 años), sexo (femenino o masculino), procedencia (urbana o rural), nivel escolar que se consideró como el último nivel finalizado con éxito (primaria, bachillerato, universitario), presencia o no de

comorbilidades (si o no y cual enfermedad), la presencia o no de caso probable de ansiedad según los resultados arrojados por la Escala de Goldberg de 18 puntos.

La recolección de la información se obtuvo utilizando una encuesta (Anexo 1) a manera de entrevista, la cual se dividió en 3 partes. La primera con el documento de consentimiento informado, la segunda con las preguntas sobre datos generales en donde se especifican las variables demográficas que mencionamos anteriormente con todos sus detalles y la tercera parte en la que se redacta la Escala de Goldberg. La fecha de recolección de datos en el instrumento también fue modificada para cumplir con la autorización del comité de ética.

La Escala de Goldberg consta de dos subescalas, cada una se estructura en 4 ítems de despistaje para determinar si es probable o no que exista trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen las respuestas afirmativas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la subescala de ansiedad y mayor o igual a 2 para la de depresión. El instrumento está diseñado para detectar probables casos no para diagnosticarlos.

A los pacientes se les explico el resultado del test y los que presentaban puntuación para caso probable de ansiedad o depresión se les entregó referencia para seguimiento con médico familiar para evaluar subsecuentes pruebas diagnósticas y/o referencia psiquiatría

Es de aclarar que Inicialmente la recolección de datos se planificó para el período de mayo a junio de 2013, pero debido a que la carta de aprobación por parte del Comité de Ética del ISSS se recibió hasta 25 de junio de 2013, y para cumplir con los lineamientos éticos de la investigación, ésta se llevó a cabo inmediatamente posterior a la recepción del documento realizándose durante el período de junio a julio de 2013.

Así mismo la investigación se concibió originalmente en el protocolo con el título de "Diagnóstico de ansiedad" con la utilización de Escala de Goldberg sin embargo recalcamos que la Escala de Goldberg es un instrumento para detección de casos probables con propósitos de tamizaje por lo que se aclara en este apartado que Escala

de Goldberg sólo se utilizó como instrumento de tamizaje no como instrumento de diagnóstico definitivo para ansiedad y depresión. Se deriva también que el título de la investigación solo consideraba evaluación para ansiedad, sin embargo, Escala de Goldberg analiza la probabilidad de caso de depresión dentro de su estructura, por lo que analizando el posible beneficio de proporcionar un mejor abordaje al paciente considerando depresión dentro de la encuesta se obtuvo información relativa a depresión para ser incluida y descrita en esta investigación.

RESULTADOS

En lo que corresponde a los resultados encontrados en los datos generales recabados en el instrumento, describimos a continuación las variables demográficas de la población participante (anexo 1), tenemos así que de la muestra de 54 sujetos hipertensos consultantes en la Unidad Médica de Soyapango se obtuvo la participación de 21 hombres y 33 mujeres de 20 a 40 años, representando un 39% y un 61%, respectivamente. Comprendiendo la mayor parte de la población entre las edades de 30-35 años con un 21% y de 36-40 años con un 70%, conteniendo un 50% en el nivel escolar primario y un 39% nivel de bachillerato; cabe mencionar que a nivel universitario solo se obtuvo el 11% que corresponde a 6 participantes. Así mismo se encontró que el 92.5% de la población explorada proviene de la zona urbana y que de todos los encuestados además de presentar hipertensión arterial el 24% presentó alguna comorbilidad siendo la más frecuentemente descrita diabetes mellitus en un 18.5%.

Al hacer la relación entre variables demográficas y el caso probable de ansiedad y depresión se describe que el 52% de los participantes (tabla 1) resultó con ansiedad según la Escala de Goldberg, un 24% con diagnóstico de depresión contra otro 24% sin ansiedad o depresión; es decir que un total de 76% de los sujetos presenta uno u otro diagnóstico probable. Con respecto al total de la muestra el sexo femenino predomina con un 35% de presencia de ansiedad y 13% de depresión (tabla 2), el sexo masculino demostró probabilidad de ansiedad en un 17% y depresión con un 11%, Ansiedad es el cuadro más frecuente en el rango de edad (tabla 3) de 36 a 40 años con un 35% y depresión en el 18.5%. En la población de origen urbano (tabla 4) un 46.3% se presenta con caso probable de ansiedad con el consiguiente predominio de un 24% sin ninguno de los trastornos con la misma procedencia; y depresión represento el 22.2%. El 28% de los sujetos con nivel educativo en primaria (tabla 5) presento probable ansiedad, un 22% con Bachillerato; a nivel universitario el 2% presento ansiedad y el 5.5% depresión. Del 24% de pacientes con comorbilidad, un 11% presento depresión predominante a ansiedad que aparece con el 5.5% (tabla 6). La comorbilidad más

frecuentemente encontrada fue Diabetes Mellitus, expresada en un total de 23.90% con predominio en pacientes con depresión en un 9.25% (tabla 7).

TABLA 1. FRECUENCIA CASOS PROBABLES ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

CASO PROBABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA PORCENTUAL
ANSIEDAD	28	52%
DEPRESION	13	24%
NINGUNO	13	24%
TOTAL	54	100

TABLA 2. FRECUENCIA DE CASOS PROBABLES SEGUN SEXO

CASO PROBABLE	FEMENINO		MASCULINO	
ANSIEDAD	19	35%	9	17%
DEPRESION	7	13%	6	11%
NINGUNO	7	13%	6	11%
TOTAL	33	61%	21	39%

TABLA 3. FRECUENCIA DE CASOS PROBABLES SEGUN RANGO DE EDAD

CASO PROBABLE	20-25		26-30		31-35		36-40	
ANSIEDAD	2	3.70%	0	0	7	13%	19	35.18%
DEPRESION	1	1.85%	1	1.85%	1	1.85%	10	18.50%
NINGUNO	0	0	1	1.85%	3	5.50%	9	16.60%
TOTAL	3	5.50%	2	3.70%	11	20.35%	38	70.28%

TABLA 4. FRECUENCIA DE CASOS PROBABLES SEGUN PROCEDENCIA

CASO PROBABLE	URBANO		RURAL	
ANSIEDAD	25	46.30%	3	5.50%
DEPRESION	12	22.20%	1	1.85%
NINGUNO	13	24.07%	0	0
TOTAL	50	92.60%	4	7.40%

TABLA 5. FRECUENCIA DE CASOS PROBABLES SEGUN ESCOLARIDAD

CASO PROBABLE	PRIMARIA		BACHILLERATO		UNIVERSITARIO	
	ANSIEDAD	15	27%	12	22.22%	1
DEPRESION	6	11%	4	7.40%	3	5.50%
NINGUNO	6	11%	5	9.26%	2	3.70%
TOTAL	27	50%	21	39%	6	11%

TABLA 6. FRECUENCIA DE CASOS PROBABLES CON ANSIEDAD O DEPRESION Y COMORBILIDAD

CASO PROBABLE	COMORBILIDAD PRESENTE		COMORBILIDAD AUSENTE	
	ANSIEDAD	3	5.50%	25
DEPRESION	6	11%	7	13%
NINGUNO	4	7.40%	9	17%
TOTAL	13	23.90%	41	76.30%

TABLA 7. FRECUENCIA DE CASOS PROBABLES Y TIPO DE COMORBILIDAD

DIAGNOSTICO	DIABETES		MIGRAÑAS		ASMA	
	ANSIEDAD	2	3.70%	1	1.85%	0
DEPRESION	5	9.25%	0	0	1	1.85%
NINGUNO	4	7.40%	0	0	0	0
TOTAL	11	20.37%	1	1.85%	1	1.85%

DISCUSION

Teniendo en cuenta que el grupo de población hipertensa estudiada es relativamente joven comparado con estudios más populares con las mismas morbilidades y poblaciones de mayor edad, es interesante descubrir que el 76% presentó probabilidad ya sea de ansiedad o depresión. Pero es ansiedad la que se presenta en primer lugar de frecuencia con un 52%. De esto podríamos entender que pacientes hipertensos jóvenes pudieran estar presentando una condición mental determinante en el apareamiento de los síntomas que evalúa la escala de Goldberg, no podemos confirmar con absoluta seguridad cual aparece primero que la otra con los datos que se investigaron, pero si podemos decir que aparecen de la mano consistentemente en el transcurso de la investigación. La intención del estudio inicialmente era enfatizar en la probabilidad de ansiedad sin embargo no podemos dejar pasar que hay un número considerable de pacientes con depresión, un total del 24%; así mismo vemos que en el sexo femenino hay mayor presencia de ambos diagnósticos con un 48%, describiendo predominantemente a ansiedad con un 35%, sobre este dato la tendencia es consistente con otros de investigaciones en otros países y en otros grupos de edad pero es de hacer notar que en la población estudiada hubo una mayoría notable del sexo femenino que se presento en la consulta de la unidad médica durante la realización del estudio. Debido a la dinámica de consulta en la unidad médica, el tiempo disponible del paciente para realizar el estudio se vio limitado por ésta, es así que, el tipo de muestreo se vio facilitado por el método consecutivo no probabilístico, es probable que por ello la muestra se vea más inclinada a la participación de sujetos con ciertas características como veremos en el transcurso de esta discusión.

En cuanto a la relación de edad y caso probable de ansiedad o depresión, es interesante ver que a pesar que hay menos participantes en los primeros rangos de edad como es 20-25 y 26-30 años que depresión se presenta en 1 de 3 sujetos y en el último en 1 de 2. Al avanzar en los dos últimos grupos de edad donde hay mayor número de participantes ambos diagnósticos lógicamente se distribuyen más

ampliamente, vemos una tendencia que se vuelve más pronunciada hacia ansiedad que depresión teniendo un 13% en el grupo de 31-35 años y un 35% en el grupo de 36-40 años. Es necesario tener en cuenta que para una contribución más amplia del estudio se necesitaría una muestra más grande y más homogénea, y la razón de mencionar esto último no es solo el rango de edad, lo que probablemente se deba a que hipertensión arterial es todavía menos frecuente en los pacientes de la tercera década de la vida que en adultos de mayor edad aun cuando se ha notado el número creciente de pacientes hipertensos jóvenes en los últimos años; sino que, es cuando revisamos la relación entre procedencia y caso, hay una marcada presencia de la participación urbana y la razón principal es que la mayor parte de la población a la que da cobertura la Unidad Médica de Soyapango es urbana. En el inicio de recolección de datos habría esperado encontrar una mayor participación de pacientes provenientes del área rural, sin embargo durante este proceso se obtuvieron 4 pacientes del total de 54 representando solo el 7.4%; por lo tanto no me parece que este dato pueda dar fe de alguna diferencia representativa entre la presencia de ansiedad o depresión relacionada a procedencia, por lo que sería recomendable, incluso útil analizar población rural por separado o concatenar ambas para realizar una comparación representativa en futuros estudios.

El 50% de los pacientes poseían al menos educación primaria finalizada y el 39% Bachillerato completo y de estos básicamente poco más de la mitad (22.2%) se ven comprometidos por caso probable de ansiedad en su evaluación, podemos decir que es suficiente nivel educativo para entender la naturaleza de la evaluación y proporcionar información fidedigna y estudiada, sin embargo, cabe mencionar que los sujetos con estudios universitarios completos fue de un 11% del total de los participantes y el trastorno más frecuente fue depresión en la mitad de los universitarios en este estudio. Podríamos enfrentarnos a dos situaciones aquí, una es que el nivel escolar hace probable que el sujeto se exponga a mayores estresores de acuerdo a sus habilidades laborales y exigencias con la acompañante sensación de empeoramiento de la salud, o en la segunda que simplemente el hecho que fueron solo 6 universitarios en el estudio la condición se haya visto más pronunciada y dirigida a ansiedad. Es necesario en este caso también, categorizar cuántos bachilleres tuvieron

algún grado de preparación universitaria aunque no la completaron ya que en este estudio no se especifica ese detalle, pero al igual que procedencia, utilizar una muestra más homogénea entre las tres categorías y hacer comparaciones en futuros estudios. Así mismo podría ser indicativo el incluir el tipo de empleo que el sujeto realiza y como se siente al respecto de su desempeño o de su entorno laboral.

En cuanto a los pacientes hipertensos con comorbilidad es interesante ver que depresión se encontró con mayor frecuencia comparada a ansiedad. Este 11 % de pacientes deprimidos representa a 6 pacientes dentro del estudio y 5 de estos describían al menos Diabetes Mellitus como una de sus enfermedades concomitantes. Estudios como los de Glynn et al.(11) ponen de manifiesto que el recuerdo de una situación emocional estresante, como una situación que produce ira o enfado, pueden recrear las respuestas fisiológicas y emocionales. Estas respuestas de aparición tardía pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de la HTA y de los trastornos cardiovasculares. Es de considerar que la presencia de una o más enfermedades acompañando a hipertensión arterial podría generar un estado de discomfort mental en el paciente que los sufre manifestándose con síntomas depresivos.

Es importante mencionar que aunque no existe una explicación clara de cómo influye el estado psicoemocional en la hipertensión arterial o viceversa; o si en realidad es que influye en alguna forma, más y más países se están uniendo en la lucha para ayudar a pacientes con problemas de salud mental y en el estudio de la relación de la psique con la fisiopatología de las enfermedades. Se ve en este estudio que hay una presencia indiscutible de estas entidades en los pacientes hipertensos jóvenes, estamos hablando que son pacientes menores de 40 años, que se encuentran en alta productividad económica, pacientes de 20 a 25 años que han iniciado vida laboral nada menos y presentan una condición fisiopatológica y una mental como es hipertensión y ansiedad o hipertensión y depresión. ¿Cuántos años de vida laboral aún tienen estos pacientes? ¿Y cuanta inversión generaría el tratamiento o incapacidad por consecuencia de estos cuadros? No solo monetario, pero en calidad de vida, en fuerza económica, en bienestar general para los mismos y para los suyos.

En el estudio de Sherbourne et al. en 2005 en USA(12) efectuaron un importante hallazgo de comorbilidad hipertensión / ansiedad, y mostraron que en una muestra de 1475 adultos hipertensos, 1% sufría de ataque de pánico, 5,5% de trastornos fóbicos, 10% de ansiedad generalizada, y que sobre el total, un 25% sufría al menos de un síntoma o un trastorno ansioso que requería ser medicado. Estas cifras son iguales a las de los pacientes con diabetes o con patología cardiovascular conocida, y sugiere que toda enfermedad crónica es generadora de ansiedad "específica", dado que la prevalencia de los trastornos ansiosos en la población general de los EUA está estimada en 19%.

La detección adecuada de ansiedad y depresión con un instrumento tan sencillo e introspectivo como la Escala de Goldberg podría dar pie no solo a buscar alternativas de diagnóstico confirmatorio y tratamiento de estas enfermedades en fase temprana sino también a profundizar en los pensamientos que el paciente tiene acerca de su enfermedad principal en este caso hipertensión arterial y cómo responde al mismo. ¿Cuántos de estos pacientes no cumplen su tratamiento porque sienten miedo o desesperanza con respecto a todo el problema conjunto y las consecuencias que conlleva? ¿Cuántos pacientes saben manejar su estrés cotidiano y evitar llegar al punto de necesitar medicación por episodios de ansiedad o depresión? ¿Cuántos pacientes reciben, de hecho, un diagnóstico apropiado, cuando se les adjudica estas condiciones y por ende los sucesos que le prosiguen?

Como consideración ética, a los pacientes que se encontraron con casos probables de ansiedad y depresión se les entregó una referencia para seguimiento por parte del médico de familia para evaluar si eran necesarias otras pruebas diagnósticas o referencia psiquiátrica, sin embargo no se realizó seguimiento, por parte del investigador, a los pacientes afectados, por no ser parte de los objetivos de este proyecto.

Una de las limitantes durante la recolección de datos fue el tiempo de estadía de los pacientes en la Unidad Médica, ya que algunos de ellos se habían encontrado por más de dos horas dentro de la institución lo que condicionó que algunos participantes con cumplimiento de criterios no quisieran participar en el estudio. Lo que nos llevó a captar

al sujeto calificado que consecutivamente se presentó a la consulta y que si decidió participar en el estudio.

CONCLUSIONES

1. La Escala de Goldberg encontró una frecuencia del 76% del total de los participantes que presentan caso probable de ansiedad o depresión.

2. La frecuencia de casos probables de ansiedad descubierta fue del 52%. La frecuencia en casos probables de depresión fue del 24% del total de los participantes.

3. El 92.5% de la población total procedió del área urbana y en casos probables de ansiedad el sexo femenino predominó con un 35%, entre los rangos de edad de 36 a 40 años y nivel escolar en primaria, así mismo la mayoría de sujetos con casos probables de depresión fueron pacientes con Diabetes Mellitus como comorbilidad en un 9.25%, en el sexo femenino, nivel escolar primario.

RECOMENDACIONES

1. Establecer la Escala de Goldberg dentro de la Institución para realización de tamizaje en todo paciente hipertenso de 20 a 40 años con sospecha de caso probable de ansiedad y depresión en otras unidades médicas, ya que podría contribuir con datos estadísticos útiles que permitan una visualización más amplia de la población derechohabiente a este respecto.
2. Considerar la realización de pruebas subsecuentes de Escala de Goldberg para dar seguimiento así como de pruebas adicionales para diagnóstico en aquellos pacientes que presentan casos probables de ansiedad o depresión es recomendable para su adecuado manejo y/o referencia.
3. Valorar en futuros estudios, incluir diferentes zonas geográficas con cobertura por la institución para comparar las diferentes características demográficas propias de la zona geográfica que da cobertura la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289:2560-2572 Consultado 01/08/15
2. Asociación Americana de Psiquiatría Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-IV-TR, 1997. Sitio web PsicoMed. Consultado 01/08/15 Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv7.html>
3. Jiménez-Cuadra, E. “La depresión y la ansiedad – Una de las enfermedades mas incapacitantes en medicina de familia”. Portales Médicos, S. L. [ISSN 1886-8924] 2011; Artículos 3305 Pág. 2. Consultado 12/07/15 Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3305/1/La-depresion-y-ansiedad-es-una-de-las-enfermedades-mas-incapacitantes-en-Medicina-Investigacion-sobre-la-depresion-y-ansiedad-en-Medicina-de-familia.html>
4. Gutiérrez, J.R. “Prevalencia de síntomas de alteraciones mentales en la población del El Salvador”. Revista Internacional de psicología. [ISSN1818-1023] 2005. Vol. 5 n°2. Pág.: 1 – 15. Consultado 12/07/2015 Disponible en: <http://psicologiarevista.99k.org/La%20familia%20disfuncional%20y%20la%20psicopatologia%20en%20la%20poblacion%20de%20San%20Salvador.pdf>
5. MINSAL. Informe Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2011. Santiago: MINSAL; 2011. Citado 01/08/2015 Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

6. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. World Health Organization; 2008. Citado 16/08/2015. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
7. Franklin, S. Hipertensión en el paciente joven. 12a. Reunión Nacional Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Sevilla, España Marzo 2007. Europa Press 2007 página 4-12. Consultado 01/08/15. Disponible en: <http://www.menarini.es/images/fondodocumentalES/05.pdf>
8. Espinoza, R., García-Vera, M.P., Sanz. J. Factores Psicosociales Implicados en el Control de la Hipertensión Arterial. ELSIEVER Vol. 29. Núm. 02. Abril 2012 - Junio 2012 Consultado 02/08/15 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-factores-psicosociales-implicados-el-control-90140529#bib14>
9. Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP): Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. Medicina Clínica (Barc). 2003; 121(10):367-374. Consultado 02/08/15. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/apartado03/tratamiento03.html>
10. Montón C, Pérez Echeverría M., Campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria 1993; 12 (6): Consultado 02/08/15 Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d4256655-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL8.pdf

11. Glynn LM, Christenfeld N, Gerin W. The role of rumination in recovery from reactivity: cardiovascular consequences of emotional states. *Psychosom Med.* 2002;64:714-26 Consultado el 01/08/15. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90140529&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=67&ty=102&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=67v29n02a90140529pdf001.pdf

12. Fuente, P. Hipertensión arterial y ansiedad en atención primaria. *Fundación ACTA* 2002. Consultado el 25/07/15. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=24052>

ANEXOS

ANEXO 1.

“FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS DE 20 A 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD MEDICA SOYAPANGO JUNIO-JULIO 2013”

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hoja informativa para el paciente.

Introducción.

Mi nombre es Dra. Edith Alejandra Quintanilla de Nguyen, soy médico general graduada y me encuentro finalizando mi especialidad en Medicina Familiar dentro del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, realizando mi tesis la cual consiste en un proyecto de investigación acerca de cuantas personas con Hipertensión Arterial padecen además de Ansiedad, la cual es comúnmente conocida como “estrés o enfermedad de los nervios” ya que medicamente se sabe que estas dos enfermedades se encuentran muy relacionadas entre sí. Le proporcionare a usted la información acerca del estudio y le invitare a participar en el. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo acerca de la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo de explicarle. Si tiene preguntas más tarde también puede consultarnos cuando usted lo crea más conveniente.

Propósito.

Ansiedad, también conocida como “angustia, estrés emocional o aflicción” es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o propios de la persona, de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación de nuestro sistema nervioso, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La hipertensión arterial o “Presión Alta” es una de las primeras causas de enfermedades en el país y contribuye al incremento de la mortalidad, por ser uno de los importantes factores de riesgo de las enfermedades del corazón, cerebro y riñones, como los infartos, accidentes cerebrovasculares o “derrames”, insuficiencia renal crónica. En su aparición se invocan

diferentes factores, entre las que están además de las de carácter biológico, las psicosociales, como el estrés y el estilo de vida. Se sabe que el mal manejo de la carga emocional puede desencadenar un estado ansioso que puede incidir en los niveles de presión arterial y la condición general del paciente.

Selección de pacientes.

Estoy invitando a participar en el estudio a las personas que padecen hipertensión arterial esencial, que se encuentren entre las edades de 20 a 40 años, que residan en la zona de Soyapango que corresponde al área de servicio de la Unidad Medica Soyapango, con el fin de detectar cuantas personas que padecen hipertensión arterial también tienen este diagnostico y asi poder darlo a los pacientes y a la institución con el fin de brindar tratamiento de ser necesario mejorando así la atención a los paciente y mejorando su calidad de vida.

Participación Voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Tanto si decide participar o no, usted continuara gozando de los servicios de esta institución y nada cambiara. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya decidido lo contrario inicialmente sin ninguna consecuencia.

Procedimiento y descripción del proceso:

El procedimiento que se llevara a cabo en su persona es el siguiente:

1. Posterior a su consulta médica en esta unidad, se le pedirá que conteste algunas preguntas en un cuestionario de datos personales que no incluye nombres ni direcciones, con el fin de mantener su privacidad.
2. Luego se le pedirá que conteste con “SI” o “NO” a una serie de preguntas que forman parte de un test, el cual es especifico para el diagnostico de ansiedad, este deberá ser contestado con la mayor sinceridad posible con el fin de obtener el resultado más confiable.
3. La encuesta puede ser llenada por usted mismo o por mi persona si así lo desea.

Formulario de Consentimiento Informado.

He sido invitado a participar en el estudio **“FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS DE 20 A 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN UNIDAD MEDICA SOYAPANGO JUNIO-JULIO DE 2013”**, entiendo que contestare a una serie de preguntas en una encuesta, que determinaran si tengo o no Ansiedad, y entiendo que es posible que haya beneficios para mi persona como el hecho de obtener tratamiento para este padecimiento en el caso de presentarlo. Se me ha proporcionado el nombre y teléfono del investigador que puede ser fácilmente contactada, de ser necesario.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en mi cuidado médico.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____ Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del investigador _____ Fecha _____

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA ESTUDIO SOBRE
FRECUENCIA DE CASOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSION
ARTERIAL DE LA UNIDAD MÉDICA DE SOYAPANGO**

Cuestionario.

Datos generales.

1. Edad _____
2. Sexo _____
3. Procedencia _____
4. Grado de escolaridad _____
5. Motivo de consulta _____
6. Numero de expediente _____
7. ¿Tiene usted el diagnóstico de Hipertensión Arterial? Si _____ NO _____
8. ¿Padece usted de alguna otra enfermedad además de Hipertensión Arterial?
9. ¿Cuál? _____
10. Recibe tratamiento para Hipertensión arterial? SI _____ NO _____
11. ¿Cumple su tratamiento a cabalidad? SI _____ NO _____
12. Si contestó que no; ¿cuál es la razón? _____
13. Lleva algún control con Psiquiatría o Psicología? SI _____ NO _____
14. Por qué razón? _____

Por Favor, conteste sinceramente las siguientes preguntas:

En las últimas dos semanas,

ANEXO 2. ESCALA DE GOLDBERG

Si No

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ¿Ha estado muy preocupado por algo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ¿Se ha sentido muy irritable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ¿Ha estado preocupado por su salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Se ha sentido con poca energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | ¿Se ha sentido usted enlentecido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |