

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA EN EL CENTRO  
DE SALUD DE POCOLLAY Y CENTRO DE SALUD LA  
ESPERANZA DE TACNA DURANTE EL PERIODO  
JUNIO - JULIO DEL 2024**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Mariel Paloma Mamani Mollo**

**Para optar por el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ**

**2024**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA EN EL CENTRO  
DE SALUD DE POCOLLAY Y CENTRO DE SALUD LA  
ESPERANZA DE TACNA DURANTE EL PERIODO  
JUNIO - JULIO 2024**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. MARIEL PALOMA MAMANI MOLLO**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobada por MA y O R G A S, ante el siguiente jurado:

Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio  
**PRESIDENTE**

Dr. José Alberto Revilla Urquiza  
**MIEMBRO**

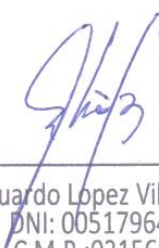
Mgr. Eddy Richard Vicente Choque  
**MIEMBRO**

Dr. Eduardo López Villanueva  
**ASESOR**

## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Eduardo López Villanueva en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N°12947-2024-FACS-UNJBG de la tesis de investigación titulado: **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA EN EL CENTRO DE SALUD DE POCOLLAY Y CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA DE TACNA DURANTE EL PERIODO JUNIO-JULIO DEL 2024**. Presentado por la Bachiller Mariel Paloma Mamani Mollo para optar el Título profesional de MÉDICO CIRUJANO. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del **software de similitud textual TURNITIN** cuenta con el **nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 3%**. Por lo que, **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para la obtención de TÍTULO PROFESIONAL, según corresponda consiguientemente la publicación en el repositorio institucional.

FIRMA ASESOR

  
Dr. Eduardo Lopez Villanueva  
DNI: 00517964  
C.M.P.:021565



FIRMA TESISTA

  
Mariel Paloma Mamani Mollo  
DNI: 72463922



## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo a mis queridos padres, que han logrado ser una gran fuente inagotable de apoyo y dedicación durante el recorrido de mi trayectoria académica. Gracias a su constante esfuerzo y al aliento que me brindaron en cada paso del camino, han efectuado fundamentalmente un papel de importancia en mi vida.

A mi hermana Estefany, que siempre me inspiró a seguir adelante a pesar de las dificultades que pudieran surgir.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a Dios, quien ha estado a mi lado en todo momento, guiándome con sabiduría y proporcionándome la fortaleza necesaria para seguir adelante en mi camino.

Al finalizar una etapa maravillosa de mi vida, deseo expresar un profundo agradecimiento a cada uno de mis docentes, quienes con su apoyo y enseñanzas han sido la base de mi carrera profesional.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|   | Pág. |
|---|------|
| <b>DEDICATORIA</b> .....                            | iv   |
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....                         | v    |
| <b>RESUMEN</b> .....                                | xi   |
| <b>ABSTRACT</b> .....                               | xii  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....                           | 1    |
| <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> ..... | 3    |
| 1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....              | 3    |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....                 | 6    |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....        | 7    |
| 1.4. OBJETIVOS .....                                | 8    |
| 1.4.1. Objetivo general.....                        | 8    |
| 1.4.2. Objetivos específicos.....                   | 8    |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....             | 10   |
| 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .....                 | 10   |
| 2.1.1. Internacionales.....                         | 10   |
| 2.1.2. Nacionales.....                              | 18   |
| 2.2. BASES TEÓRICAS .....                           | 32   |
| 2.2.1. Ansiedad.....                                | 32   |
| 2.2.1.1. Clasificación.....                         | 34   |
| 2.2.1.2. Síntomas.....                              | 37   |
| 2.2.1.3. Etiología.....                             | 38   |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.2.1.4. Diagnóstico.....                     | 39        |
| 2.2.1.5. Tratamiento.....                     | 43        |
| 2.2.1.6. Tratamiento farmacológico.....       | 44        |
| 2.2.1.7. Tratamiento no farmacológico.....    | 46        |
| 2.2.2. Depresión.....                         | 50        |
| 2.2.2.1. Síntomas.....                        | 53        |
| 2.2.2.2. Etiología.....                       | 53        |
| 2.2.2.3. Diagnóstico.....                     | 56        |
| 2.2.2.4. Tratamiento.....                     | 57        |
| 2.2.3. Hipertensión arterial.....             | 59        |
| 2.2.3.1. Etiología.....                       | 61        |
| 2.2.3.2. Clasificación.....                   | 65        |
| 2.2.3.3. Diagnóstico.....                     | 70        |
| 2.2.3.4. Control.....                         | 72        |
| 2.2.3.5. Tratamiento no farmacológico.....    | 75        |
| 2.2.3.6. Tratamiento farmacológico.....       | 76        |
| <b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b> | <b>79</b> |
| 3.1. DISEÑO DE ESTUDIO.....                   | 79        |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....                | 79        |
| 3.2.1. Población.....                         | 79        |
| 3.2.2. Muestra.....                           | 80        |

|  |            |
|--|------------|
| 3.2.3. Criterios de selección.....         | 80         |
| 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ..... | 81         |
| 3.4. INSTRUMENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN  |            |
| DE DATOS .....                             | 83         |
| 3.4.1. Técnica.....                        | 83         |
| 3.4.2. Instrumento.....                    | 84         |
| 3.5. ACCIONES Y ACTIVIDADES .....          | 85         |
| 3.6. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS ..... | 86         |
| 3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....                  | 86         |
| <b>CAPÍTULO IV. DE LOS RESULTADOS.....</b> | <b>88</b>  |
| 4.1. RESULTADOS.....                       | 88         |
| 4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....             | 102        |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                   | <b>121</b> |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>                | <b>122</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>    | <b>123</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                        | <b>137</b> |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>Tabla 01.</b> Frecuencia de hipertensión arterial controlada y no controlada  | 88          |
| <b>Tabla 02.</b> Frecuencia de síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial   | 89          |
| <b>Tabla 03.</b> Frecuencia de síntomas de depresión en pacientes con hipertensión arterial  | 90          |
| <b>Tabla 04.</b> Características de la población de pacientes con síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión                       | 91          |
| <b>Tabla 05.</b> Características de la población de pacientes con síntomas de depresión en pacientes con hipertensión                      | 93          |
| <b>Tabla 06.</b> Características de la población de pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada                         | 95          |
| <b>Tabla 07.</b> Antecedentes personales y características nutricionales en pacientes con síntomas de ansiedad                             | 97          |
| <b>Tabla 08.</b> Antecedentes personales y características nutricionales en pacientes con síntomas de depresión                            | 98          |
| <b>Tabla 09.</b> Antecedentes personales y características nutricionales en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada | 100         |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>Gráfico N°01</b> Frecuencia de hipertensión arterial controlada y no controlada  | 88          |
| <b>Gráfico N°02</b> Frecuencia de síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial   | 89          |
| <b>Gráfico N°03</b> Frecuencia de síntomas de depresión en pacientes con hipertensión arterial  | 90          |
| <b>Gráfico N°04</b> Características de la población de pacientes con síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión                       | 92          |
| <b>Gráfico N°05</b> Características de la población de pacientes con síntomas de depresión en pacientes con hipertensión                      | 94          |
| <b>Gráfico N°06</b> Características de la población de pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada                         | 96          |
| <b>Gráfico N°07</b> Antecedentes personales y características nutricionales en pacientes con síntomas de ansiedad                             | 98          |
| <b>Gráfico N°08</b> Antecedentes personales y características nutricionales en pacientes con síntomas de depresión                            | 99          |
| <b>Gráfico N°09</b> Antecedentes personales y características nutricionales en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada | 101         |

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el centro de salud Pocollay y centro de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024. **Materiales y métodos.** Se llevó a cabo la realización de un estudio de diseño que se clasifica como observacional, descriptivo. Estuvo conformada por 197 pacientes hipertensos que cumplieron los criterios de selección, atendidos en el centro de salud La Esperanza y Pocollay junio-julio del 2024. **Resultados.** El 43.1% presentó hipertensión arterial controlada, mientras que el restante, 56.9%, hipertensión arterial no controlada. El 38.6% de los pacientes hipertensos presentó síntomas de ansiedad y el 17.8% presentó síntomas de depresión. En la mayoría de las características sociales los pacientes no tienen síntomas de ansiedad, a excepción de pacientes menores a 37 años (66.7%) religión evangelista (66,7%), sin nivel de estudio (50,0%) y superior no universitario (54,5%). En la mayoría de las características sociales los pacientes presentan hipertensión arterial no controlada, a excepción de pacientes menores de 37 años (75%), de otras religiones (60%), estado civil conviviente (53,6%), superior universitario (54,2%) y superior no universitario (54,5%). Respecto a los antecedentes personales, el 66.7% de fumadores de tabaco presentaron síntomas de ansiedad. Respecto a las características nutricionales el 100% de pacientes con bajo peso presento hipertensión arterial controlada. **Conclusiones.** La frecuencia fue 56.9% hipertensión arterial no controlada y el 43.1% hipertensión arterial controlada. Se presentaron síntomas de ansiedad y síntomas de depresión en los pacientes hipertensos.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, hipertensión arterial

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the frequency of anxiety and depression symptoms in patients with controlled and uncontrolled arterial hypertension at the Pocollay health center and La Esperanza health center in Tacna during the period June-July 2024. **Methodology:** A design study was carried out that is classified as observational, descriptive. It was made up of 197 hypertensive patients who met the selection criteria, treated at the La Esperanza and Pocollay health center June-July 2024. **Results.** 43.1% had controlled high blood pressure, while the remaining 56.9% had uncontrolled high blood pressure. 38.6% of hypertensive patients presented symptoms of anxiety and 17.8% presented symptoms of depression. In most social characteristics, patients do not have anxiety symptoms, with the exception of patients under 37 years of age (66.7%), evangelical religion (66.7%), without educational level (50.0%) and non-university higher education. (54.5%). In most social characteristics, patients present uncontrolled arterial hypertension, with the exception of patients under 37 years of age (75%), of other religions (60%), cohabiting marital status (53.6%), university graduates (54.2%) and higher non-university (54.5%). Regarding personal history, 66.7% of tobacco smokers presented anxiety symptoms. Regarding nutritional characteristics, 100% of low weight patients had controlled arterial hypertension. **Conclusions.** The frequency was 56.9% uncontrolled arterial hypertension and 43.1% controlled arterial hypertension. Anxiety symptoms and depression symptoms occurred in hypertensive patients.

**Keywords:** anxiety, depression, high blood pressure

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una condición bastante frecuente, hay millones de individuos que forman parte de esta vasta y diversa población. También es considerada una de las principales razones detrás de la morbilidad, así como la mortalidad. Esta enfermedad no solo presenta un desafío físico, sino que también está profundamente conectada con el bienestar mental de los pacientes. Trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión suelen coexistir con la hipertensión, creando un ciclo vicioso que puede complicar su tratamiento y repercutir de una forma negativa sobre la calidad de la vida.

La ansiedad, la cual se puede manifestar por medio de preocupaciones excesivas y diversos síntomas físicos como palpitaciones y tensión muscular, puede aumentar en aquellos con hipertensión debido al miedo a las complicaciones de su condición. Por su parte, la depresión puede aparecer como una reacción emocional al diagnóstico.

Los trastornos psiquiátricos pueden empeorar el control de la hipertensión mediante efectos sobre el comportamiento y la adherencia al tratamiento, mientras que la hipertensión no controlada puede exacerbar los síntomas de ansiedad y depresión, creando un ciclo vicioso.

El propósito de esta investigación es llevar a cabo un análisis detallado sobre la frecuencia con la que se presentan los trastornos de

ansiedad y depresión en individuos que tienen hipertensión arterial controlada y no controlada. Al profundizar en esta relación, se busca identificar síntomas de dichas patologías en los pacientes hipertensos y puedan ser tratados.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El origen de realizar este estudio es la necesidad del interés institucional, regional del reconocimiento de los casos de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes hipertensos; como es de saber, la hipertension arterial a contribuye a ser parte de un factor de riesgo cardiovascular importante como el desarrollo de la enfermedad cerebrovascular. Es responsable de una morbimortalidad elevada que representó un total de 10.8 millones de muertes durante el año 2019; por lo que su prevención, manejo y control cumple un papel importante. Afecta al 22.3% en todo el mundo. y de esta, 26.5% en países de ingresos medios como Latinoamérica (1) (2).

La conexión entre la presión elevada de las arterias y la afección que este puede provocar en el corazón ha sido un tema de interés y de investigación para muchos científicos a lo largo del tiempo. Por esta razón, es fundamental que se lleve a cabo un manejo apropiado de la hipertensión, ya que esto desempeña un papel crucial en la disminución considerable de las tasas de mortalidad asociadas. Este hecho resalta la importancia de

implementar un control eficiente y eficaz de esta condición médica, que afecta a una gran parte de la población (3).

La hipertensión no controlada se asocia con varios mecanismos fisiopatológicos que pueden contribuir al desarrollo de ansiedad y depresión. En primer lugar, la activación crónica del sistema nervioso simpático (SNS) aumenta la liberación de catecolaminas, lo que puede generar sensaciones de agitación y estrés, factores que favorecen la aparición de ansiedad. Además, la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, con elevación crónica de cortisol, altera la regulación emocional y está vinculada a un mayor riesgo de trastornos afectivos. La inflamación crónica y el estrés oxidativo, también frecuentes en la hipertensión, afectan el sistema nervioso central y contribuyen a la depresión. Por otro lado, la alteración de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, junto con una percepción negativa de la salud y las comorbilidades asociadas (como la diabetes), exacerban el riesgo de ansiedad y depresión (4)

Adicionalmente, los pacientes con hipertensión no controlada pueden enfrentar un círculo vicioso en el que los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos, como los betabloqueantes, inducen fatiga y síntomas depresivos, lo que puede agravar los trastornos emocionales. Este panorama complejo sugiere que la hipertensión no solo afecta la salud física, sino que también tiene un impacto significativo en la salud mental, lo que subraya la importancia de un enfoque integral en su tratamiento, que

considere tanto el control de la presión arterial como el bienestar psicológico. (5)

Además, es necesario precisar que los problemas de salud mental están incrementando a nivel local, nacional y mundial.

En el transcurso de los meses que abarcan desde enero hasta septiembre del año 2023, los diversos centros de atención gestionados por el Ministerio de Salud se dedicaron a ofrecer una amplia gama de servicios, atendiendo un total de 1,333,930 casos que estaban relacionados específicamente con trastornos de salud mental. Además, también se ocuparon de atender múltiples problemáticas que impactan de manera significativa el ámbito psicosocial tanto de los individuos como de las comunidades en general. Dentro de este amplio grupo de casos, se registraron las siguientes patologías con mayor frecuencia: la ansiedad, que afectó a 343,897 individuos; la depresión, que se registró en 207,068 personas; el síndrome del maltrato, que fue identificado en un total de 550,965 casos; en lo que se refiere a la salud mental de los niños y niñas, y su bienestar emocional, se observó un notable predominio del trastorno emocional y del comportamiento en niños y adolescentes, con un total de 170,727 casos documentados. Por último, también se hizo referencia al trastorno del desarrollo psicológico, el cual merece una atención especial, que afectó a 161,474 personas (6).

La depresión y ansiedad comparte mecanismos fisiopatológicos con la hipertensión arterial como se ha descrito, y al ser trastornos de la salud mental frecuentes en nuestro país, es de suma importancia su prevalencia y valorar su asociación en dichos pacientes.

Los centros de salud en estudio son del primer de atención de gran concurrencia debido a que en su mayoría tienen una población adulta. Asimismo, debido a su nivel de atención, brindan apoyo a esta patología como lo es la hipertensión arterial, responsables del control mensual en estos pacientes.

El tema de investigación que se está abordando en este momento no ha generado un interés considerable en la comunidad académica, lo que se debe a la falta de estudios comparativos que hayan sido realizados en nuestra región específica de Tacna. Esta ausencia de investigaciones previas en el área fue precisamente lo que me motivo a llevar a cabo el presente estudio.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el centro de salud

de Pocollay y centro de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Para abordar de manera efectiva el tratamiento de una enfermedad, es fundamental tener un entendimiento completo y profundo de la persona que la padece, patologías como ansiedad y depresión que suele coexistir. La información y el conocimiento que hemos recopilado a lo largo de este trabajo nos brindarán la oportunidad de mejorar la atención que se les da a los pacientes en los Centros de Salud.

Por otro lado, la información que ha sido recopilada en el contexto de este estudio se podrá utilizar con el fin de fortalecer y mejorar tanto la iniciativa como el compromiso del personal de salud responsable de brindar atención a la población. Este aporte académico resultará ser útil y relevante no solo para el personal de salud, sino también para la comunidad que conocerán sobre afecciones psiquiátricas frecuentes en pacientes hipertensos y su asociación a dichas patologías.

Es absolutamente esencial y de gran relevancia que cada uno de los integrantes del equipo de profesionales que se dedican a la atención de la salud brinde una atención con conocimiento para diagnosticar patológicas mentales frecuentes como ansiedad y depresión. Es de suma

importancia señalar que situaciones como la depresión y la ansiedad no solo tienen la capacidad de afectar de manera adversa el estado de salud de estos pacientes, sino que además desempeñan un importante acto para prevenir la aparición de problemas más serios, tales como la demencia y el deterioro cognitivo, que podrían comprometer aún más su calidad de vida y su funcionamiento diario.

Se anticipa que este estudio actual se convertirá en un fundamento importante para las investigaciones que se llevarán a cabo en el futuro, ya que estas explorarán más a fondo las diversas variables que han sido analizadas, teniendo en cuenta y considerando los descubrimientos y conclusiones obtenidas de la investigación que se presenta.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el centro de salud de Pocollay y centro de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Conocer la frecuencia de hipertensión arterial controlada y no controlada de pacientes del centro de salud de Pocollay y centro

de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024.

- Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial.
- Identificar las características sociales, antecedentes personales y características nutricionales en los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión con hipertensión arterial.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

##### **2.1.1. Internacionales**

**Amaike C. et al. (7)** investigaron la relación que se establece entre la existencia de síntomas de depresión o ansiedad y la capacidad de gestionar y controlar de manera efectiva la hipertensión arterial cuyo propósito es de considerable interés y relevante en el área de la salud, realizaron un estudio transversal entre 321 pacientes hipertensos que accedieron a atención en dos centros de salud en Nigeria. Se obtuvo una prevalencia de depresión y ansiedad de 12,1% y 23,1%, respectivamente; el 81,3% participantes tenían hipertensión arterial no controlada y de estos, el 14,2% y el 23,4% tenían depresión y ansiedad, respectivamente. Concluyen que la depresión parece estar asociada de forma independiente con un mayor riesgo de hipertensión y que es relevante se evalúen emocionalmente a los individuos que padecen de hipertensión ya que pueden experimentar episodios de depresión y así para garantizar un mayor control de la hipertensión.

**Duman H. et al. (8)** llevaron a cabo un análisis detallado en el cual se examinó la conexión y el vínculo que existe entre la ansiedad, la depresión y la condición de hipertensión arterial resistente. Realizaron un estudio

transversal incluyó 300 pacientes mayores de 18 años que acudieron al ambulatorio de medicina familiar y cardiología de un hospital universitario en Turquía entre noviembre de 2021 y agosto 2022, valoraron la ansiedad y la depresión mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Concluyeron que la ansiedad se asoció con riesgo 2,18 veces mayor de hipertensión arterial y un riesgo 1,99 veces mayor de depresión; por lo tanto, la ansiedad y la depresión predijeron la hipertensión arterial resistente en análisis univariados y multivariados.

**Lim L. et. al.** (9) evaluaron la asociación entre ansiedad y la hipertensión en adultos mediante una revisión sistemática/metanálisis de 59 estudios que incluyeron un total de 4.012.775 participantes, se logró identificar una correlación notablemente significativa entre los grados de ansiedad y la existencia de hipertensión arterial en su organismo. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones clínicas para detectar tempranamente y tratar tanto a la ansiedad como a la hipertensión. Concluyen y destacan la importancia del manejo simultáneo de ambas afecciones debido a sus mecanismos fisiopatológicos.

**Astudillo Y. et al.** (10) realizaron un estudio prospectivo, unicéntrico, de 200 adolescentes de 12 a 18 años remitidos a una clínica de nefrología pediátrica con el objetivo de determinar la asociación entre la ansiedad y presión arterial elevada en adolescentes. Se encontró que treinta y uno (53%) de los participantes con SCARED-P positivo tenían presión arterial

elevada en comparación con 27 (19%) de los participantes con SCARED-P negativo,  $P = 0,03$ . Concluyen que existe una asociación entre la ansiedad y la PAD elevada en niños adolescentes y que la detección de ansiedad en los adolescentes debe ser parte de la evaluación de rutina de los niños adolescentes.

**Zhang J. et al.** (11) determinaron la frecuencia y la ocurrencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la población estudiada en pacientes con hipertensión arterial. Se realizó un estudio transversal entre marzo de 2020 y febrero de 2021. Se evaluaron 106 individuos con hipertensión arterial en el noroeste de China mediante la Escala que mide de forma métrica la ansiedad autoevaluada (SAS) y el test de la Escala de depresión autoevaluada (SDS). Se encontró que los pacientes incluidos tenían síntomas depresivos particularmente altos (70,09%), mientras que la ansiedad entre ellos fue del 17,55%. Al análisis estadístico se encontró que los pacientes con menor edad, mujeres, fumadores y frecuencia de caminata inferior a 6 minutos, hipertensión arterial no controlada presentaron un nivel de ansiedad más alta significativamente. Los que vivían en áreas rurales, fumadores, los que tenían un título universitario, hipertensión elevada presentaron un nivel de depresión más alto ( $p < 0,05$ ). Concluyeron que las afecciones en la salud emocional, como el estar deprimido, son comunes entre los individuos con hipertensión arterial en el noroeste de China. Las características de los pacientes, como el

tabaquismo, y la distancia recorrida a pie en seis minutos, se relacionaron con las puntuaciones de las variables.

**Abdisa L. et al.** (12) evaluaron la prevalencia y los diversos elementos y características que están relacionados con la depresión, así como los diferentes síntomas de ansiedad que se presentan en individuos que padecen hipertensión en seguimiento. Se realizó un estudio transversal entre 471 personas con hipertensión que fueron elegidas al azar de cuatro hospitales públicos en la ciudad de Harar y la Administración de Dire Dawa. Los signos y manifestaciones asociadas con la depresión y la ansiedad que las personas pueden experimentar estuvieron presentes en el 27,2 y el 32,7% de las personas con hipertensión, respectivamente. Ser mujer, no tener educación formal, presencia de otras enfermedades médicas, tener antecedentes familiares de depresión y poco apoyo social se asociaron estadísticamente con síntomas depresivos, mientras que ser mujer, viuda y divorciada, presencia de otras enfermedades médicas y el apoyo social deficiente se asoció estadísticamente con síntomas de ansiedad. Según diversos estudios, se ha encontrado que más del veinticinco por ciento de los individuos que sufren de hipertensión arterial han reportado haber experimentado síntomas que están relacionados con trastornos que afectan la salud emocional, así como el estar deprimidos y ansiosos.

**Wu M. et al.** (13) investigaron la prevalencia de la ansiedad y la depresión y los factores de riesgo entre los pacientes con enfermedades

cardiovasculares en el período posterior a la pandemia. Se realizó una encuesta transversal mediante muestreo oportunista y de bola de nieve en el sudeste de China. Se evaluaron la ansiedad y la depresión mediante la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). Un total de 435 pacientes con hipertensión (48,05%), fibrilación auricular (17,24%), enfermedad de la arteria coronaria (14,48%), insuficiencia cardíaca (9,89%) y otras enfermedades cardíacas (10,34%) completaron la encuesta. Curiosamente, la mayoría de los pacientes informaron ingresos mensuales comparables a (90,11%) o incluso mayores que (8,51%) los ingresos previos a la pandemia. La incidencia de ansiedad y depresión fue del 11,72 y 9,20%, respectivamente. El estado civil de una persona, así como la suspensión de su tratamiento médico durante el periodo de pandemia, se identificaron como a diversos riesgos de factores independientes que son un importante punto y contribuyen de manera significativa tanto al progreso así como a la aparición de la ansiedad en las personas como a la manifestación de la depresión. Además, el ingreso mensual actual y el acceso a la telemedicina durante la pandemia fueron factores de riesgo independientes para la ansiedad. Concluyeron que los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden experimentar ansiedad y la depresión no solo se debe a las complicaciones de la enfermedad sino también a los efectos de la pandemia.

**Bussotti M. et al.** (14) llevaron a cabo evaluaciones exhaustivas de los estudios existentes que analizan tanto la prevalencia como el impacto significativo de las condiciones relacionadas con la ansiedad y la depresión que tienen un impacto considerable en el estado del bien emocional y mental de los individuos, alterando su estado mental y su calidad de vida de formas que pueden ser profundas y duraderas, además de formular una serie de desafíos que deben ser superados para mejorar la gestión y el tratamiento de estas condiciones mentales. De acuerdo a la revisión encontraron que la frecuencia de trastornos mentales en individuos con hipertensión arterial se sitúa entre el 7,5% y el 53% para la depresión y entre el 19% y el 51% para los trastornos de ansiedad y pánico. Concluyeron que los profesionales sanitarios suelen subestimar los trastornos mentales y, en segundo lugar, la necesidad de aplicar métodos adecuados de detección de trastornos mentales en pacientes con hipertensión arterial. Sin embargo, la escasez de estudios observacionales a gran escala en este ámbito requiere la atención de los investigadores.

**Polishchuk O. et al.** (15) llevaron a cabo un estudio exhaustivo para analizar de qué manera la ansiedad y depresión afectan y repercuten en el estado de relación en la vida de los individuos con hipertensión arterial. Se examinaron 55 pacientes con hipertensión arterial (HA) de 2.<sup>a</sup> etapa para alcanzar la meta. La edad promedio de los individuos que tomaron parte en el estudio varió considerablemente, abarcando un rango de entre 25 y 73

años. Además, se determinó que la edad media se situaba en 53,56 años, con una desv. estandar de  $\pm 10,28$  años. De acuerdo con los datos recopilados, se encontró que un total del 58,2 por ciento, lo que equivale a 32 pacientes, eran mujeres, mientras que el 41,8 por ciento, o 23 pacientes, eran hombres. En lo que respecta a la ansiedad en su estado actual, se logró confirmar que un significativo 74,6% de los pacientes que fueron analizados presentaron un nivel elevado de ansiedad, mientras que un 25,5% de los pacientes mostraron un nivel moderado de ansiedad en su estado al momento del estudio. Los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario PHQ-9 revelaron que un porcentaje del 12,7% de las personas evaluadas presentaban un nivel de depresión subclínica, mientras que un 49,1% manifestaron síntomas correspondientes a una depresión leve y un 16,4% mostraron indicios de una depresión moderada. En lo que respecta a la distribución de los niveles de ansiedad según el género, se observó que las mediciones de ansiedad eran notablemente más altas en referencia al sexo femenino, con un valor de p que es inferior a 0,01, lo que indica una diferencia estadísticamente significativa. El método conocido como HADS no reveló ninguna diferencia considerable en los niveles de depresión cuando se observó la distribución de estos niveles en función del género de los individuos. Se llegó a la conclusión de que un elevado porcentaje de los individuos que sufren de presión elevada también experimentan niveles significativos de ansiedad. Se descubrió una

relación directa y significativa entre el indicador que mide la ansiedad y el nivel de gravedad de la depresión, los cuales fueron establecidos y determinados a través de la aplicación de diversos cuestionarios.

**Jiménez E. et al.** (16) investigó en profundidad las respuestas de ansiedad que experimentaron los adultos diagnosticados con hipertensión arterial como resultado del impacto emocional y psicológico que generó la pandemia de COVID-19. Se utilizó un enfoque de diseño que es de tipo cuantitativo, además de ser transversal y descriptivo, con el objetivo de recopilar información a través de cuestionarios. Esta metodología se aplicó a una muestra de 400 adultos que padecen hipertensión. Se detectaron niveles que se consideran bajos en cuanto a la ansiedad que las personas experimentaban frente a la crisis pandémica. Se observó que los niveles de ansiedad eran notablemente más elevados en las mujeres en contraste con los varones. Los adultos que padecían de otras enfermedades crónicas no transmisibles mostraron tener niveles más elevados de ansiedad en comparación con aquellos que no enfrentaban dichas condiciones de salud. La existencia de otras enfermedades crónicas se vinculó de manera significativa con la aparición de síntomas relacionados con la ansiedad. Llegué a la conclusión de que no se observaron indicios clínicos de ansiedad que pudieran estar relacionados con la COVID-19 en aquellos pacientes que padecen de hipertensión arterial.

### **2.1.2. Nacionales**

**Cruz A.** (17) evaluó detalladamente las diferencias existentes en los grados de ansiedad y depresión que experimentan los individuos que sufren de hipertensión controlada se comparan con los grados de ansiedad y depresión que presentan aquellos individuos que padecen de hipertensión no controlada. Esta investigación se realizó en el Hospital Santa Rosa de Piura, durante un período que abarca desde julio hasta diciembre del año 2019. Se observó que, en el grupo de individuos que tienen hipertensión controlada, un porcentaje del 25.21% presenta síntomas de ansiedad leve. Por otro lado, en el grupo que sufre de hipertensión no controlada, además, se descubrió que un 26.9% de los individuos que formaron parte del estudio presentan índices de ansiedad que se clasifican como leves. Antes de llevar a cabo la prueba estadística conocida como Chi-cuadrado de Pearson, es importante destacar que ambas variables en cuestión se encuentran interconectadas entre sí de manera significativa. En lo que respecta a la depresión, se ha constatado que un significativo 39.5% de los pacientes que tienen su hipertensión debidamente controlada experimentan síntomas de depresión leve. En contraste, solo un 16.8% de los individuos que sufren de hipertensión no controlada reportan presentar este mismo nivel de depresión. Se ha llegado a la conclusión de que los pacientes que sufren de hipertensión no controlada tienden a experimentar grado de ansiedad más altos en

contraste con otros que tienen su hipertensión debidamente en control. Además, se ha observado que la depresión, aunque se considera leve en todos los casos analizados, ocurre con mayor frecuencia en los individuos que están bajo tratamiento y presentan hipertensión controlada.

**Gallarday D.** (18) llevó a cabo un exhaustivo estudio de tipo casos y controles que involucró a un total de 99 pacientes que habían sido diagnosticados con hipertensión arterial. Este análisis se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Atención Primaria Metropolitano, que forma parte de la Red de ESSALUD, ubicado en la región de Trujillo. Dentro de esta investigación, se evaluaron específicamente a 50 pacientes que presentaban hipertensión arterial bajo control, así como a 49 pacientes que sufrían de hipertensión no controlada. El objetivo principal de esta evaluación fue analizar y determinar las diferencias que existen en los niveles de ansiedad entre los dos grupos de pacientes, con la esperanza de obtener información valiosa que pueda contribuir a una mejor comprensión de la conexión entre la hipertensión arterial y los niveles de ansiedad en los individuos es un tema de interés creciente en el ámbito de la salud. Los resultados de la investigación revelaron que un porcentaje del 11.1% de los pacientes evaluados evidenció la presencia de ansiedad patológica, lo que indica una preocupación significativa en este grupo. Específicamente, se observó que un 12.24% de las personas que padecían hipertensión que no estaba bajo control sufrían de ansiedad grave. Este

porcentaje es notablemente más alto que el 10% de aquellos que formaban parte del grupo que tenía su hipertensión adecuadamente controlada. Asimismo, es importante destacar que el promedio de los puntajes relacionados con la ansiedad se observó que era significativamente más elevado en los pacientes que padecían de hipertensión no controlada, mostrando un puntaje promedio que se sitúa en 28.64, acompañado de una DE de 9.71, en comparación con el grupo de individuos que tenían su hipertensión adecuadamente controlada, que presentó un promedio de 26.84 y una desviación estándar de 8.52. Se llega a la conclusión de que los individuos que padecen hipertensión arterial que no se encuentra bajo control tienden a experimentar niveles de ansiedad que son significativamente más altos en comparación con aquellos que tienen su hipertensión adecuadamente controlada.

**Vasquez J.** (19) comparó los niveles de ansiedad y depresión que presentan los adultos que padecen hipertensión controlada en contraste con aquellos que sufren de hipertensión no controlada, específicamente entre los pacientes que reciben atención médica en el Policlínico Chiclayo Oeste. El análisis que se lleva a cabo tiene una naturaleza comparativa y se realiza de manera transversal, lo que implica que se examinan diferentes grupos en un solo punto en el tiempo, facilitando así la comparación entre ellos. El conjunto de individuos que constituye la población que se está investigando está integrado por aquellos pacientes que han sido

diagnosticados con hipertensión arterial primaria, una condición médica que afecta a su salud y que se encuentra bajo análisis en este estudio. Estos pacientes asisten al Policlínico Chiclayo Oeste, y su atención se lleva a cabo durante el periodo que abarca desde septiembre de 2017 hasta marzo de 2018. La muestra fue establecido aplicando la fórmula que se utiliza comúnmente en estudios comparativos enfocados en proporciones. Para esta investigación, se incluyó un total de 57 pacientes que sufrían de hipertensión arterial que no estaba siendo adecuadamente controlada, de manera equivalente, 57 pacientes que contaban con hipertensión controlada. A todos los participantes se les realizó una evaluación utilizando el test de Hamilton, el cual se aplica para medir los niveles de ansiedad y depresión en los individuos. Se llega a la conclusión de que el grado de ansiedad experimentado en pacientes adultos que sufren de hipertensión arterial no controlada, sea considerablemente mayor en comparación con aquellos pacientes adultos que presentan hipertensión arterial primaria que sí está debidamente controlada. La frecuencia de depresión en individuos adultos que sufren de presión elevada arterial primaria que no ha sido adecuadamente controlada es significativamente más alta en comparación con aquellos pacientes que tienen su hipertensión arterial primaria bajo control. Diversos estudios científicos han demostrado que la ansiedad se identifica como un factor que está correlacionado de forma significativa con la hipertensión arterial, lo que implica que se refiere a la condición de tener

la presión arterial aumentada o elevada. El trastorno del estado de ánimo conocido como la depresión no exhibe una relación o conexión significativa con la hipertensión arterial, según los datos recopilados de los adultos que recibieron atención médica en el Policlínico Chiclayo Oeste durante el intervalo de tiempo que abarca desde septiembre de 2017 hasta marzo de 2018.

**Paucara M.** (20) en este estudio estableció la relación existente entre la falta de actividad física y los niveles de depresión y ansiedad en pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares y que acuden a consultas externas. Se evaluó a un total de 78 pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares. A lo largo de este procedimiento, se hizo uso de un formulario que fue creado de manera específica con el propósito de facilitar la recolección de datos. Además, se empleó una escala hospitalaria que tiene como objetivo evaluar de manera precisa los niveles de ansiedad y depresión que experimentan estos pacientes. En una investigación que llevó a cabo un análisis exhaustivo de un grupo compuesto por un total de 70 pacientes que sufren de hipertensión arterial, se examinaron diversos factores relacionados con esta patología, se descubrió que la proporción de individuos que presentaban síntomas de depresión era notablemente alta, alcanzando un 84.29%, mientras que un 80% de estos pacientes también mostraba signos de ansiedad. Al observar a los pacientes que llevaban un estilo de vida inactivo, se encontró que el

diagnóstico de ansiedad estaba presente en el 72.97% de ellos, cifra que se contrasta significativamente con el 36.36% de aquellos que se consideraban activos físicamente ( $p < 0.05$ ) y se calculó un coeficiente rho de 0.389. En cuanto a la depresión, el estudio reveló que el porcentaje de pacientes inactivos que la padecían era del 78.38%, en comparación con el 45.45% de los pacientes que llevaban un estilo de vida activo, resultando nuevamente significativo ( $p < 0.05$ ). Por otra parte, se observó que la tasa de depresión en los pacientes que llevaban un estilo de vida inactivo alcanzó un 78.38%, mientras que entre aquellos pacientes que se mantenían activos, la frecuencia de depresión fue significativamente menor, situándose en un 45.45%. El descubrimiento realizado es de gran relevancia y tiene un valor estadístico de  $p$  menor a 0.05, lo que sugiere que los resultados son significativos, mientras que el coeficiente rho se ha registrado en 0.34, indicando una correlación positiva moderada entre las variables analizadas. Se descubrió una relación notable y significativa entre la presencia de sintomatología vinculados con la depresión y la ansiedad, y la evidente inactividad física en los individuos.

**Serrano S.** (21) permitió identificar y establecer los diversos elementos y aspectos que se encuentran asociados y relacionados con la presencia de la depresión y la ansiedad en los pacientes afectados por estas condiciones que padecen de hipertensión arterial y que reciben atención médica en el centro de salud San Isidro. Este análisis se

caracteriza por su enfoque cuantitativo, utilizando un método observacional y se clasifica como un estudio de tipo analítico. Utilizando un diseño que es transversal y retrospectivo. Se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple basado en técnicas de probabilidad, lo que permitió seleccionar una muestra resultante compuesta por un total de 80 individuos. De esos, 80 fueron clasificados como casos y otros 80 como controles en el estudio. Para recopilar la información necesaria, se utilizaron encuestas siendo el instrumento de estudio un cuestionario ejecutable ya que pasó por su debida validación y confiabilidad adecuada. Se descubrió que existen ciertos factores sociodemográficos, como la ocupación de las personas y su estado civil, que desempeñan un papel importante. Adicionalmente, en el contexto de los factores clínicos que pueden influir en la salud de las personas, se reconocieron varias dimensiones que deben ser tenidas en cuenta. Estas dimensiones abarcan la obesidad, que se ha convertido en un problema de salud pública, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que afecta a un número creciente de individuos, y la hipertensión arterial no controlada, que representa un riesgo significativo para el sistema cardiovascular. Además, se consideraron el consumo de alcohol y tabaco, dos hábitos perjudiciales que pueden agravar condiciones de salud, así como el uso de múltiples medicamentos simultáneamente, una situación que se conoce como polifarmacia y que a menudo es un desafío en el manejo de la salud. Todos estos factores se vincularon de manera

significativa con la frecuencia de ansiedad y depresión en los individuos estudiados.

**Velasco D.** (22) tuvo como propósito fundamental de este estudio es establecer una relación entre los distintos niveles de depresión que presentan los pacientes hipertensos y la manera en que esto afecta el manejo y regulación y supervisión de los niveles de su presión arterial. Se llevará a cabo un estudio que será de tipo cuantitativo, transversal, analítico y prospectivo. Para ello, se seleccionará una muestra que constará de 246 pacientes, los cuales serán elegidos mediante un proceso de selección aleatoria. Los criterios establecidos para la inclusión en este estudio o análisis son aquellos que requieren que los pacientes deben tener una edad que supere los 18 años y que hayan recibido un diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), además de no presentar ninguna comorbilidad o condición médica adicional que pudiera influir en los resultados. A través de la realización de un análisis utilizando la prueba estadística de chi cuadrado, cuyo resultado fue  $X^2=0.50$ , se logró establecer que había una relación significativa entre los diferentes niveles de depresión y el control adecuado de la presión arterial. En particular, se observó que la correlación porcentual era más pronunciada en los casos de depresión moderada y severa, en comparación con aquellos que mostraban un manejo eficiente y efectivo de la presión arterial. En el transcurso de un análisis exhaustivo llevado a cabo en una muestra compuesta por 246 pacientes, se pudo constatar que un

total de 166 de estos individuos, lo que equivale a un significativo 67% de la población que fue objeto de estudio, presentaban algún nivel o grado de depresión. Se descubrió que la mayoría de los pacientes analizados, que representan aproximadamente el 59% del total, eran individuos de edad avanzada, específicamente personas que tenían más de 70 años de edad. Además, se identificó que un elevado porcentaje, cerca del 66%, pertenecía al sexo femenino, y una gran mayoría, en torno al 90%, era originaria de áreas rurales. En cuanto a su nivel educativo, el 54% de ellos había completado una educación superior, mientras que el 36% había alcanzado un nivel de educación secundaria completa. En términos de creencias religiosas, un significativo 90% de los pacientes se declaraba católico, y en lo que respecta a su situación marital, el 71% estaba casado. En el grupo de pacientes que presentaban depresión de moderada a severa y que no lograban controlar sus niveles de presión arterial, se encontró que utilizaban al menos tres medicamentos para su tratamiento. Por último, se determinó que había una mayor frecuencia de pacientes con síntomas de depresión en aquellos que habían recibido el diagnóstico en los primeros diez años de su condición. Se llegó a la conclusión de que, tras un exhaustivo análisis, existe una conexión más relevante y significativa entre aquellos pacientes que padecen un nivel elevado de depresión y las complicaciones que enfrentan para mantener un control adecuado y eficiente de sus niveles de presión arterial. Asimismo, en base a diversas

características individuales de las personas, que incluyen aspectos como el sexo, la edad, el nivel educativo, el lugar donde residen, así como su estado civil, sería posible realizar un proceso de evaluación para detectar la presencia de depresión, lo cual podría ser gestionado por el departamento de salud mental del hospital correspondiente.

**Rojas R. (23)** llevó a cabo un estudio detallado que examinó y evaluó la posible relación o asociación entre la presencia de la ansiedad y la hipertensión, es decir, si hay un vínculo significativo entre estas dos condiciones de salud. El número total de personas que formaron parte de la muestra en cuestión fue de 408 individuos. Se creó un formulario virtual utilizando la plataforma de Google, el cual fue enviado a través de correo electrónico a los docentes que fueron seleccionados para recibirlo. La tasa de hipertensión arterial (HTA) observada en el estudio fue del 3.19%, lo que equivale a un total de 13 casos identificados. Entre las personas que padecieron de hipertensión arterial (HTA), se observó que la totalidad de ellas, es decir, el 100%, también experimentó niveles significativos de ansiedad. En el marco de estudio referente a la hipertensión arterial (HTA), se pudo detectar una conexión notable y significativa que se relaciona especialmente con el grupo etario que incluye a los individuos que tienen entre 30 y 39 años de edad. Además, esta relación también muestra una vinculación importante con el género masculino. Después de llevar a cabo un exhaustivo y detallado análisis de toda la información y los datos que se

encontraban disponibles en el momento, se llegó a la conclusión de que no se ha identificado evidencia suficiente que pueda indicar la existencia de una relación o conexión significativa entre la ansiedad y la hipertensión arterial, también conocida como HTA.

**Olabarrera R.** (24) realizó un análisis exhaustivo de los distintos factores que se encuentran estrechamente vinculados con la depresión y la ansiedad en aquellos pacientes que están siendo atendidos y hospitalizados en las instalaciones del Hospital Regional del Cusco. Se trata de un estudio que se clasifica como transversal y analítico. Un total de 184 pacientes estuvieron involucrados en este estudio, provenientes de los diferentes servicios de hospitalización que ofrece el hospital. Se descubrió que, tras realizar un análisis exhaustivo, el 21.74% de los individuos evaluados mostró síntomas que correspondían a un caso clínico de depresión, mientras que un 30.43% presentó signos característicos de un caso clínico de ansiedad. En relación con los diversos factores que se asocian con la depresión, se observaron varias condiciones que parecen influir en este trastorno. Entre estos factores se incluyen las comorbilidades diferentes que pueden coexistir con la depresión, así como la presencia de antecedentes familiares de enfermedades mentales. Además, se identificó la disfunción familiar, la cual puede estar presente en grados moderados a graves. Asimismo, el consumo de alcohol de manera riesgosa se destaca como un factor relevante. Por otro lado, se consideraron aspectos como

haber estado previamente hospitalizado debido a alguna cirugía, la frecuencia de visitas familiares, el hecho de ser ama de casa, y la posesión de alguna creencia religiosa que también podrían desempeñar una función significativa en la existencia y en las actividades cotidianas de las personas que enfrentan este problema. Por otro lado, se identificaron varios factores que se relacionan con la experiencia de la ansiedad, entre los cuales destacan el hecho de ser mujer, la presencia de una disfunción familiar que puede ser clasificada como moderada o grave, así como el consumo de bebidas alcohólicas en grados considerados de riesgo. Asimismo, se mencionó la hospitalización actual del individuo en los servicios de Cirugía general y en diversas áreas de Medicina, y también se tuvo en cuenta la existencia de alguna creencia religiosa que podría influir en la percepción de la ansiedad. Llegó a la conclusión de que hay múltiples factores que se encuentran relacionados, tales como las comorbilidades, las hospitalizaciones previas, el tipo de servicio de hospitalización que reciben, los antecedentes familiares de enfermedades mentales, la visita periódica de familiares, la funcionalidad del núcleo familiar, el consumo de alcohol, la situación laboral de los pacientes, las creencias religiosas y el género, todos los cuales están relacionados con la manifestación de síntomas que indican la presencia de ansiedad y depresión en aquellos pacientes que se encuentran bajo tratamiento y atención médica en el Hospital Regional del Cusco.

**Flores V. et al.** (25) analizaron en profundidad la conexión y la influencia que tienen los factores psicosociales en el proceso de desarrollo o manifestación de la hipertensión arterial. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizará una muestra aleatoria representativa de la población de la ciudad de Medellín. Se trata de un estudio que se clasifica como observacional y que está diseñado con un enfoque analítico, además de ser de tipo transversal. En este contexto específico, la variable de respuesta que estamos analizando hace referencia a la condición médica conocida como hipertensión arterial, fue comparada y analizada en relación con las variables psicosociales y sociodemográficas a través de un análisis bivariable. Tras llevar a cabo un ajuste cuidadoso que consideró variables como la edad, el sexo y los eventos de vida que pueden generar estrés, Se concluyó que existen múltiples factores psicosociales que se asocian con la hipertensión arterial, siendo algunos de los más relevantes la manifestación de síntomas de depresión, así como la existencia de varios trastornos relacionados con el sueño. Llegaron a la conclusión de que existe una conexión significativa entre la depresión, los trastornos del sueño y la hipertensión arterial, lo que sugiere que estos problemas de salud mental y físico pueden influirse mutuamente.

**Castro K.** (26) estableció cómo la ansiedad se encuentra asociada con el grado de conocimiento, que poseen las personas de edad avanzada, sobre hipertensión quienes asisten a un policlínico en Chaclacayo. La

muestra de la población estudiada estaba compuesta por un total de 450 individuos que pertenecen a la categoría de personas de tercera edad. La técnica de muestreo fue no probabilístico que incluyó un total de 208 individuos. Se hizo uso del cuestionario diseñado para medir la ansiedad, el cual fue elaborado por el investigador Spielberger, junto con un cuestionario que evalúa los niveles de conocimiento acerca de la hipertensión, ambos instrumentos fueron previamente validados mediante un estudio piloto. Los hallazgos obtenidos indicaron una fuerte y significativa correlación entre las distintas variables analizadas.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Ansiedad:**

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo y ansiedad intensos, junto con cambios en el comportamiento. El miedo es una reacción emocional ante una amenaza inmediata (real o imaginaria) y suele provocar respuestas físicas de defensa; en cambio, la ansiedad es una respuesta anticipatoria frente a una amenaza futura, con tensión muscular y conductas de precaución. La evitación es común para reducir el miedo o la ansiedad. Las crisis de pánico son respuestas específicas al miedo y se presentan principalmente en trastornos de ansiedad, aunque también pueden surgir en otros trastornos mentales. Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según las situaciones temidas o evitadas y las creencias relacionadas. Estos trastornos son excesivos y persistentes, sobrepasando la ansiedad normal y suelen durar seis meses o más. (27).

Los Trastornos de Ansiedad, que a menudo se conocen de manera más breve con las iniciales TA, son trastornos que se caracterizan por la existencia de miedos y preocupaciones que, en comparación con la realidad de las situaciones, se manifiestan de una manera que es claramente desproporcionada y excesiva. Estos síntomas tienden a persistir durante un período prolongado en la vida de un individuo. Los individuos que atraviesan por estas intensas y abrumadoras emociones a

menudo las experimentan en circunstancias que, en esencia, no representan un peligro o amenaza efectiva para ellos. Sin embargo, esta respuesta emocional desproporcionada genera un notable y profundo malestar que impacta negativamente en su vida cotidiana. Se puede notar que estas condiciones o situaciones exhiben una causa que es bastante complicada y tiene múltiples facetas, además de que se reconoce la existencia de un factor relacionado con la genética que influye en su desarrollo. Además de lo mencionado anteriormente, se pueden reconocer diversos factores que generan estrés, los cuales son el resultado de una variedad de situaciones importantes o eventos significativos, así como de experiencias vividas que ocurren a lo largo de la vida de un individuo. Con el objetivo de realizar un diagnóstico preciso y adecuado para cada uno de los pacientes que atendemos, tanto los médicos como los psiquiatras, quienes tienen plena confianza en su formación académica y en la vasta experiencia acumulada a lo largo de los años, recurren a un conjunto de criterios clínicos que han sido cuidadosamente establecidos y detallados en dos de los manuales más reconocidos en el ámbito de la salud mental: el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", comúnmente conocido como DSM, y la "Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados", que se abrevia como ICD. Estos manuales se consideran recursos de suma importancia, ya que ofrecen directrices claras y específicas que facilitan la correcta

identificación de una amplia gama de condiciones relacionadas tanto con la salud mental como con la salud física (28).

La Organización Panamericana de la Salud, comúnmente conocida por su acrónimo OPS, está trabajando en asociación con la Organización Mundial de la Salud, que es abreviada como OMS. Juntas han elaborado y divulgado un informe que revela que los trastornos de ansiedad son considerados el segundo tipo de trastorno mental que provoca un alto nivel de incapacidad en un considerable número de naciones que forman parte de la Región Americana. Los trastornos relacionados con la salud mental constituyen una parte considerable del total general, alcanzando un notable 23% según las estadísticas más recientes que detallan los años de vida perdidos como consecuencia de diversas discapacidades en aquellos países que se clasifican como de ingresos bajos a moderados. Los desafíos relacionados con la salud mental no solo se encuentran relacionados con una disminución en la esperanza de vida, sino que, además, están conectados a índices de mortalidad que son considerablemente más altos que los promedios generales (28).

#### **2.2.1.1 Clasificación:**

Existen múltiples criterios que pueden ser utilizados en la evaluación y diagnóstico de los variados tipos de trastornos asociados con la ansiedad. Estos criterios son fundamentales para identificar correctamente las

manifestaciones de los diferentes trastornos ansiosos. Entre las múltiples y variadas clasificaciones que se utilizan con más regularidad en el campo de la salud mental, destaca de manera significativa el DSM-5, el cual representa el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, una herramienta fundamental y ampliamente reconocida en la evaluación y diagnóstico de diversas condiciones psicológicas. Este manual ha sido cuidadosamente elaborado y creado con gran atención al detalle por la Asociación Americana de Psiquiatría, y es ampliamente reconocido como una herramienta esencial y vital para el diagnóstico preciso y la comprensión profunda de los diversos trastornos mentales que se encuentran en el ámbito de la práctica clínica. Una clasificación adicional que tiene gran relevancia en el ámbito de la salud es la ICD-10, la cual se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Esta clasificación es empleada por la Organización Mundial de la Salud, también conocida por sus siglas OMS, para clasificar y organizar diversas afecciones y enfermedades que afectan a las personas en todo el mundo (29).

| <b>DMS- 5</b>   |
|---|
| Trastorno de ansiedad por separación                    |
| Mutismo selectivo                                       |
| Trastorno de Pánico                                     |
| Agorafobia  |
| Fobia Especifica  |
| Trastorno de Ansiedad Social                            |
| Trastorno por Ansiedad Generalizada                     |
| Trastorno de Ansiedad inducida por sustancias           |
| Trastorno de Ansiedad atribuibles a condiciones medicas |
| Otros Trastorno Especifico de Ansiedad                  |
| Trastorno de Ansiedad No Especifica                     |

**Fig. 1. Clasificación DSM-5**

| <b>ICD-10</b>  |
|--|
| Trastornos de Ansiedad                               |
| Trastorno Generalizado de Ansiedad                   |
| Trastorno de Pánico                                  |
| Trastorno de Ansiedad Fóbica                         |
| Agorafobia   |
| Fobia Social   |
| Fobias Especificas                                   |
| Trastorno Obsesivo-Compulsivo                        |
| Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación |

**Fig. 2. Clasificación ICD-10**

### **2.2.1.2 Síntomas:**

La ansiedad puede ser conceptualizada como un mecanismo de defensa que, en situaciones de estrés, se activa en un nivel fisiológico cuando una persona percibe la presencia de una amenaza, ya sea real o imaginaria. Este estado de alerta elevado en el que se encuentra la persona puede provocar la aparición de una serie de emociones y sensaciones que son bastante incómodas e incluso dolorosas para aquel que las vive. Entre estas sensaciones se incluye una preocupación constante, casi obsesiva, por eventos o situaciones que podrían suceder en el futuro, lo que a menudo genera un nivel de ansiedad significativo. Además, puede manifestarse una irritabilidad que surge de forma inesperada y que parece no tener una causa clara, lo cual puede resultar frustrante tanto para la persona afectada como para quienes la rodean. También es posible experimentar un estado de inquietud que resulta casi imposible de manejar, así como una hipervigilancia que lleva a la persona a enfocarse excesivamente en pequeños detalles o estímulos del entorno que podrían, en teoría, representar algún tipo de amenaza. Por último, esta condición puede culminar en un estado de agitación que hace que sea sumamente complicado conseguir un momento de descanso o experimentar la paz y la tranquilidad que tanto se anhelan. Sin embargo, resulta fundamental destacar que este tipo de comportamiento tiene la capacidad de desarrollarse y convertirse en una condición patológica que está

estrechamente relacionada con la ansiedad. Esto es especialmente relevante en situaciones en las que dicho comportamiento empieza a presentarse como una reacción que es tanto incontrolable como persistente por parte de la persona que lo experimenta (30).

### **2.2.1.3 Etiología:**

Los trastornos de ansiedad, que representan un grupo de condiciones mentales que impactan a una gran cantidad de personas en todo el mundo, tienen un origen o génesis que, en realidad, es bastante complejo y multifacético. Asimismo, se ha calculado que la variabilidad genética que influye en la aparición de estos trastornos constituye aproximadamente entre un 30% y un 50%, lo cual sugiere que una proporción considerable del desarrollo de estos problemas de salud puede tener conexión con factores que se transmiten de una generación a otra, es decir, aspectos hereditarios. Dentro de la amplia variedad de factores que juegan un papel crucial en la configuración del comportamiento humano, es posible resaltar, en primer lugar, aquellos aspectos que están estrechamente ligados a la personalidad de cada individuo, que comúnmente se les conoce como rasgos temperamentales. Además, no se pueden pasar por alto los numerosos factores sociales que tienen que ver con las interacciones y relaciones que establecemos con otras personas a lo largo de nuestra vida. Por último, también es importante considerar los aspectos ambientales que abarcan tanto el entorno físico en el que nos encontramos como las

condiciones generales en las que llevamos a cabo nuestra existencia diaria (31).

#### **2.2.1.4 Diagnostico:**

La ansiedad y la preocupación desmedida, que también se puede describir como una anticipación de eventos negativos con un matiz aprensivo, se manifiestan de manera persistente durante un periodo superior a la cantidad de días en que no se ha presentado dicha ansiedad, siendo este tiempo un mínimo de seis meses. Este tipo de preocupación está relacionada con una variedad de situaciones o actividades, que pueden incluir tanto el ámbito laboral como el escolar, y afecta de manera significativa la vida cotidiana de quienes la padecen (32).

Para el ser humano, puede resultar una tarea bastante difícil y desafiante gestionar y mantener bajo control sus emociones relacionadas con la inquietud y la preocupación. La ansiedad y la preocupación tienden a estar conectadas o asociadas con la manifestación de tres o más de los seis síntomas que se describen en la lista siguiente. Es fundamental destacar que, en el marco de esta discusión, es necesario que al menos ciertos síntomas hayan estado manifestándose de manera continua a lo largo de un intervalo de tiempo extendido. Más concretamente, deberíamos observar que estos síntomas han estado presentes durante más días de los que no han aparecido, abarcando un periodo de seis meses en total. Es

importante señalar que, en lo que respecta a los niños, solo es necesario que se complete satisfactoriamente un único ítem para poder considerarse como que se ha cumplido con este criterio específico (33).

1. Una sensación de inquietud que puede describirse como la percepción de estar completamente atrapado en una situación, acompañada de una gran tensión nerviosa que provoca un estado de ansiedad evidente.

2. Facilidad para fatigarse

3. Experiencia de tener problemas para mantener la concentración o la sensación de que la mente se queda completamente vacía, sin pensamientos ni ideas claras que puedan surgir.

4. Presencia de irritación

5. Tensión del musculo

6. Los problemas que están relacionados con el sueño pueden presentarse de múltiples formas diferentes. Entre estas manifestaciones, se incluye, por ejemplo, la dificultad que algunas personas tienen para poder conciliar el sueño al principio de la noche. También es común experimentar interrupciones frecuentes durante el sueño, que dificultan la capacidad de seguir durmiendo de manera adecuada. Además, muchas personas pueden enfrentar una experiencia de sueño que es

particularmente inquieta e insatisfactoria, lo que les impide sentirse descansadas al despertar.

La ansiedad, junto con la preocupación constante y los síntomas físicos que pueden presentarse, provoca un malestar que es clínicamente significativo. Este malestar no solo impacta la salud mental del individuo, sino que también puede causar un deterioro notable en diversas áreas importantes de su vida, incluyendo su desempeño social, su rendimiento laboral y otros aspectos clave de su funcionamiento cotidiano. La modificación o cambio observado no puede ser asignado o relacionado con los efectos que produce una sustancia, ya sea una droga recreativa o un medicamento utilizado para tratar diversas condiciones de salud. Además, no se puede explicar a través de ninguna otra afección médica existente, tales como el hipertiroidismo, que es un trastorno relacionado con la glándula tiroides (34).

La alteración en cuestión no se puede entender de manera más adecuada como resultado de la existencia de otro tipo de trastorno mental. Esto abarca diversas circunstancias, tales como la experiencia de ansiedad intensa o el miedo a experimentar episodios de pánico, que son característicos del trastorno de pánico. También se considera la autoevaluación negativa que es común entre quienes padecen de trastorno de ansiedad social, el cual es frecuentemente referido como fobia social. De igual manera, se deben tener en cuenta las inquietudes que están

relacionadas con la contaminación, así como otras obsesiones particulares que a menudo pueden vincularse al trastorno obsesivo-compulsivo, donde las personas se ven atrapadas en patrones de pensamiento intrusivos y comportamientos repetitivos. Además de lo que se ha mencionado, es importante tener en cuenta que estamos discutiendo diversos aspectos cruciales relacionados con las distintas condiciones psicológicas. Por ejemplo, la separación de figuras significativas, que es una característica distintiva del trastorno de ansiedad por separación. También se debe considerar la reexperimentación de eventos traumáticos, que es un síntoma central del trastorno de estrés postraumático. En el caso de la anorexia nerviosa, se observa una preocupación intensa y a menudo desmedida por el aumento de peso. Además, existe la manifestación de quejas físicas en personas que padecen el trastorno de síntomas somáticos, lo cual puede complicar aún más su situación. Por otra parte, quienes sufren del trastorno dismórfico corporal tienen una percepción distorsionada de sus propias imperfecciones y defectos físicos, lo que les lleva a un sufrimiento considerable. De igual manera, las personas que experimentan el trastorno de ansiedad por enfermedad suelen vivir con una preocupación constante acerca de la posibilidad de tener una enfermedad grave. Por último, es fundamental mencionar que en el contexto de la esquizofrenia o del trastorno delirante, pueden surgir creencias delirantes que contienen un contenido particular que afecta la realidad del individuo. Todas estas

situaciones ilustran la complejidad y diversidad de los trastornos mentales que pueden interferir en la vida cotidiana de quienes los padecen (35).

#### **2.2.1.5 Tratamiento:**

Los profesionales que se dedican a la salud disponemos de una variedad de recursos que incluyen tanto tratamientos farmacológicos como intervenciones no farmacológicas. Estas herramientas están diseñadas para abordar de manera efectiva la problemática de la ansiedad, y lo que es aún más relevante, cuentan con resultados que están respaldados por la evidencia científica. Para implementar adecuadamente estos enfoques, es esencial llevar a cabo una evaluación exhaustiva del paciente, la cual permitirá identificar el tipo específico de ansiedad que presenta. El enfoque terapéutico que se debe adoptar para tratar a los pacientes que sufren de ansiedad necesita ser integral y abarcar diferentes aspectos de su bienestar (36). De manera específica, se espera que el médico general se encargue de abordar no solo la gestión de las emociones, sino también de trabajar en la reducción de los niveles de ansiedad que experimentan estos pacientes. Es fundamental tener en cuenta el patrón y la severidad de los síntomas que presenta el paciente, así como también el tiempo que ha transcurrido desde el inicio de la enfermedad. Además, es crucial evaluar los riesgos y beneficios que conllevaría la implementación del tratamiento que se va a utilizar (36).

### **2.2.1.6 Tratamiento farmacológico:**

Los trastornos de ansiedad son condiciones de salud mental que se consideran crónicas y que, si no se tratan adecuadamente, pueden resultar en un grado significativo de discapacidad en la vida diaria de las personas que las padecen. Por lo tanto, es de suma importancia llevar a cabo un diagnóstico adecuado y dar inicio al tratamiento, ya que esto es crucial para mejorar la calidad de vida del paciente. En la mayoría de los casos, se suele proporcionar tratamiento utilizando antidepresivos, así como también se recetan benzodiazepinas para ayudar en el proceso de recuperación (37).

Es de suma importancia y relevancia vital garantizar que el paciente reciba toda la información necesaria y adecuada sobre su prescripción médica. Esto incluye no solo el tipo de tratamiento que se le ha aconsejado comenzar, sino también la comunicación clara sobre los posibles efectos secundarios o adversos que podrían manifestarse durante el desarrollo de este tratamiento. Además, es crucial que el paciente comprenda los riesgos asociados con cualquier eventual discontinuidad o suspensión del tratamiento que le ha sido indicado, ya que esto puede tener un impacto significativo en su salud y bienestar general. Las diferentes modalidades de tratamientos farmacológicos que se encuentran en la actualidad para abordar el trastorno de la ansiedad han demostrado de forma clara y contundente que tienen efectos que son realmente significativos y positivos en la disminución de los niveles de ansiedad experimentados por los

pacientes. Asimismo, es importante destacar que estas terapias no solamente ayudan a reducir el sufrimiento emocional que experimentan los pacientes, sino que también producen una mejora significativa en su calidad de vida. Además, se observa una notable disminución en los niveles de discapacidad que están relacionados con esta condición particular, lo que resulta en un impacto positivo en el bienestar general de las personas que se someten a estos tratamientos. Se ha llegado a la conclusión de que los antidepresivos son, en efecto, la alternativa más eficaz y recomendada en el ámbito del tratamiento farmacológico para tratar la gran mayoría de los trastornos relacionados con la ansiedad. No obstante, es fundamental destacar que existe una excepción a esta particular norma, dado que, por lo general, las fobias específicas no son tratadas utilizando estos tipos de medicamentos (38).

Las diferentes modalidades de terapias psicodinámicas, al igual que la terapia cognitivo-conductual, conocida comúnmente como TCC, han mostrado ser clínicamente eficaces y provechosas en el abordaje y tratamiento de diversos trastornos que están relacionados con fobias específicas. Estas técnicas terapéuticas se utilizan con éxito para ayudar a las personas a superar sus miedos y ansiedades. La eficacia del tratamiento no basado en medicamentos para abordar el trastorno de fobia específica se ha demostrado notablemente, especialmente durante las primeras cinco sesiones de intervención. Las repercusiones que pueden

surgir a raíz de un tratamiento excesivo de los trastornos de ansiedad son numerosas y pueden manifestarse de diferentes maneras y pueden conllevar a riesgos significativos para la salud y el bienestar del paciente afectado. La iatrogenia, que se refiere a las complicaciones o efectos adversos causados por la intervención médica, junto con el uso de medicamentos que tienen un alto potencial de causar adicción, se presenta como un desafío considerable en el ámbito de la salud pública. Este caso tiene el potencial de provocar serias repercusiones no solo en la salud de los individuos afectados, sino también en sus familias y en la sociedad en su conjunto. El consumo de sustancias farmacológicas puede incrementar considerablemente la probabilidad de sufrir accidentes, lesiones físicas, episodios de intoxicación e incluso llevar a un fallecimiento prematuro (39).

#### **2.2.1.7 Tratamiento no farmacológico:**

La terapia cognitivo-conductual, que es frecuentemente abreviada como TCC, junto con las múltiples variantes de las terapias psicodinámicas, son ampliamente reconocidas y aceptadas en el ámbito clínico como dos de las modalidades de tratamiento más eficaces y, por ende, recomendadas para abordar diversas condiciones psicológicas y emocionales, o lo que se denomina tratamientos de primera línea, para abordar y manejar los trastornos relacionados con la ansiedad. En los últimos años, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha evolucionado al integrarse con diversas estrategias de exposición. El principal objetivo de

esta combinación es modificar y ajustar los patrones de pensamiento de los individuos para facilitar su bienestar emocional y psicológico (40).

La Terapia Cognitivo-Conductual, la cual es frecuentemente abreviada como TCC, representa una forma de tratamiento psicológico que pone un fuerte énfasis en mejorar el bienestar y la salud mental del paciente en el presente, abordando sus pensamientos y comportamientos actuales. Esta terapia se dedica a identificar y desarrollar patrones cognitivos, así como a fomentar comportamientos que sean apropiados y funcionales para el ambiente y las circunstancias que rodean la vida de un individuo y en sus interacciones con los demás. Uno de los principales propósitos de la TCC es introducir un nivel específico de estrés en un entorno controlado, lo que permite al paciente trabajar en el fortalecimiento de sus habilidades y capacidades. Además, este enfoque está diseñado no solo para ayudar en el proceso de mejoramiento, sino también para prevenir posibles recaídas en problemas emocionales o conductuales en el futuro. La exhibición o la presentación de una variedad de objetos, situaciones o actividades que tienen el potencial de generar un impacto adverso en el bienestar general del paciente puede resultar en un incremento temporal de los niveles de angustia que dicha persona experimenta. Este fenómeno indica que ciertos elementos, al ser mostrados o discutidos, pueden intensificar la sensación de malestar emocional que el paciente ya podría estar sintiendo en ese momento. Sin embargo, es importante señalar que este proceso, a largo

plazo, tiende a facilitar una disminución en la ansiedad crónica que el individuo puede estar sufriendo. La terapia cognitivo-conductual se implementa generalmente durante un lapso de tiempo que puede variar entre diez y veinte semanas. Este tipo de terapia es frecuentemente empleado para abordar y tratar trastornos relacionados con la depresión y la ansiedad (41).

La terapia cognitivo conductual, comúnmente conocida por sus siglas TCC, se posiciona como una forma de tratamiento que cuenta con un sólido respaldo de evidencia científica, particularmente en el campo o área de estudio relacionada con los trastornos de ansiedad y sus diversas manifestaciones. Este tipo específico de terapia se considera, de hecho, uno de los enfoques más aconsejados y respaldados por los profesionales en el ámbito de la salud mental. Un número significativo de investigaciones ha evidenciado que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es altamente efectiva en el tratamiento de diferentes tipos de trastornos de ansiedad, revelando un efecto que puede considerarse moderadamente fuerte. Este efecto se hace particularmente notable cuando se realiza una comparación tanto con un fármaco placebo como con los tratamientos farmacológicos convencionales que se utilizan tradicionalmente para abordar estos problemas de salud mental. Sin embargo, es importante señalar que el tiempo que toma observar una mejoría clínica con la TCC es más lento en comparación con el tratamiento basado en medicamentos. A pesar de esta

desventaja temporal, la terapia cognitivo conductual tiene un impacto positivo significativo en la calidad de vida de los pacientes y también juega un papel crucial en la reducción de las recaídas en estos trastornos. Las terapias psicodinámicas se originan en el enfoque del psicoanálisis, el cual sostiene que existe una motivación inconsciente que influye en nuestras acciones y comportamientos. Estas modalidades terapéuticas ponen su énfasis en la comprensión profunda y la adecuada gestión de los mecanismos de defensa. Estos mecanismos constituyen estrategias psicológicas que las personas emplean para regular y moderar esas emociones intensas que pueden surgir en diversas situaciones de la vida, tales como la ansiedad, la angustia o incluso los miedos que todos experimentamos en diferentes momentos a lo largo de nuestra existencia. Se encuentran incorporadas en esta lista la psicoterapia familiar breve, que se centra en resolver dinámicas familiares de manera eficaz en un corto período de tiempo, la terapia interpersonal, la cual se dedica a mejorar las relaciones interpersonales y el bienestar emocional del individuo, y finalmente, la terapia cognitivo analítica, que combina elementos de la terapia cognitiva y el análisis transaccional para ayudar a los pacientes a entender y modificar sus patrones de pensamiento y comportamiento. De acuerdo con los hallazgos de diversas investigaciones, se ha observado que estas técnicas menos convencionales son empleadas con menor frecuencia. Por otro lado, la terapia que se centra en los procesos

cognitivos y conductuales, la cual es frecuentemente referida como TCC, se presenta de manera distinta, se elige con mayor regularidad como el tratamiento preferido para abordar los trastornos de ansiedad, debido a su notable efectividad en el manejo de dichos trastornos (42).

### **2.2.2. Depresión:**

Según lo indicado por la Organización Mundial de la Salud, que es la entidad de las Naciones Unidas responsable de la supervisión y promoción de la salud pública a nivel internacional, la depresión se caracteriza como un tipo de trastorno mental que afecta las emociones y que es notablemente frecuente. Sin embargo, es importante señalar que, de manera alentadora, este trastorno es susceptible de tratamiento y recuperación. Esta condición se presenta con frecuencia en diversas partes del mundo y se caracteriza principalmente por sufrir cambios significativos en el estado de ánimo. Además de los cambios afectivos, las personas que padecen de depresión pueden experimentar una variedad de síntomas que pueden ser tanto cognitivos como físicos (43).

Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo triste, vacío o irritable, junto con cambios físicos y mentales que afectan la capacidad de la persona para funcionar. Se diferencian entre sí por la duración, el momento de aparición o la causa. El trastorno depresivo mayor es el tipo más común y se define por episodios de al menos dos semanas,

en los que hay cambios marcados en el ánimo, el pensamiento y las funciones físicas, seguidos de períodos sin síntomas. Aunque el diagnóstico puede hacerse con un solo episodio, el trastorno suele ser recurrente. Es importante distinguir entre la tristeza normal y la tristeza de un episodio depresivo mayor. (27)

Es fundamental resaltar que los síntomas mencionados poseen la capacidad de originarse a partir de diversas causas. Estos síntomas pueden ser clasificados como de etiología primaria, lo que indica que se presentan y se desarrollan de manera independiente, sin estar necesariamente vinculados a otras condiciones. Alternativamente, también pueden catalogarse como de etiología secundaria, lo que implica que su aparición es el resultado de la existencia de otras enfermedades subyacentes que influyen en su manifestación. Entre las múltiples y variadas condiciones subyacentes que se enumeran, se encuentran una serie de patologías graves y complicadas, que abarcan desde el cáncer, una enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado de células anormales, hasta los accidentes cerebrovasculares, los cuales son eventos médicos devastadores que afectan severamente la función cerebral. También se incluyen en esta lista los infartos agudos de miocardio, que son situaciones de emergencia médica críticamente relacionadas con el corazón y que requieren atención inmediata. Además, se pueden observar la presencia de problemas de salud a largo plazo, entre los cuales se

incluyen condiciones como la diabetes, la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como la enfermedad degenerativa que se conoce comúnmente como Parkinson. Junto a estas afecciones, también se encuentran los trastornos alimentarios, los cuales impactan de manera negativa en la relación que una persona mantiene con la comida. Asimismo, existen diversos problemas asociados al abuso de sustancias, que representan preocupaciones significativas en lo que respecta al uso inapropiado de drogas y alcohol (44).

Según lo establecido en la quinta edición del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", que es comúnmente conocido por sus siglas DSM-5, la condición de la depresión se categoriza dentro del grupo de los trastornos que afectan el estado de ánimo. Esta condición se caracteriza principalmente por un cambio significativo en el estado emocional del individuo. Dependiendo de la duración y la fuente de los síntomas presentados, la depresión se puede categorizar de manera específica; en este sentido, se identifican tres tipos principales que son El trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por episodios prolongados de depresión intensa, el trastorno distímico, que implica una forma crónica y leve de depresión, así como los trastornos bipolares, que se manifiestan a través de oscilaciones extremas en el estado de ánimo, son todos tipos relevantes de trastornos del estado de ánimo que afectan a muchas personas (45).

### **2.2.2.1 Síntomas:**

- Alteraciones en los patrones de sueño y alimentación, ya sea incrementando o disminuyendo la frecuencia o la cantidad.

- El uso indebido de sustancias controladas, que incluye el consumo problemático de alcohol.

- Un aburrimiento que se manifiesta de manera constante, junto con el problema de mantener la concentración en los trabajos escolares, o bien una notable disminución en la calidad del trabajo académico realizado.

Se observa una considerable reducción en el nivel de entusiasmo y en la capacidad de disfrutar de las actividades que, en el pasado, solían brindar una gran cantidad de alegría y satisfacción a las personas involucradas (27).

- Aislamiento.

No todos los individuos que sufren de esta enfermedad específica presentan la totalidad de los síntomas previamente mencionados; por el contrario, hay quienes experimentan solo algunos de esos síntomas, mientras que existen otros que ni siquiera muestran ninguno (27).

### **2.2.2.2 Etiología:**

Existen numerosas razones que pueden contribuir al surgimiento de la depresión, y estas razones incluyen una diversidad de factores que son

tanto internos como externos. Estos factores pueden abarcar una variedad de influencias que provienen del entorno, así como también pueden incluir diversos aspectos psicológicos que afectan el comportamiento y la salud mental. Además, es importante considerar los posibles desequilibrios bioquímicos que pueden presentarse en el cerebro, los cuales pueden contribuir a diferentes condiciones. Por último, también se deben tomar en cuenta las predisposiciones genéticas que han sido heredadas a lo largo de generaciones en una familia, lo que puede influir significativamente en la salud de un individuo. Los factores ambientales se entienden como las diversas circunstancias, condiciones y elementos del entorno que, de manera notable, pueden tener un impacto significativo en el desarrollo y aparición de la depresión en las personas (46). Entre estos elementos se encuentran circunstancias dolorosas, tales como la dolorosa experiencia de perder a un ser querido, lo cual puede dar lugar a un intenso y abrumador sentimiento de vacío y tristeza en el corazón y la mente de la persona afectada. De igual manera, es importante tener en cuenta las diversas dificultades económicas que pueden surgir y que son capaces de provocar altos niveles de estrés y ansiedad en las personas. Estas emociones adversas, a su vez, pueden repercutir negativamente en su bienestar emocional y general. Asimismo, es importante señalar que los desafíos que enfrentamos en nuestras relaciones interpersonales, que pueden involucrar a amigos, miembros de la familia o parejas románticas, no son simples, ya

que se presentan una variedad de factores y situaciones que pueden influir de manera significativa en la aparición y evolución de la depresión. Esto se debe a que las interacciones y conexiones que tenemos con otras personas son fundamentales para mantener un buen estado de salud mental y emocional (47).

Las personas que tienden a adoptar una perspectiva pesimista en su forma de pensar son significativamente más propensas a experimentar diversos problemas relacionados con la salud mental. Esto abarca a aquellas personas que, en su interior, experimentan la sensación de no poseer la habilidad o los recursos necesarios para tomar las riendas de su propia vida. Además, estos individuos suelen engancharse en un ciclo de preocupación desmedida, incluso ante situaciones cotidianas que, para la mayoría, podría parecer que son normales o fácilmente manejables. Las características mencionadas pueden desempeñar un papel significativo en aumentar su susceptibilidad a una variedad de trastornos emocionales o desafíos que afectan su bienestar mental (48).

Desde el punto de vista genético, si en la historia médica de la familia hay una notable y persistente presencia de esa enfermedad específica, esto podría resultar en un aumento considerable en las posibilidades de que un individuo desarrolle dicha condición en el futuro. Esto puede ser atribuido a la posibilidad de que la tendencia o predisposición hacia la depresión se transmita a través de las generaciones, lo que resulta en que

los distintos miembros de la familia se vuelvan más propensos o susceptibles a experimentar esta condición (49).

### **2.2.2.3 Diagnostico:**

En el ámbito de la salud mental, así como entre los profesionales que se dedican a brindar atención primaria a los pacientes, se puede notar una amplia variedad de prácticas y protocolos que presentan diferencias significativas en relación con el proceso de diagnóstico y las estrategias de tratamiento de la depresión. Esta diversidad en los enfoques y métodos utilizados pone de manifiesto un panorama plural, que en ocasiones resulta en contradicciones, en la manera en que se aborda el manejo de esta condición tan compleja y multifacética (50).

Recientes investigaciones y estudios han demostrado que se logra un tratamiento más efectivo y adecuado para aquellos pacientes que padecen de depresión cuando se implementan ciertas estrategias y enfoques específicos (51).

Mediante la implementación de algoritmos diseñados para la realización de diagnósticos, los cuales se basan en cuestionarios que han sido cuidadosamente validados y comprobados para asegurar su eficacia y fiabilidad. (52).

No obstante, a pesar de que los datos indican de manera clara la necesidad de realizar mejoras inmediatas en la atención médica, es fundamental que el profesional de la salud tenga presente y sea plenamente consciente de que la depresión continúa siendo significativamente subestimada y poco reconocida dentro del ámbito de la medicina familiar (53).

#### **2.2.2.4 Tratamiento:**

En la actualidad, la depresión es una condición que puede ser completamente abordada y tratada, abarcando desde las etapas iniciales de la enfermedad hasta los casos más severos que pueden presentarse. Es evidente que se alcanza un nivel de efectividad significativamente más alto cuando la persona toma la iniciativa de realizar consultas de manera más ágil y rápida (54).

El primer paso crucial en este proceso es acudir a una consulta médica, donde el médico evaluará su situación y, en caso de ser necesario, lo derivará a un psiquiatra y a un psicólogo para recibir la atención especializada que requiere. Posteriormente, se llevará a cabo una evaluación mediante una serie de exámenes médicos, con el objetivo de descartar la presencia de otras posibles afecciones o trastornos que puedan estar causando síntomas similares a los de la depresión, tales como, por ejemplo, alteraciones en la función de la glándula tiroidea, que

son conocidas por presentar manifestaciones que se asemejan a los síntomas depresivos, entre otros problemas de salud que podrían ser considerados (55).

En el caso de los pacientes que han recibido un diagnóstico de depresión, es esencial que se utilicen medicamentos específicos que están diseñados para ayudarles a manejar y enfrentar los síntomas asociados con esta condición. Como ser los antidepresivos. Los antidepresivos son un tipo de medicamentos diseñados específicamente para ayudar a regular y estabilizar las sustancias químicas que se encuentran en el cerebro, tales como la norepinefrina y la serotonina, las cuales son clasificados como neurotransmisores (56). Estos compuestos juegan un papel esencial en la regulación del estado de ánimo y las emociones (57).

Uno de los medicamentos que se recetan con más regularidad para el tratamiento de diversas afecciones es la fluoxetina, que ha demostrado ser efectiva en muchos casos, que es conocida comercialmente como Prozac, la sertralina, que se vende bajo el nombre de Zoloft, y el citalopram, que es conocido como Celexa. Es fundamental que el suministro de estas sustancias psicoactivas sea supervisado por un médico que esté llevando a cabo el tratamiento, ya que esto es esencial para asegurar que se obtenga un efecto terapéutico completo y adecuado (58).

Para un gran número de personas que sufren de depresión, la combinación de apoyo psicológico junto con la intervención de un médico psiquiatra se presenta como una de las alternativas más efectivas. Esto se debe a que tal enfoque integral facilita a los pacientes el proceso de modificación de sus patrones de pensamiento negativos, así como de comportamientos que contribuyen a la persistencia de su depresión (59).

### **2.2.3. Hipertensión arterial:**

La Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, conocida también como LASH, establece una definición precisa para el término hipertensión arterial. De acuerdo a lo que establece esta organización, se considera que una persona padece de hipertensión arterial en el momento en que la medición de su presión arterial sistólica, la cual representa el número más alto en una lectura de presión, alcanza un valor que es igual o superior a 140 milímetros de mercurio (mm Hg). Además, también se tiene en cuenta que la presión arterial diastólica, que indica el valor más bajo registrado en dicha lectura, debe ser igual a 90 mm Hg o incluso mayor para que se confirme el diagnóstico de hipertensión. La hipertensión arterial representa un gran y considerable reto para la salud pública a nivel mundial, afectando a millones de personas y generando importantes preocupaciones en términos de atención médica y prevención. Este tipo de trastorno no solo se manifiesta como un problema de salud general que afecta a muchas personas, sino que también se distingue como el factor de riesgo

cardiovascular que puede ser modificado y que es el más comúnmente encontrado en la población en general. Además de lo mencionado anteriormente, resulta sumamente preocupante y alarmante enterarnos de que esta condición se sitúa como la tercera causa de mortalidad en todo el mundo. De hecho, se estima que es responsable de cerca de una de cada ocho muertes que se registran a nivel internacional. Lo que verdaderamente causa más inquietud es que esta problemática afecta a una variedad de zonas geográficas alrededor del mundo, convirtiéndose en un asunto de gran urgencia que no solo preocupa a los países con altos ingresos, sino que también impacta de manera significativa a aquellas naciones que se encuentran en una situación económica de ingresos medios o bajos (60).

La hipertensión arterial, comúnmente conocida como HT, se considera la causa más significativa de muertes que podrían evitarse en todo el mundo. La hipertensión, también conocida como HT, impacta de manera significativa a más de 1000 millones de individuos a nivel global, afectando especialmente a la población que reside en naciones con ingresos medianos y bajos (61).

Este problema relacionado con la salud ha evolucionado hasta convertirse en un desafío significativo y preocupante para la salud pública en múltiples regiones y países alrededor del planeta. Se estima que las tasas de diagnóstico previo de la enfermedad, que son bastante bajas y se

determinan basándose en la información proporcionada por los propios pacientes, tienen un papel significativo en la creciente cantidad de complicaciones relacionadas con esta condición en países que están en proceso de desarrollo y que se enfrentan a un contexto de subdesarrollo. Esto sugiere que la falta de diagnóstico adecuado puede contribuir a que los problemas de salud se agraven en estas naciones. Asimismo, resulta fundamental señalar que, en el contexto actual, alrededor del 10% del total de los gastos generados en el sector de la salud a nivel global se dirige de manera exclusiva hacia el tratamiento de los casos que han sido debidamente identificados y documentados. Esta cifra se traduce en una suma que puede llegar a alcanzar una notable cantidad de hasta un trillón de dólares estadounidenses. Sin embargo, es pertinente observar que una porción considerable de los tratamientos proporcionados en este contexto puede ser calificada como subóptima en términos de eficacia y resultados (62).

#### **2.2.3.1 Etiología:**

La hipertensión arterial, que en lo sucesivo se abreviará como HTA, se define como una afección crónica que puede tener diversas causas. Este padecimiento se caracteriza principalmente por un incremento constante y prolongado de la presión arterial. La hipertensión arterial, que se presenta de diferentes maneras, ya sea predominantemente a través de cifras elevadas en la presión sistólica, en la diastólica, o incluso como una

combinación de ambos tipos, es reconocida por numerosos especialistas y autores en el campo de la medicina como tanto una condición patológica en su propia esencia como también un significativo factor de riesgo que puede contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La manera en que se entiende y se interpreta esta percepción fluctúa en función de las diversas fuentes de información que se han consultado. Además, se manifiesta de una manera que es mucho más impactada por la interrelación y la interacción al mismo tiempo de numerosos factores de riesgo, en lugar de estar determinada por el efecto aislado que pudiera tener cada uno de estos factores si se consideraran de forma individual (63).

La hipertensión arterial, conocida comúnmente como HTA, se presenta como el proceso que genera la mayor cantidad de consultas médicas. En el contexto de la atención primaria en el sistema de salud, donde se brinda atención inicial y continua a los pacientes. Este trastorno es identificado como la principal causa etiológica que puede inducir el desarrollo de dos condiciones clínicas de naturaleza muy grave: por un lado, la cardiopatía isquémica y, por otro, la insuficiencia cardíaca congestiva. Además, es fundamental señalar que la HTA puede dar lugar a otras complicaciones severas, tales como la enfermedad cerebrovascular, la arteriosclerosis que afecta a las grandes arterias, y la

nefroangiosclerosis, que puede conducir a la insuficiencia renal crónica, de carácter progresivo e irreversible (64).

En alrededor del noventa por ciento de los casos que se presentan de hipertensión arterial, se observa una tendencia significativa, la razón exacta de esta condición se desconoce, lo que ha llevado a que esta forma de hipertensión sea clasificada como hipertensión esencial. Este tipo particular de hipertensión arterial, también conocida como HTA, presenta un marcado componente hereditario, esto implica que la genética desempeña un rol fundamental y notable en el proceso de desarrollo, así como en la transmisión de características específicas entre los distintos miembros de una misma familia.

En aproximadamente un 5 al 10 por ciento de los casos, se puede identificar una causa específica y directamente responsable que provoca el aumento en los niveles de presión arterial, lo cual se conoce como hipertensión arterial secundaria o HTA secundaria (65).

El término "hipertensión arterial sistólica" se utiliza para describir una condición específica en la que La presión arterial sistólica se refiere específicamente a la medición de la fuerza ejercida por la sangre cuando es bombeada desde el corazón hacia las arterias, y se manifiesta como la presión que la sangre ejerce contra las paredes que las rodean, cuando el ventrículo del corazón se encuentra en contracción, supera el umbral de

150 mmHg, mientras que la presión arterial diastólica, que representa la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes arteriales durante la fase de relajación del corazón, se mantiene por debajo de 90 mmHg. Esto implica un desequilibrio en las cifras de presión arterial, donde la componente sistólica se encuentra significativamente elevada en comparación con la diastólica (66).

En los últimos tiempos, se ha puesto en evidencia que los valores de presión arterial que pueden señalar un posible riesgo de causar daños en los órganos del cuerpo humano son aquellos que exceden los 140 mmHg en relación con la presión arterial sistólica y los 90 mmHg en lo que concierne a la presión diastólica. Esta afirmación es especialmente relevante cuando estos niveles altos de presión se mantienen de forma continua y persistente a lo largo del tiempo, lo que puede conllevar serias implicaciones para la salud. Como resultado de lo anterior, se determina que una persona es diagnosticada con hipertensión arterial cuando, en tres ocasiones diferentes, se registran lecturas de presión arterial que sobrepasan los 140 mmHg de sistólica y 90 mmHg de diastólica durante una consulta médica. Alternativamente, también se considera hipertensión si, a través de un proceso de monitoreo ambulatorio continuo de la presión arterial, se encuentra que más del 50% de las mediciones realizadas muestran valores que exceden los ya mencionados de 140/90 mmHg (34).

La hipertensión arterial, que se define como una afección médica en la que se observa un incremento constante y sostenido de los niveles de presión en las arterias, tiene el potencial de provocar daños considerables en diversos órganos y sistemas del cuerpo humano, lo que puede afectar significativamente la salud general de una persona. Este tipo de daño no se produce de forma instantánea o de inmediato; por el contrario, su nivel de gravedad y el tiempo que consume en hacerse evidente están íntimamente conectados con la intensidad de la hipertensión arterial que padece la persona afectada. En otras palabras, a medida que la presión arterial aumenta y se eleva a niveles superiores, el riesgo de sufrir daños en órganos vitales también incrementa, lo que hace que los efectos perjudiciales sean más evidentes y se puedan notar en un periodo de tiempo más corto (67).

#### **2.2.3.2 Clasificación:**

Tomando como fundamento las orientaciones y recomendaciones que han sido proporcionadas tanto por la Sociedad Europea de Hipertensión como por la Sociedad Europea de Cardiología, se ha creado una clasificación detallada que organiza los diferentes rangos de hipertensión arterial en varias categorías distintas. La categorización de esta condición médica es de suma importancia, ya que proporciona una mayor claridad en la comprensión y definición de la misma. Esto, a su vez, permite establecer

un enfoque más preciso y claro para el manejo adecuado y el tratamiento efectivo de la enfermedad (68).

- Óptima: Se define como aquella condición en la que las presiones arteriales sistólicas se encuentran por debajo de 120 mmHg y las presiones diastólicas son inferiores a 80 mmHg.

- Condición Normal: Se considera que una persona tiene una presión arterial normal cuando las mediciones de la presión sistólica se encuentran dentro del rango de 120 a 129 mmHg, y/o cuando las mediciones que indican la presión diastólica se encuentran en un rango que oscila entre 80 y 84 milímetros de mercurio (mmHg).

- Clasificación normal-alta: Se refiere a una situación en la que las presiones arteriales sistólicas se encuentran en un rango que varía entre 130 mmHg sobre 85 mmHg, así como las presiones diastólicas que oscilan entre 139 mmHg sobre 89 mmHg.

Además de las categorías previamente mencionadas, también es importante hacer una distinción entre los diferentes niveles o grados de hipertensión arterial que pueden presentarse.

Cuando se observa que un paciente presenta lecturas de presión arterial que exceden los niveles considerados normales, se le clasifica como alguien que padece hipertensión. Se pueden clasificar tres diferentes tipos de hipertensión arterial (69).

La hipertensión de Grado I representa una condición médica específica que se caracteriza por la presencia de un nivel elevado de presión arterial. Esta situación se hace evidente cuando la medida de la presión sistólica se encuentra en un rango que oscila entre 140 y 159 mmHg, indicando así que la persona puede estar enfrentando un riesgo mayor para su salud cardiovascular. Adicionalmente, dentro de la misma categoría de hipertensión arterial, se puede observar que la presión diastólica se sitúa en un rango que varía desde 90 hasta 99 milímetros de mercurio (mmHg).

La hipertensión de Grado II, que se considera una condición médica de moderada gravedad, se caracteriza por la medición de la presión arterial que se sitúa en un rango específico. Este tipo de hipertensión es importante de identificar y manejar, ya que podría conllevar riesgos para la salud si no se trata adecuadamente. En esta situación específica, la presión sistólica, que se define como la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias en el momento en que el corazón se contrae y bombea, presenta una variación que se sitúa entre 160 y 179 milímetros de mercurio (mmHg). Asimismo, es importante destacar que la presión diastólica, que se refiere a la presión existente en las arterias cuando el corazón se encuentra en un estado de reposo entre un latido y otro, actualmente se sitúa dentro de un rango que varía entre 100 y 109 milímetros de mercurio (mmHg).

La hipertensión de Grado III, considerada como la forma más grave y preocupante de hipertensión arterial, se caracteriza por la presencia de lecturas de presión arterial que son notablemente elevadas y que indican un riesgo significativo para la salud del individuo. En términos más específicos, esto implica que la presión sistólica, la cual se define como la medida de la presión que se ejerce en las arterias durante el momento en que el corazón se contrae y bombea sangre, logra alcanzar niveles que son iguales o incluso superiores a 180 milímetros de mercurio (mmHg). De igual manera, la presión diastólica, que se refiere a la medición de la presión arterial en las arterias en el momento en que el corazón se encuentra en un estado de reposo entre cada uno de sus latidos, muestra valores que son iguales o incluso superan los 110 mmHg.

A continuación, se presentan los valores considerados como normales para la presión arterial, clasificados de acuerdo a cada grupo etario (69).

La presión arterial que se considera adecuada y dentro de los límites normales en individuos jóvenes puede experimentar variaciones significativas, influenciada por diversos factores, tales como la edad específica del individuo y su estatura corporal. No obstante, en términos generales, se ha podido constatar que para aquellos individuos que pertenecen al grupo de edad que abarca desde los 14 hasta los 19 años, la medición de la presión arterial sistólica tiende a estar dentro de un rango

que varía aproximadamente entre 110 y 120 mmHg. Al mismo tiempo, la presión arterial diastólica suele localizarse comúnmente dentro de un intervalo que se establece entre 70 y 80 mmHg.

En lo que respecta a la población adulta, y más específicamente refiriéndonos a aquellas personas que se encuentran en el rango de edad que va desde los 20 hasta los 59 años, se tiene en cuenta que los valores oficialmente considerados normales para la presión arterial suelen establecerse con base en ciertos parámetros. En general, esto implica que la lectura de la presión sistólica debe ser inferior a 120 mmHg, mientras que, por otro lado, la lectura de la presión diastólica también debería, como regla general, ser menor a 80 mmHg. Los valores que se consideran fundamentales para llevar a cabo una correcta evaluación de la presión arterial se presentan de la siguiente manera: 120 mmHg en la parte superior y 80 mmHg en la parte inferior, lo que equivale a 120 sobre 80 milímetros de mercurio (69).

A lo largo del proceso de envejecimiento, especialmente a medida que alcanzamos la tercera edad, es común que se presente un debilitamiento de los vasos sanguíneos en el cuerpo. Esto implica que, una vez que las personas alcanzan la edad de 60 años, hay una tendencia significativa en el aumento de la probabilidad de que desarrollen hipertensión arterial, lo cual puede ser motivo de preocupación para la salud en esa etapa de la vida. A partir de este momento en la vida, específicamente a partir de esta

edad, se considera que una lectura de presión arterial que se encuentra por debajo de los 140/90 mmHg se clasifica como normal (70).

### **2.2.3.3 Diagnostico:**

El proceso de diagnóstico de la hipertensión raramente se lleva a cabo de manera directa y sencilla, ya que a menudo implica una serie de evaluaciones y mediciones cuidadosas para poder determinar con precisión la condición del paciente. El proceso de diagnóstico se lleva a cabo utilizando los valores de la presión arterial que han sido registrados mediante un esfigmomanómetro, un instrumento diseñado específicamente para medir la tensión arterial de una persona. Se lleva a cabo una evaluación exhaustiva de los niveles de presión arterial, prestando atención tanto a la presión arterial sistólica como a la diastólica. La presión arterial sistólica se define como el nivel más alto de presión que se registra en las arterias durante el momento en que el corazón late y bombea sangre al resto del cuerpo. Por otro lado, se considera también la presión arterial diastólica, la cual indica la presión más baja que se mantiene en los mismos vasos sanguíneos cuando el corazón permanece en reposo, es decir, entre un latido y el siguiente (71).

Es de suma importancia dedicar un tiempo adecuado para prestar atención y seguir meticulosamente una serie de recomendaciones y consejos que son absolutamente esenciales antes de llevar a cabo el

procedimiento de medición de la presión arterial. Si no se tienen en cuenta estas pautas, existe el riesgo de que se esté llevando a cabo una evaluación incorrecta y, por lo tanto, se podría estar obteniendo un resultado que no refleje con precisión la realidad de la presión arterial del individuo. Es de suma importancia y vital que se abstenga de realizar cualquier forma de actividad física o ejercicio intenso antes de llevar a cabo el procedimiento de medición de la presión arterial, ya que esto puede influir en los resultados obtenidos. Se recomienda que la toma de la tensión arterial se realice preferentemente en las horas de la mañana y que, además, el individuo esté en un estado de ayuno. Asimismo, es importante descansar durante un mínimo de diez minutos antes de llevar a cabo la medición. Es importante que, al mismo tiempo, se evite consumir café, así como también fumar, durante un período mínimo de media hora antes de que se realice la medición de la presión arterial. En el instante en que se lleva a cabo la medición, resulta de suma importancia que la persona esté en un estado de total relajación. Además, es fundamental que el brazo esté colocado a la misma altura que el corazón para obtener resultados precisos. También es necesario que se preste atención a no cruzar las piernas mientras se realiza este procedimiento, ya que ello puede influir en la exactitud de la medición (72).

#### **2.2.3.4 Control:**

Uno de los elementos que contribuye a la hipertensión arterial no controlada es la escasa adherencia a los tratamientos médicos prescritos, lo que significa que muchas personas no siguen correctamente las indicaciones de sus médicos. Además, existe la inercia médica, que se refiere a la falta de proactividad por parte de los profesionales en la atención a esta condición. Un aspecto adicional que merece ser destacado es la falta de competencia adecuada que presentan ciertos profesionales en el ámbito de la salud, quienes pueden no estar suficientemente preparados para manejar de manera efectiva la hipertensión arterial. A esto se suman los problemas relacionados con la disponibilidad de ciertos medicamentos antihipertensivos, que dificultan el acceso de los pacientes a los tratamientos necesarios. Por último, se observa una insuficiente implementación de la terapia combinada, que podría ser beneficiosa en el manejo de esta enfermedad. La considerable cantidad de personas que padecen hipertensión arterial (HTA) y la limitada eficacia en su control obligan a las instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que operan a nivel local, a mantenerse informadas con datos recientes sobre la frecuencia de esta enfermedad en la población. La complejidad que se presenta al intentar alcanzar un adecuado y efectivo control se origina por una variedad de factores, los cuales se pueden atribuir tanto al médico como al paciente (73).

Entre estos factores se encuentran la ausencia de un diagnóstico claro, los retrasos experimentados en la modificación o en el incremento de la medicación necesaria, y una cierta satisfacción por parte del paciente ante reducciones moderadas en la presión arterial (PA), que a menudo se relaciona con una falta de compromiso por su parte. Además, la falta de adherencia al tratamiento puede ser provocada por una serie de elementos, tales como factores educativos que afectan la comprensión de la enfermedad, condiciones socioeconómicas que dificultan el acceso a los medicamentos, así como la cantidad de fármacos prescritos, el número de veces que se deben tomar al día, la edad del paciente, posibles deterioros cognitivos, y la evolución silenciosa y progresiva de la enfermedad que puede llevar a la discontinuación de la medicación prescrita. A lo largo de los últimos veinte años, los entendimientos y definiciones en torno al concepto de hipertensión controlada han evolucionado significativamente, reflejando cambios en la investigación y en las prácticas clínicas. En la actualidad, se están considerando y aceptando los siguientes criterios que son importantes para el adecuado control de la hipertensión arterial (HTA) (74):

- Hipertensión controlada: Se define esta situación como aquella en la que, después de llevar a cabo un proceso de seguimiento y evaluación que se extiende a lo largo de un periodo de un año completo, se documentan al menos cuatro mediciones que caen por debajo de los valores de 140 mmHg

para la presión arterial sistólica y de 90 mmHg para la presión arterial diastólica.

- El paciente está experimentando un caso de hipertensión que ha logrado ser controlado de manera parcial. Esto implica que, a lo largo de un periodo determinado, únicamente se ha logrado mantener más del 60 % de las lecturas registradas de presión arterial por debajo de los niveles que son considerados ideales o óptimos. Estos niveles óptimos son definidos como 140 mmHg para la presión arterial sistólica y 90 mmHg para la presión arterial diastólica.

Las personas que padecen de hipertensión no controlada, lo que significa que su situación de salud se encuentra en un estado de descontrol y no es gestionada adecuadamente, se caracterizan por ser aquellos individuos en los que, a lo largo de un periodo de un año completo, no se logró alcanzar el objetivo establecido, el cual consiste en que al menos el 60% de sus lecturas de presión arterial se mantuvieran por debajo del umbral de 140 milímetros de mercurio en la medición de la presión arterial sistólica y por debajo de 90 milímetros de mercurio en lo que respecta a la medición de la presión arterial diastólica. Esto ocurre a pesar de que dichos individuos hayan asistido a un mínimo de cuatro consultas médicas o chequeos de salud a lo largo del año (75).

### **2.2.3.5 Tratamiento no farmacológico:**

Una vez que se ha confirmado de manera definitiva el diagnóstico de hipertensión arterial, la primera acción que deberá llevarse a cabo en el proceso de tratamiento consiste en la implementación de una variedad de estrategias que no involucren el uso de medicamentos, con el objetivo de gestionar eficazmente la condición del paciente. "Las estrategias que se han implementado han sido cuidadosamente diseñadas con el objetivo de facilitar el manejo y control de esta determinada condición de salud, al mismo tiempo que buscan mejorar de manera significativa la calidad de vida del paciente" (76).

Se ha evidenciado de forma contundente y bien fundamentada que realizar cambios significativos en los hábitos cotidianos y en los estilos de vida de los individuos puede efectivamente resultar en una reducción notable de las cifras relacionadas con la presión arterial. Esta disminución se observa en mediciones tanto de la presión arterial sistólica como diastólica y puede variar entre unos 8 y 10 mmHg. La efectividad de diversas intervenciones ha sido sólidamente respaldada por estudios de investigación exhaustivos y controlados, que llevan a cabo una evaluación minuciosa de múltiples aspectos, tales como la implementación de modificaciones en los patrones de alimentación, la realización constante de actividad física, la reducción de los niveles de estrés, y también se considera fundamental el hecho de abandonar el hábito de fumar. No

obstante, hay otras diversas medidas que, hasta la fecha, no han sido sometidas a pruebas exhaustivas ni han demostrado su efectividad de manera clara y definitiva mediante la realización de estudios científicos rigurosos (77).

#### **2.2.3.6 Tratamiento farmacológico:**

El objetivo fundamental del tratamiento es reducir de manera efectiva los niveles de presión arterial, con la intención de evitar la manifestación de enfermedades que se asocian comúnmente con esta condición médica. Además, se busca al menos retrasar el avance y el desarrollo de tales patologías durante el mayor tiempo que sea posible, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del paciente y minimizar los riesgos para su salud a largo plazo (78).

Sin lugar a dudas, el primer paso que se debe tomar en el tratamiento de un paciente que sufre de hipertensión arterial es la implementación de un enfoque que no involucre el uso de medicamentos. Esta situación se explica por el hecho de que llevar a cabo transformaciones importantes en las costumbres alimenticias, así como en la rutina de ejercicios, tiene el potencial, por sí solo, de ayudar a estabilizar y optimizar los niveles de presión arterial. a la normalidad (79).

En el caso de que las diversas estrategias y medidas no farmacológicas implementadas para el manejo y control de la hipertensión

no sean suficientes y no consigan reducir de manera efectiva los niveles de presión arterial, se puede considerar que se vuelve absolutamente necesario comenzar un tratamiento basado en medicación farmacológica. Este tipo de tratamiento puede abarcar una variedad de medicamentos diferentes, incluyendo, entre otros, los diuréticos. Estos medicamentos son conocidos por su capacidad para fomentar la eliminación de agua y sal del organismo mediante la función renal, lo que contribuye notablemente a reducir la cantidad de trabajo que el corazón debe realizar al bombear la sangre a través del sistema circulatorio. De esta manera, se aligera la carga sobre el corazón, lo que puede ser beneficioso para la salud cardiovascular del paciente. Adicionalmente, es posible utilizar betabloqueantes, los cuales tienen la función de disminuir el tono del corazón, a la vez que promueven la expansión de las arterias. Esta acción resulta en una circulación sanguínea más eficiente y saludable. De la misma manera, existen los medicamentos conocidos como antagonistas de los canales de calcio, los cuales desempeñan un papel importante al facilitar el proceso de vasodilatación, afectando tanto las arterias en general como las arterias coronarias en particular. Además de los tratamientos previamente mencionados, hay otros medicamentos que podrían ser tomados en consideración para el manejo de la hipertensión. Entre ellos se encuentran los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, conocidos comúnmente como IECA, los cuales tienen la función de bloquear una

enzima específica que, cuando está activa, tiene el potencial de provocar un aumento en la presión arterial. Asimismo, es importante destacar la presencia de los estimuladores de los receptores alfa centrales y los bloqueantes alfa adrenérgicos, ambos de los cuales desempeñan un papel muy significativo en la regulación y control de la presión arterial en el cuerpo. En determinadas circunstancias, existe la posibilidad de que se puedan administrar estos medicamentos de manera combinada (80).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. DISEÑO DE ESTUDIO**

El estudio que se está llevando a cabo se clasifica como un diseño que es observacional, descriptivo.

#### **3.2. POBLACIÓN**

##### **3.2.1. Población**

La población total de este estudio estuvo formada por 197 pacientes que padecían de hipertensión arterial atendidos durante sus visitas a las consultas externas de los Centros de Salud de Pocollay y La Esperanza durante el periodo junio-julio del 2024.

1. Centro de Salud de Pocollay: Establecimiento de salud sin internamiento (categoría I-3) que pertenece a la Microred Frontera ubicada en el distrito de Pocollay con una población asignada de 23577 personas y horario de atención de 12 horas.
2. Centro de Salud La Esperanza: Establecimiento de salud con internamiento (categoría I-4) que pertenece a la Microred Cono Norte ubicada en el distrito de Alto de la Alianza con una población asignada de 12116 personas y horario de atención de 24 horas.



**Fig. 3. Centro de Salud de Pocollay y Centro de Salud La Esperanza**

### **3.2.2. Muestra**

No se realizó muestreo debido a que se estudió el 100% de la población.

### **3.2.3. Criterios de selección:**

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial primaria.
- Pacientes que acudieron a los Centros de Salud de estudio.
- Pacientes que aceptan participar en el estudio previo.

- Pacientes que respondan completamente la encuesta y test HADS.
- Pacientes que recibieron tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con menos de 18 años de edad.
- Pacientes hipertensos con obesidad mórbida
- Pacientes que acudieron por el servicio de emergencia.
- Pacientes con antecedentes de patologías psiquiátricas y/o recibieron tratamiento de ansiolíticos o antidepresivos.

### **3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

| <b>VARIABLE</b>       | <b>DIMENSIÓN</b> | <b>INDICADORES</b> | <b>CATEGORÍAS</b> | <b>ESCALA DE MEDICIÓN</b> |
|-----------------------|------------------|--------------------|-------------------|---------------------------|
| Síntomas de ansiedad  |                  |                    | Si<br>No          | Nominal                   |
| Síntomas de depresión |                  |                    | Si<br>No          | Nominal                   |

|                          |  |                                    |  |         |
|--------------------------|--|------------------------------------|--|---------|
| Hipertensión arterial    |  | Según medición de presión arterial | Controlada<br>(Presión arterial <140/90 mmHg)<br><br>No controlada<br>(Presión arterial >140/90mmHg) | Nominal |
| Características sociales |  | Sexo                               | Femenino<br>Masculino  | Nominal |
|                          |  | Edad                               | 28-37<br>38-47<br>48-57<br>58-65   | Ordinal |
|                          |  | Religión                           | Católica<br>Adventista<br>Evangelista<br>Otro  | Nominal |
|                          |  | Estado civil                       | Soltero(a)<br>Casado(a)<br>Conviviente<br>Otro   | Nominal |
|                          |  | Grado de instrucción               | Sin nivel<br>Primaria<br>Secundaria<br>Superior universitaria<br>Superior no universitaria           | Ordinal |

|   |  |                           |   |         |
|---|--|---------------------------|---|---------|
|   |  | Dependencia económica     | Trabaja<br>No trabaja                     | Nominal |
| Antecedentes personales y características nutricionales |  | Índice de masa corporal   | Bajo peso<br>Normal<br>Sobrepeso<br>Obeso | Nominal |
|   |  | Realizar ejercicio físico | Si<br>No                                  | Nominal |
|   |  | Fumador de tabaco         | Si<br>No                                  | Nominal |
|   |  | Consumo de alcohol        | Si<br>No                                  | Nominal |

### 3.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.4.1. Técnica

La técnica empleada para llevar a cabo este estudio se basó en la realización de una encuesta presencial, la cual fue diseñada para recopilar información específica.

Se encuestó a los pacientes durante los meses de junio y julio 2024, antes del inicio de las consultas. Se ubicó a estos pacientes cuando acudían para su atención en cualquier consultorio.

Así mismo se realizó la toma de presión arterial, peso y la altura de cada participante; dichos datos fueron posteriormente registrados.

### **3.4.2. Instrumento**

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario que contiene la información detallada que se enumera a continuación:

1. Características sociales
2. Antecedentes personales y características nutricionales
3. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, la cual mide los síntomas de ansiedad y depresión que percibe el paciente, se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Dicha escala es un cuestionario de autoaplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares). Posee una escala Likert de 4 puntos en rangos del 0 al 3, con distintas formulaciones de respuesta y ubica las circunstancias a evaluar a los síntomas vividos durante la última semana. Para puntuar las respuestas en cada sub escala se sumará las opciones de respuesta (0-3) respectivamente, siendo el rango de puntuación por cada sub escala del 0-21 y de 0-42 para la puntuación global. Los autores proponen los siguientes puntos de corte:
  - 0-7 : Normal
  - 8-10 : Dudoso
  - > 11 : Problema clínico

Para este estudio se toma el rango mayor a 11 para determinar pacientes con síntomas de ansiedad y depresión, puntuaciones por debajo de esta será considerado como pacientes que no presentan síntomas de ansiedad y depresión.

Esta escala fue adaptada y validada en Perú por Patilla Vila en 2018, quien llevó a cabo un análisis de la validez basada en el contenido de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión utilizando el criterio de cinco jueces. En este proceso participaron expertos en salud, investigación y psicología clínica. Se utilizó el estadístico V de Aiken, obteniendo valores superiores a 0.80 para cada uno de los ítems, lo que demuestra que la prueba tiene un adecuado coeficiente de validez de contenido.

### **3.5. ACCIONES Y ACTIVIDADES**

Se hizo una solicitud formal al director ejecutivo de la Red de Salud Tacna, pidiéndole amablemente que proporcione las facilidades necesarias para llevar a cabo la ejecución del estudio de manera efectiva. Se hizo una comunicación formal al gerente de las instalaciones de salud conocidas como La Esperanza y Pocollay, en relación con la solicitud de permiso que se había presentado para llevar a cabo la revisión del registro de pacientes que padecen enfermedades crónicas, con el propósito de poder identificar y captar a dichos pacientes en su atención médica.

### **3.6. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos que se han recopilado serán sometidos a un proceso de procesamiento y análisis utilizando un software estadístico. Los individuos que participan en el estudio se dividirán aquellos que presenten o no, síntomas de ansiedad y síntomas de depresión. De igual manera observaremos aquellos pacientes que cursen con hipertensión arterial controlada y no controlada. Se llevará a cabo un exhaustivo análisis descriptivo que incluirá tanto tablas de frecuencia como gráficos de barras.

### **3.7. ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación que se está presentando en este momento se llevó a cabo cumpliendo rigurosamente con los principios éticos establecidos, ya que la información que se recogió del registro de pacientes que padecen enfermedades crónicas fue obtenida de manera responsable y con el correspondiente consentimiento previo. Esto incluye la autorización obtenida de la gerencia de cada uno de los centros de salud involucrados, así como también del director ejecutivo de la Red de Salud Tacna, quien facilitó los datos necesarios para poder realizar adecuadamente la ejecución de este estudio. De manera similar, todos los individuos que participaron en el estudio recibieron la información necesaria y, además, firmaron el documento de consentimiento informado. Por este motivo, no se presenta ninguna información que pueda facilitar la identificación de los pacientes involucrados, con el fin de resguardar su identidad y garantizar

su anonimato dentro del contexto de la investigación. Así, se asegurará la protección de la confidencialidad de los datos recopilados durante el proceso. La información que hemos recopilado será utilizada exclusivamente con el propósito de llevar a cabo este estudio en particular, y los resultados obtenidos serán presentados a la autoridad que corresponda para su análisis y consideración.

## CAPÍTULO IV DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01  
FRECUENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA

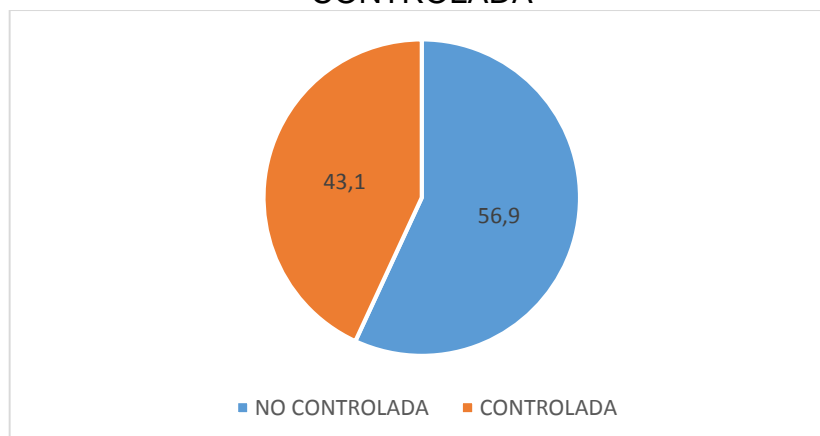
|                      | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| <b>CONTROLADA</b>    | 85         | 43,1       |
| <b>NO CONTROLADA</b> | 112        | 56,9       |
| <b>TOTAL</b>         | 197        | 100,0      |

Fuente: Ficha de recolección de datos: Esfigmomanómetro validado

#### Interpretación

La tabla N° 01 exhibe la frecuencia de los casos de hipertensión arterial tanto controlada como no controlada. Se puede notar que, de un total de 197 pacientes estudiados, el 43,1% corresponde a aquellos que presentan hipertensión arterial controlada, mientras que el restante 56,9% se clasifica como pacientes que padecen hipertensión arterial no controlada.

GRÁFICO N° 01  
FRECUENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA



Fuente: Tabla 01

**TABLA N° 02**  
**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON**  
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

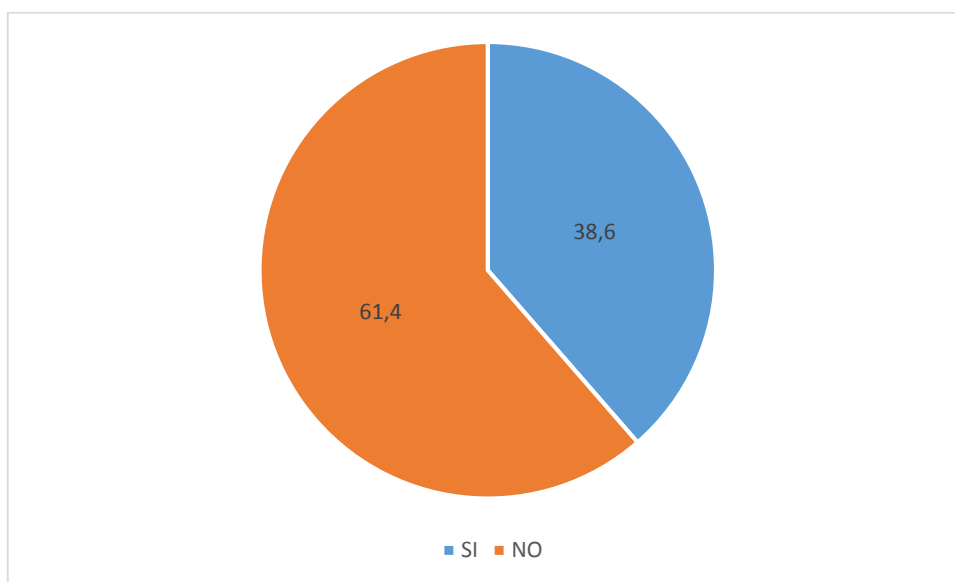
| SÍNTOMAS DE ANSIEDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| <b>SI</b>            | 76         | 38,6       |
| <b>NO</b>            | 121        | 61,4       |
| <b>TOTAL</b>         | 197        | 100,0      |

Fuente: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) de Patilla

**Interpretación**

La tabla N° 02 muestra la frecuencia de síntomas de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial, donde el 38,6% presentó síntomas de ansiedad y el 61,4% no presento síntomas de ansiedad.

**GRÁFICO N° 02**  
**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON**  
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL**



Fuente: Tabla 02

**TABLA N° 03**  
**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON**  
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

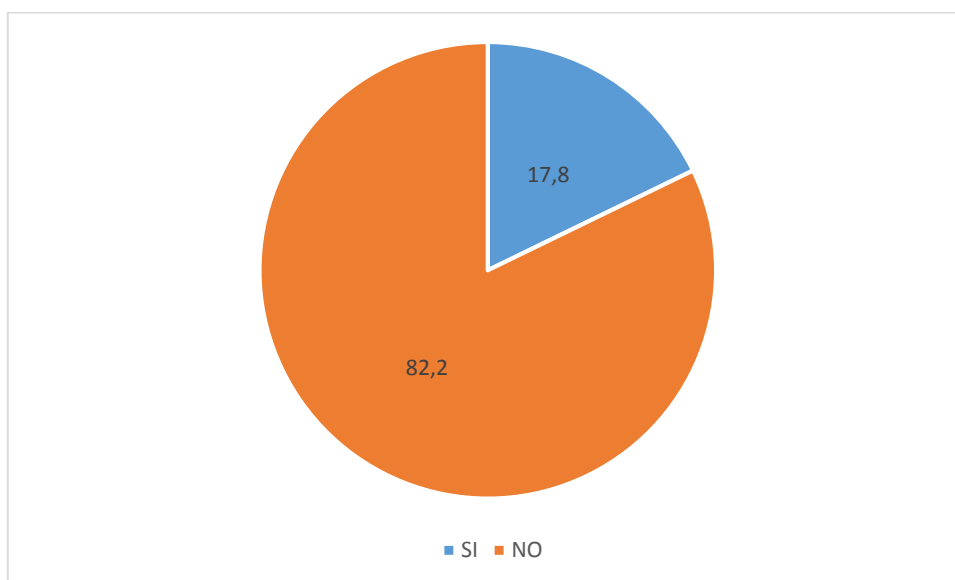
| <b>SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN</b> | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>SI</b>                    | 35                | 17,8              |
| <b>NO</b>                    | 162               | 82,2              |
| <b>TOTAL</b>                 | 197               | 100,0             |

Fuente: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) de Patilla

**Interpretación**

La tabla N° 03 muestra la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes con hipertensión arterial, donde el 17,8% presentó síntomas de depresión y el 82,2% no presentó síntomas de depresión.

**GRÁFICO N° 03**  
**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON**  
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL**



Fuente: Tabla 03

**TABLA N° 04**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DE**  
**ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**

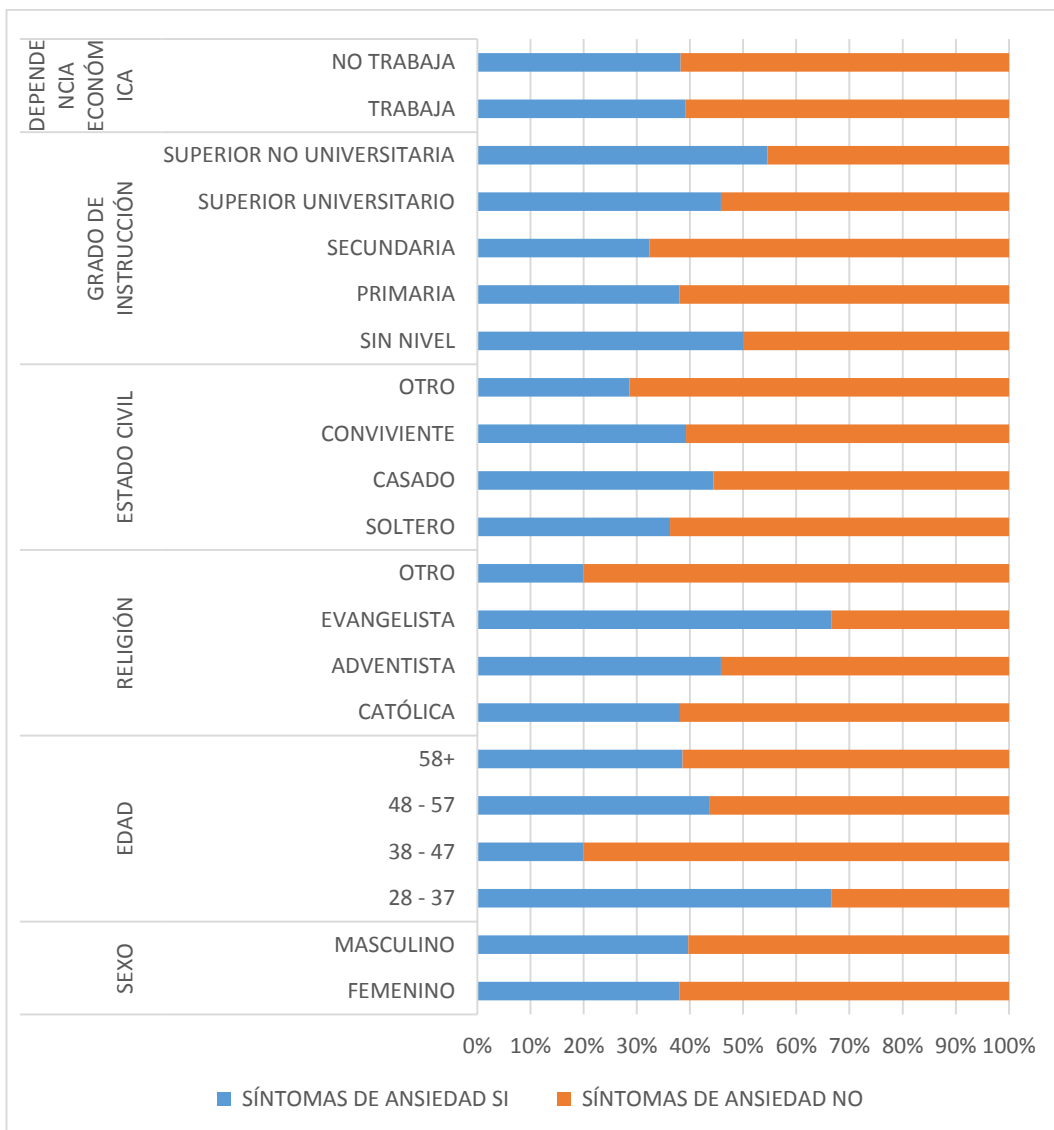
|                              |                           | <b>SÍNTOMAS DE ANSIEDAD</b> |      |    |      |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------|----|------|
|                              |                           | SI                          |      | NO |      |
|                              |                           | N                           | %    | N  | %    |
| <b>SEXO</b>                  | FEMENINO                  | 49                          | 38,0 | 80 | 62,0 |
|                              | MASCULINO                 | 27                          | 39,7 | 41 | 60,3 |
| <b>EDAD</b>                  | 28 - 37                   | 2                           | 66,7 | 1  | 33,3 |
|                              | 38 - 47                   | 3                           | 20,0 | 12 | 80,0 |
|                              | 48 - 57                   | 17                          | 43,6 | 22 | 56,4 |
|                              | 58+                       | 54                          | 38,6 | 86 | 61,4 |
| <b>RELIGIÓN</b>              | CATÓLICA                  | 48                          | 38,1 | 78 | 61,9 |
|                              | ADVENTISTA                | 22                          | 45,8 | 26 | 54,2 |
|                              | EVANGELISTA               | 2                           | 66,7 | 1  | 33,3 |
|                              | OTRO                      | 4                           | 20,0 | 16 | 80,0 |
| <b>ESTADO CIVIL</b>          | SOLTERO                   | 25                          | 36,2 | 44 | 63,8 |
|                              | CASADO                    | 32                          | 44,4 | 40 | 55,6 |
|                              | CONVIVIENTE               | 11                          | 39,3 | 17 | 60,7 |
|                              | OTRO                      | 8                           | 28,6 | 20 | 71,4 |
| <b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>  | SIN NIVEL                 | 6                           | 50,0 | 6  | 50,0 |
|                              | PRIMARIA                  | 30                          | 38,0 | 49 | 62,0 |
|                              | SECUNDARIA                | 23                          | 32,4 | 48 | 67,6 |
|                              | SUPERIOR UNIVERSITARIO    | 11                          | 45,8 | 13 | 54,2 |
|                              | SUPERIOR NO UNIVERSITARIA | 6                           | 54,5 | 5  | 45,5 |
| <b>DEPENDENCIA ECONÓMICA</b> | TRABAJA                   | 29                          | 39,2 | 45 | 60,8 |
|                              | NO TRABAJA                | 47                          | 38,2 | 76 | 61,8 |

Fuente: Ficha de recolección de datos y HADS de Patilla

### **Interpretación**

La tabla N° 04 presenta los resultados sobre las características sociales de pacientes con síntomas de ansiedad con hipertensión arterial. Donde apreciamos que en la mayoría de las características sociales los pacientes no tienen síntomas de ansiedad, a excepción de pacientes menores a 37 años (66.7%) religión evangelista (66,7%), sin nivel de estudio (50,0%) y superior no universitario (54,5%).

**GRÁFICO Nº 04**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DE**  
**ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**



Fuente: Tabla 04

**TABLA N° 05**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DE**  
**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**

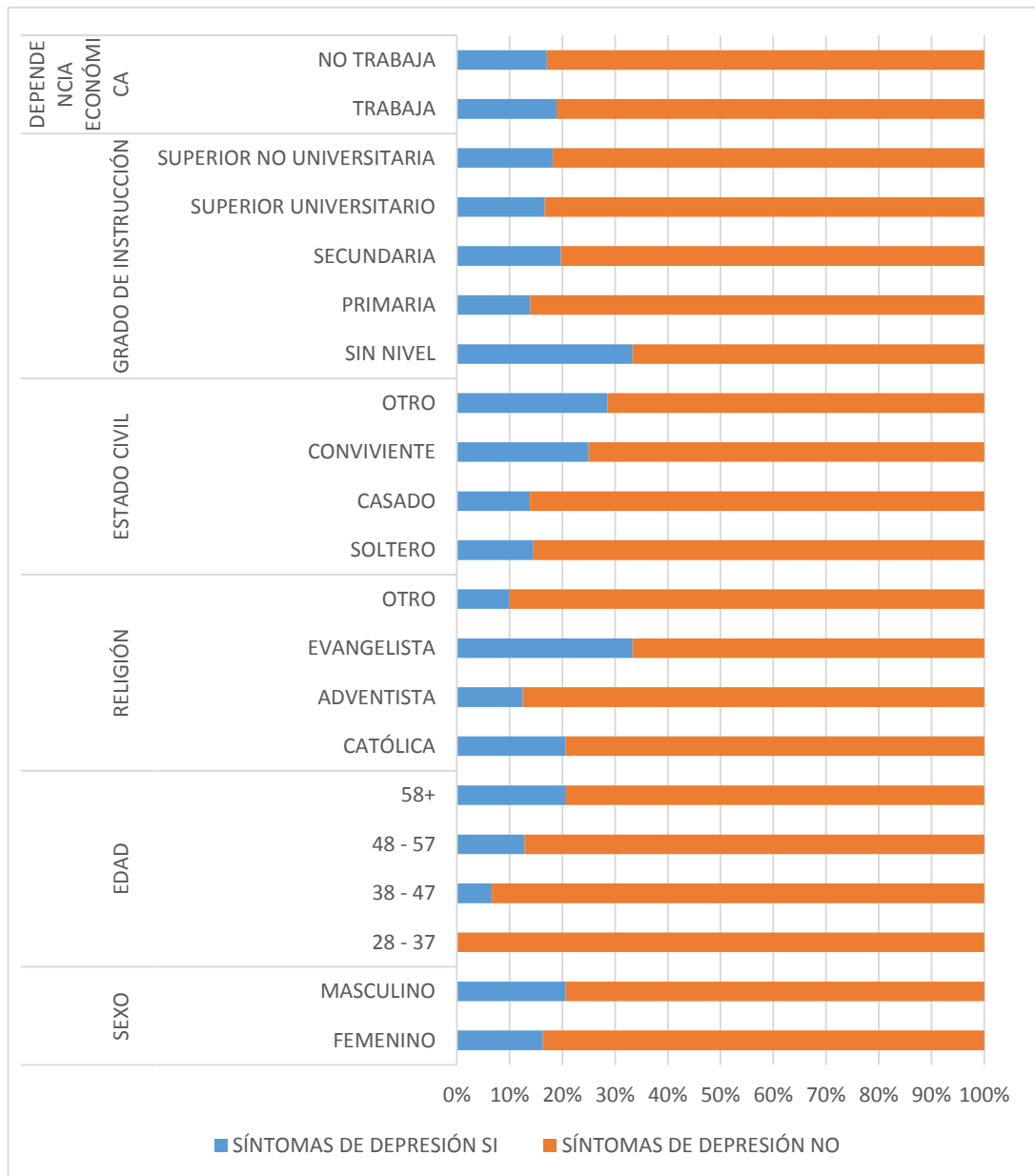
|                              |                           | <b>SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN</b> |      |     |       |
|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------|-----|-------|
|                              |                           | SI                           |      | NO  |       |
|                              |                           | N                            | %    | N   | %     |
| <b>SEXO</b>                  | FEMENINO                  | 21                           | 16,3 | 108 | 83,7  |
|                              | MASCULINO                 | 14                           | 20,6 | 54  | 79,4  |
| <b>EDAD</b>                  | 28 - 37                   | 0                            | 0,0  | 3   | 100,0 |
|                              | 38 - 47                   | 1                            | 6,7  | 14  | 93,3  |
|                              | 48 - 57                   | 5                            | 12,8 | 34  | 87,2  |
|                              | 58+                       | 29                           | 20,7 | 111 | 79,3  |
| <b>RELIGIÓN</b>              | CATÓLICA                  | 26                           | 20,6 | 100 | 79,4  |
|                              | ADVENTISTA                | 6                            | 12,5 | 42  | 87,5  |
|                              | EVANGELISTA               | 1                            | 33,3 | 2   | 66,7  |
|                              | OTRO                      | 2                            | 10,0 | 18  | 90,0  |
| <b>ESTADO CIVIL</b>          | SOLTERO                   | 10                           | 14,5 | 59  | 85,5  |
|                              | CASADO                    | 10                           | 13,9 | 62  | 86,1  |
|                              | CONVIVIENTE               | 7                            | 25,0 | 21  | 75,0  |
|                              | OTRO                      | 8                            | 28,6 | 20  | 71,4  |
| <b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>  | SIN NIVEL                 | 4                            | 33,3 | 8   | 66,7  |
|                              | PRIMARIA                  | 11                           | 13,9 | 68  | 86,1  |
|                              | SECUNDARIA                | 14                           | 19,7 | 57  | 80,3  |
|                              | SUPERIOR UNIVERSITARIO    | 4                            | 16,7 | 20  | 83,3  |
|                              | SUPERIOR NO UNIVERSITARIA | 2                            | 18,2 | 9   | 81,8  |
| <b>DEPENDENCIA ECONÓMICA</b> | TRABAJA                   | 14                           | 18,9 | 60  | 81,1  |
|                              | NO TRABAJA                | 21                           | 17,1 | 102 | 82,9  |

Fuente: Ficha de recolección de datos y HADS de Patilla

### **Interpretación**

La tabla N° 05 presenta los resultados sobre las características sociales de pacientes con síntomas de depresión con hipertensión arterial. Donde apreciamos que en la mayoría de las características sociales los pacientes no tienen síntomas de depresión. Respecto a los pacientes que presentaron síntomas de depresión fueron de sexo femenino, mayores de 58 años, de religión católica, grado de instrucción secundaria y no trabaja.

**GRÁFICO Nº 05**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DE**  
**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**



Fuente: Tabla 05

**TABLA N° 06**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**  
**ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA**

|                              |                           | <b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b> |      |               |       |
|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------|---------------|-------|
|                              |                           | CONTROLADA                   |      | NO CONTROLADA |       |
|                              |                           | N                            | %    | N             | %     |
| <b>SEXO</b>                  | FEMENINO                  | 58                           | 45,0 | 71            | 55,0  |
|                              | MASCULINO                 | 27                           | 39,7 | 41            | 60,3  |
| <b>EDAD</b>                  | 28 - 37                   | 2                            | 75,0 | 1             | 25,0  |
|                              | 38 - 47                   | 5                            | 33,3 | 10            | 66,7  |
|                              | 48 - 57                   | 15                           | 38,5 | 24            | 61,5  |
|                              | 58+                       | 63                           | 45,0 | 77            | 55,0  |
| <b>RELIGIÓN</b>              | CATÓLICA                  | 53                           | 42,1 | 73            | 57,9  |
|                              | ADVENTISTA                | 20                           | 41,7 | 28            | 58,3  |
|                              | EVANGELISTA               | 0                            | 0,0  | 3             | 100,0 |
|                              | OTRO                      | 12                           | 60,0 | 8             | 40,0  |
| <b>ESTADO CIVIL</b>          | SOLTERO                   | 31                           | 44,9 | 38            | 55,1  |
|                              | CASADO                    | 28                           | 38,9 | 44            | 61,1  |
|                              | CONVIVIENTE               | 15                           | 53,6 | 13            | 46,4  |
|                              | OTRO                      | 11                           | 39,3 | 17            | 60,7  |
| <b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>  | SIN NIVEL                 | 5                            | 41,7 | 7             | 58,3  |
|                              | PRIMARIA                  | 32                           | 40,5 | 47            | 59,5  |
|                              | SECUNDARIA                | 29                           | 40,8 | 42            | 59,2  |
|                              | SUPERIOR UNIVERSITARIO    | 13                           | 54,2 | 11            | 45,8  |
|                              | SUPERIOR NO UNIVERSITARIA | 6                            | 54,5 | 5             | 45,5  |
| <b>DEPENDENCIA ECONÓMICA</b> | TRABAJA                   | 34                           | 45,9 | 40            | 54,1  |
|                              | NO TRABAJA                | 51                           | 41,5 | 72            | 58,5  |

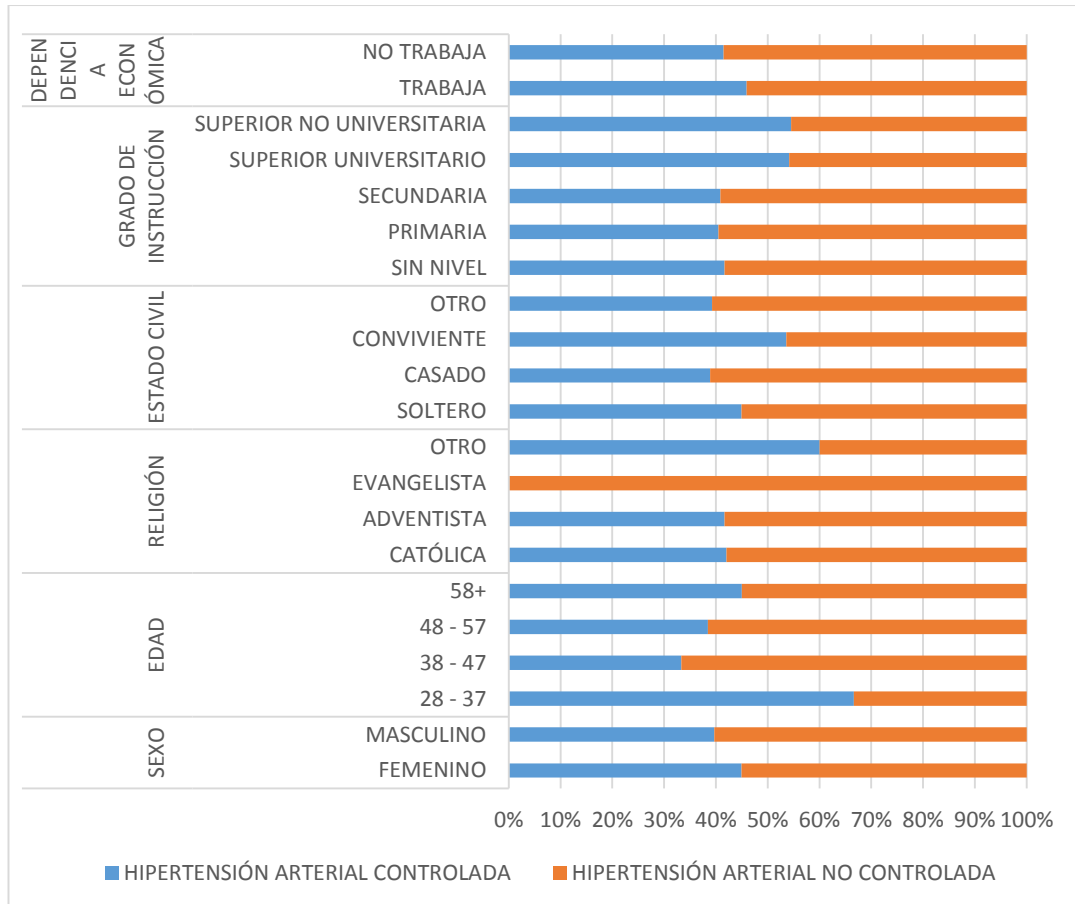
Fuente: Ficha de recolección de datos: Esfigmomanómetro validado

### **Interpretación**

La tabla N° 06 presenta los resultados sobre las características sociales de pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada. Donde apreciamos que en la mayoría de las características sociales los pacientes presentan hipertensión arterial no controlada, a excepción de pacientes menores de 37 años (75%), de otras religiones (60%), estado civil conviviente (53,6%), superior universitario (54,2%) y superior no universitario (54,5%).

GRÁFICO Nº 06

CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA



Fuente: Tabla 06

**TABLA N° 07**  
**ANTECEDENTES PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS**  
**NUTRICIONALES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS**  
**DE ANSIEDAD**

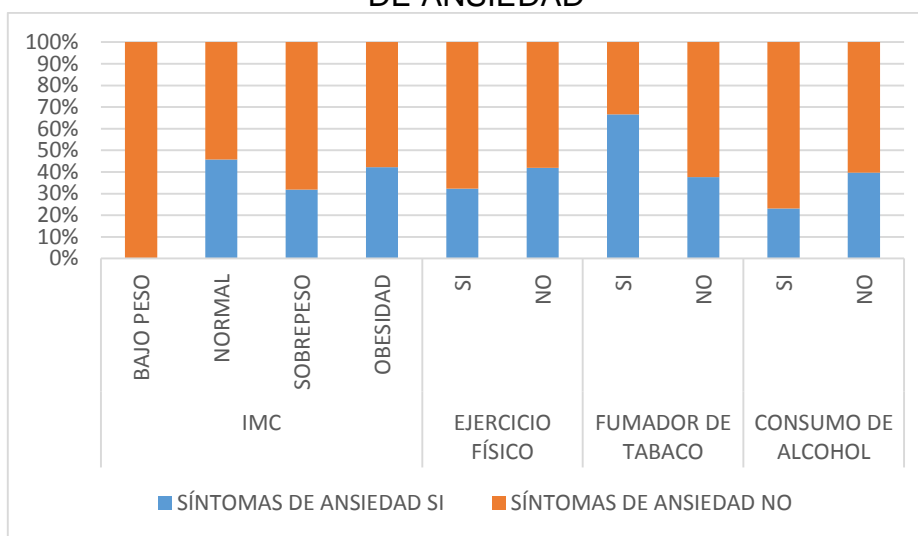
|                  |           | <b>SÍNTOMAS DE ANSIEDAD</b> |      |     |       |
|------------------|-----------|-----------------------------|------|-----|-------|
|                  |           | SI                          |      | NO  |       |
|                  |           | N                           | %    | N   | %     |
| <b>IMC</b>       | BAJO PESO | 0                           | 0,0  | 2   | 100,0 |
|                  | NORMAL    | 11                          | 45,8 | 13  | 54,2  |
|                  | SOBREPESO | 22                          | 31,9 | 47  | 68,1  |
|                  | OBESIDAD  | 43                          | 42,2 | 59  | 57,8  |
| <b>EJERCICIO</b> | SI        | 22                          | 32,4 | 46  | 67,6  |
| <b>FÍSICO</b>    | NO        | 54                          | 41,9 | 75  | 58,1  |
| <b>FUMADOR</b>   | SI        | 4                           | 66,7 | 2   | 33,3  |
| <b>DE TABACO</b> | NO        | 72                          | 37,7 | 119 | 62,3  |
| <b>CONSUMO</b>   | SI        | 3                           | 23,1 | 10  | 76,9  |
| <b>DE</b>        | NO        | 73                          | 39,7 | 111 | 60,3  |
| <b>ALCOHOL</b>   |           |                             |      |     |       |

Fuente: Ficha de recolección de datos y HADS de Patilla

### **Interpretación**

La tabla N° 07 presenta los resultados sobre los antecedentes personales y características nutricionales de los pacientes con síntomas de ansiedad. Donde se aprecia que en los antecedentes personales y características nutricionales la mayoría de pacientes no presentan síntomas de ansiedad, con excepción de fumador de tabaco con el 66,7%.

**GRÁFICO N° 07**  
**ANTECEDENTES PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS**  
**NUTRICIONALES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS**  
**DE ANSIEDAD**



Fuente: Tabla 07

**TABLA N° 08**  
**ANTECEDENTES PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS**  
**NUTRICIONALES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS**  
**DE DEPRESIÓN**

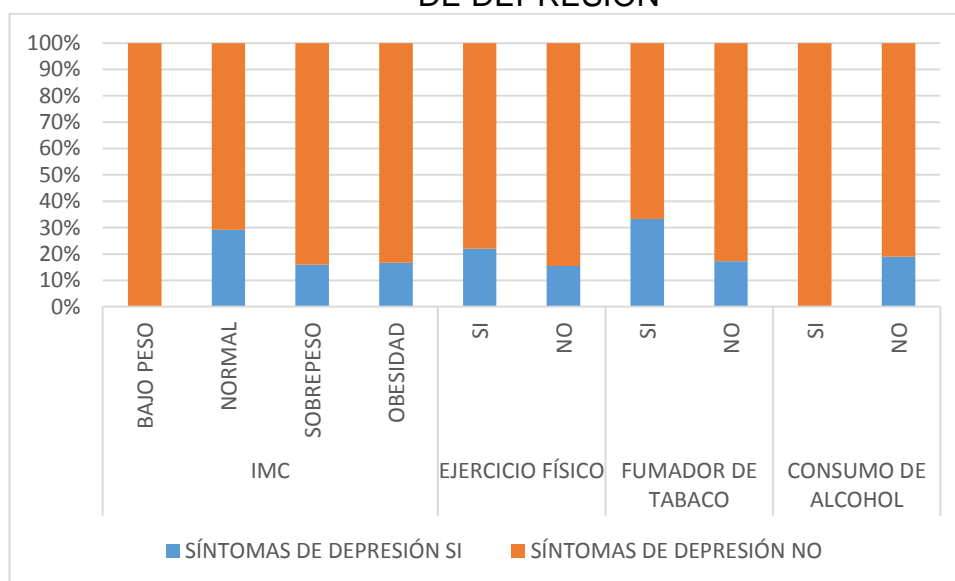
|                           |           | SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN |      |     |       |
|---------------------------|-----------|-----------------------|------|-----|-------|
|                           |           | SI                    |      | NO  |       |
|                           |           | N                     | %    | N   | %     |
| <b>IMC</b>                | BAJO PESO | 0                     | 0,0  | 2   | 100,0 |
|                           | NORMAL    | 7                     | 29,2 | 17  | 70,8  |
|                           | SOBREPESO | 11                    | 15,9 | 58  | 84,1  |
|                           | OBESIDAD  | 17                    | 16,7 | 85  | 83,3  |
| <b>EJERCICIO FÍSICO</b>   | SI        | 15                    | 22,1 | 53  | 77,9  |
|                           | NO        | 20                    | 15,5 | 109 | 84,5  |
| <b>FUMADOR DE TABACO</b>  | SI        | 2                     | 33,3 | 4   | 66,7  |
|                           | NO        | 33                    | 17,3 | 158 | 82,7  |
| <b>CONSUMO DE ALCOHOL</b> | SI        | 0                     | 0,0  | 13  | 100,0 |
|                           | NO        | 35                    | 19,0 | 149 | 81,0  |

Fuente: Ficha de recolección de datos y HADS de Patilla

## Interpretación

La tabla N° 08 presenta los resultados sobre los antecedentes personales y características nutricionales de los pacientes con síntomas de depresión. Donde se aprecia que en los antecedentes personales y características nutricionales la mayoría de pacientes no presentan síntomas de depresión. Respecto a los pacientes que presentaron síntomas de depresión fueron obesos y no realizaban ejercicio físico.

GRÁFICO N° 08  
ANTECEDENTES PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN



Fuente: Tabla 08

**TABLA N° 09**  
**ANTECEDENTES PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS**  
**NUTRICIONALES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**  
**ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA**

|                           |           | <b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b> |          |                      |          | <b>P VALOR</b> |
|---------------------------|-----------|------------------------------|----------|----------------------|----------|----------------|
|                           |           | <b>CONTROLADA</b>            |          | <b>NO CONTROLADA</b> |          |                |
|                           |           | <b>N</b>                     | <b>%</b> | <b>N</b>             | <b>%</b> |                |
| <b>IMC</b>                | BAJO PESO | 2                            | 100,0    | 0                    | 0,0      | 0,781          |
|                           | NORMAL    | 11                           | 45,8     | 13                   | 54,2     | 0,782          |
|                           | SOBREPESO | 28                           | 40,6     | 41                   | 59,4     | 0,798          |
|                           | OBESIDAD  | 44                           | 43,1     | 58                   | 56,9     | 0,999          |
| <b>EJERCICIO FÍSICO</b>   | SI        | 30                           | 44,1     | 38                   | 55,9     | 0,842          |
|                           | NO        | 55                           | 42,6     | 74                   | 57,4     | 0,842          |
| <b>FUMADOR DE TABACO</b>  | SI        | 1                            | 16,7     | 5                    | 83,3     | 0,184          |
|                           | NO        | 84                           | 44,0     | 107                  | 56,0     | 0,184          |
| <b>CONSUMO DE ALCOHOL</b> | SI        | 5                            | 38,5     | 8                    | 61,5     | 0,724          |
|                           | NO        | 80                           | 43,5     | 104                  | 56,5     | 0,724          |

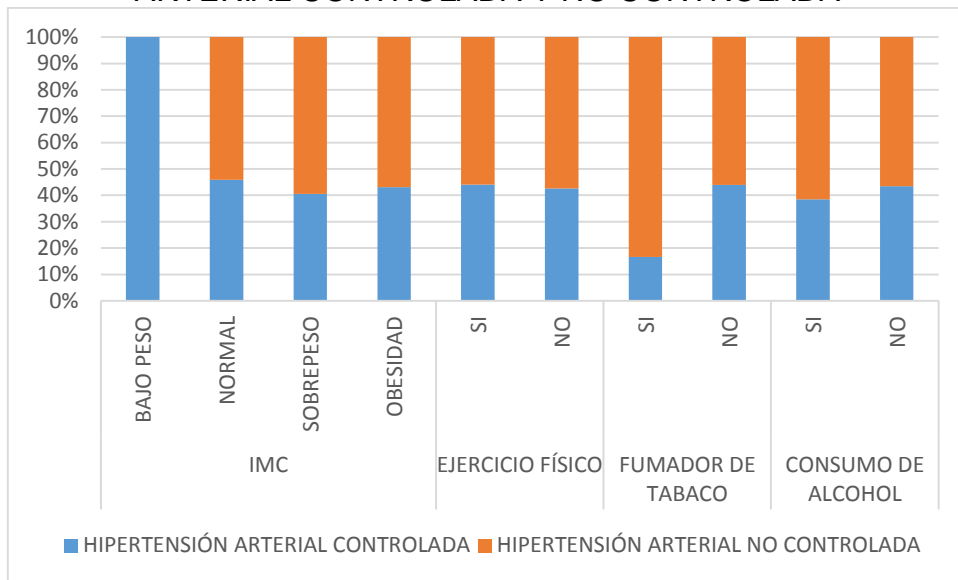
Fuente: Ficha de recolección de datos: Esfigmomanómetro validado

### **Interpretación**

La tabla N° 09 presenta los resultados sobre los antecedentes personales y características nutricionales de los pacientes con hipertensión arterial. Donde se aprecia que en los antecedentes personales y características nutricionales la mayoría de pacientes presenta hipertensión arterial no controlada, con excepción de bajo peso en un 100%.

GRÁFICO N° 09

ANTECEDENTES PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA



Fuente: Tabla 09

## 4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra de manera clara la frecuencia de los casos de hipertensión arterial, abarcando tanto aquellos que están controlados adecuadamente como los que no han sido controlados. Es posible observar que, entre los 197 pacientes que fueron sometidos a estudio, existe un porcentaje notable del 43,1% que se refiere a aquellos individuos que tienen hipertensión arterial, pero que se encuentra bajo un manejo y control adecuado. En contraste, el otro 56,9% de los pacientes estudiados se identifica como aquellos que sufren de hipertensión arterial que no ha sido controlada de manera eficaz. Se puede notar un aumento significativo en la cantidad de pacientes que están diagnosticados con hipertensión arterial, la cual no está siendo gestionada de manera adecuada ni se están siguiendo las medidas necesarias para su control efectivo.

En estudios internacionales este hallazgo coincide con lo que se reportó en el estudio realizado por Amaike C. et al. (7), el cual mostró que también en su caso, la mayoría de los participantes padecían de hipertensión arterial sin control; sin embargo, su porcentaje fue aún más alto, alcanzando un impresionante 81,3% de los sujetos estudiados. Astudillo Y. et al. (10) añadió que la frecuencia con la que se presenta la hipertensión arterial en la población alcanzó un notable 53%. Además, Wu

M. et al. (13) descubrió que la proporción de personas afectadas era del 48,05%.

A través de diversas investigaciones realizadas a nivel nacional, el análisis conducido por Cruz A. (17) reveló que un notable 52.1% de la población examinada son individuos que padecen de hipertensión arterial y no pueden mantener su condición bajo control. Este hallazgo presenta concordancia cuando se compara con los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que en la mayoría de los pacientes en estudio tenían una hipertensión arterial no controlada

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), solo uno de cada cinco adultos hipertensos (21%) tiene controlada su afección, lo que refleja una alarmante brecha en el manejo efectivo de la hipertensión a nivel global. Este bajo porcentaje destaca las dificultades que enfrentan muchos pacientes para adherirse a los tratamientos recomendados, ya sea por falta de acceso a atención médica, deficiencias en el diagnóstico temprano o problemas relacionados con la adherencia a los medicamentos. Además, la hipertensión no controlada aumenta significativamente el riesgo de complicaciones graves como enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y fallos renales. La falta de control sobre la enfermedad también puede estar vinculada a factores como la dieta inadecuada, el sedentarismo, el estrés y otros hábitos de vida no saludables, lo que

subraya la necesidad de estrategias más efectivas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición crónica.

En la tabla 2 se expone de manera detallada la frecuencia síntomas de ansiedad que se observan en pacientes que padecen de hipertensión arterial. Esta información incluye tanto a aquellos individuos cuya hipertensión arterial están bajo un control adecuado, como a aquellos que no tienen su hipertensión adecuadamente regulados. Los datos indican la notable frecuencia de síntomas de ansiedad en pacientes que sufren de hipertensión arterial. De acuerdo a las estadísticas recopiladas, se observa que el 38,6% de estos pacientes manifestó síntomas de ansiedad, mientras que una proporción mayor, es decir, el 61,4%, no mostró signos de ansiedad.

En diversas investigaciones realizadas a nivel internacional, concuerda con el estudio de Amaike C. et al. (7) donde muestra que la frecuencia de ansiedad fue del 23,1%. Zhang J. et al. (11) encontró que la frecuencia de ansiedad fue del 17,55%. Abdisa L. et al. (12) determinó que los síntomas de ansiedad estuvieron presentes en el 32,7% de las personas con hipertensión. Wu M. et al. (13) mencionó que la incidencia de ansiedad fue del 11,72%. Bussotti M. et al. (14) indicó que la proporción de individuos que experimentaron trastornos de ansiedad se registró en un notable 19%. Además, se puede agregar que los hallazgos de este resultado son

consistentes con los observados en el estudio llevado a cabo por Amaike C. et al. (7), quienes, en su análisis descriptivo, encontraron que existe una relación entre la ansiedad y un incremento en el riesgo de que su hipertensión arterial no se mantenga bajo control. No obstante, es importante destacar que dicho estudio no incluyó un análisis estadístico inferencial que pudiera respaldar estas afirmaciones con mayor rigor. Asimismo, se encuentra en sintonía con las investigaciones realizadas por Duman H. et al. (8), quienes llevaron a cabo un estudio en el que encontraron que la existencia de ansiedad en los individuos puede servir como un indicador o señal temprana que sugiere la probabilidad de que esas personas puedan desarrollar hipertensión arterial en el futuro. Y Astudillo Y. et al. (10), a pesar de haber hallado una relación significativa entre los datos descriptivos que indican niveles de ansiedad y la presencia de hipertensión arterial, no coincidieron en la selección de la población que debían investigar, ya que llevaron a cabo su estudio específicamente en un grupo de niños y adolescentes. El investigador Polishchuk O. et al. (15) llevó a cabo un estudio en el que se dio cuenta de que una porción significativa de las personas que sufren de hipertensión arterial también presentan niveles altos de ansiedad, lo cual sugiere una posible relación entre ambas condiciones.

En diversas investigaciones realizadas a nivel nacional, concuerda con Cruz A. (17) quien observó que, el 25.21% de los individuos que

pertenecen al grupo de personas que tienen hipertensión manifiestan síntomas de ansiedad leve. Gallarday D. (18) demostró a través de los resultados que un significativo 11,1% de los pacientes estudiados exhibieron signos de ansiedad patológica. Además, se destacó que dentro de este grupo, un notable 12,24% de aquellos que sufrían de hipertensión no controlada experimentaron niveles severos de ansiedad. Esta cifra es particularmente alta en comparación con el 10% de los pacientes que tenían su hipertensión debidamente controlada. Paucara M. (20) reveló que, entre un total de 70 pacientes que padecían de hipertensión arterial, se observó que una alarmante frecuencia del 80% de ellos también experimentaba síntomas de ansiedad. Además, al analizar aquellos que no estaban bajo un control adecuado de su condición, se encontró que un notable 72,97% de este grupo específico recibió un diagnóstico con trastorno de ansiedad. Además, se puede resaltar una concordancia con lo expuesto por Cruz A. (17), quien llegó a la conclusión de que las personas que sufren de hipertensión no controlada tienden a mostrar niveles de ansiedad que son significativamente más altos en comparación con aquellos individuos que logran mantener su hipertensión bajo un control adecuado. Asimismo, Gallarday D. (18) coincide con esta afirmación al haber observado que la prevalencia de la ansiedad se encontraba notablemente elevada entre aquellos pacientes que sufrían de hipertensión, la cual no había sido manejada o controlada de manera

adecuada. En una observación diferenciada, Rojas R. (23), llegó a la conclusión de que los individuos diagnosticados con hipertensión arterial no exhiben síntomas de ansiedad.

En algunos estudios, se ha observado que personas con hipertensión tienen un desequilibrio en los niveles de serotonina, lo que puede hacerlas más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad. La serotonina tiene un papel en la regulación del tono vascular y la dilatación de los vasos sanguíneos, así como en el estado de ánimo. (4)

En la tabla 3 se presenta de forma minuciosa y detallada la frecuencia de síntomas de depresión en individuos que sufren de hipertensión arterial controlada y no controlada. Según los datos estadísticos que han sido recopilados y analizados, se observa que un 17,8% de los individuos estudiados mostró síntomas de depresión, mientras que un notable 82,2% de ellos no presentó síntomas de depresión.

En diversas investigaciones a nivel internacional, concuerda con Amaike C. et al. (7) ya que muestra que la frecuencia de depresión fue del 23,1%,. Zhang J. et al. (11) encontró que el 70,09% de pacientes con hipertensión arterial tenían síntomas depresivos particularmente altos. Abdisa L. et al. (12) determinó que los síntomas de depresión estuvieron presentes en el 27,2 de las personas con hipertensión. Wu M. et al. (13) y Bussotti M. et al. (14) mencionaron que la incidencia de depresión fue del

9,20% y 53% respectivamente. Además se puede agregar que los hallazgos obtenidos coinciden con los del estudio realizado por Amaike C. et al. (7) a través de un análisis descriptivo detallado, estos investigadores descubrieron que existe una relación significativa entre la depresión y un aumento en el riesgo de tener hipertensión arterial fuera de control. Además, esta afirmación está en total concordancia con los hallazgos de Duman H. et al. (8), quienes llevaron a cabo investigaciones que revelaron que la presencia de síntomas de depresión en los individuos puede funcionar como un indicativo o una señal anticipada que sugiere la probabilidad de que estas personas lleguen a experimentar hipertensión arterial en el futuro. Lim L. et. al. (9) enfatizan la relevancia de abordar y tratar de manera conjunta tanto la depresión como la hipertensión, teniendo en cuenta los diferentes mecanismos fisiopatológicos que están involucrados en ambas condiciones

En diversas investigaciones realizadas a nivel nacional, concuerda con Cruz A. (17) quien observó que un notable 39.5% de los pacientes que tienen hipertensión que se encuentra bajo control presenta síntomas de depresión leve. Esto contrasta significativamente con el 16.8% de los pacientes que padecen hipertensión que no está controlada, quienes también muestran signos de depresión leve. Paucara M. (20) encontró que, de un total de 70 pacientes que padecían de hipertensión arterial, la prevalencia de depresión entre ellos alcanzó un notable 84,29%. Además,

se observó que, entre aquellos pacientes que no estaban recibiendo un control adecuado de su condición, la frecuencia de depresión se situó en un 78,38%. También se puede resaltar que se encuentra un consenso que coincide con las afirmaciones de Cruz A. (17), quien llegó a la conclusión de que las personas que experimentan síntomas de depresión presentan una mayor prevalencia de esta condición, especialmente entre aquellos cuyos niveles de hipertensión están adecuadamente controlados. Flores V. et al. (25) llevó a cabo una investigación en la cual encontró una conexión significativa entre la existencia de la depresión y la posterior aparición del desarrollo de la hipertensión arterial. Por otro lado, no coincide con la opinión de Vásquez J. (19), ya que llegó a la conclusión de que los pacientes que sufren de hipertensión arterial no muestran signos de depresión. La percepción negativa de la salud en personas hipertensas también juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión.

La tabla N° 4 presenta los resultados sobre las características sociales de pacientes con síntomas de ansiedad con hipertensión arterial. Donde apreciamos que en la mayoría de las características sociales los pacientes no tienen síntomas de ansiedad, a excepción de pacientes menores a 37 años (66,7%) religión evangelista (66,7%), sin nivel de estudio (50,0%) y superior no universitario (54,5%).

En el ámbito de investigaciones internacionales, se establece una conformidad con los hallazgos de Abdisa L. et al. (12), quien identificó que

la información relacionada con el género y el estado civil muestra variaciones en relación con la presencia de síntomas de ansiedad. Jiménez E. et al. (16) identificó una discrepancia en los datos relacionada con el género; sin embargo, es importante señalar que en este estudio en particular, se centró únicamente en la ansiedad provocada por la pandemia de COVID-19

En una serie de investigaciones a nivel nacional, el investigador Serrano S. (21) logró descubrir que los datos relacionados con la ocupación de los sujetos estudiados presentan diferencias significativas. Se observa que, en su mayoría, las personas que sufren de hipertensión no controlada cuentan con un empleo estable y, además, están en su mayoría casadas. Olabarrera R. (24) añadió que existe una notable diferencia entre los datos relacionados con hombres y mujeres, destacando que en el caso de los pacientes que sufren de ansiedad, la presencia de mujeres es significativamente más alta

En resumen, el resultado que muestra que pacientes menores de 37 años, de religión evangelista, sin nivel de estudio o con estudios superiores no universitarios presentan síntomas de ansiedad refleja la interacción de factores socioeconómicos, culturales, educativos y laborales en el desarrollo de trastornos ansiosos. La ansiedad en estas poblaciones podría estar relacionada con presiones sociales y económicas, expectativas laborales y familiares, así como con la falta de estrategias efectivas para

manejar el estrés y los desafíos de la vida. Además, la falta de recursos para abordar la ansiedad y el acceso limitado a la atención en salud mental podrían agravar la situación, lo que hace necesario un enfoque integral que considere estas características sociales y demográficas en la identificación y el tratamiento de los trastornos ansiosos.

La tabla N° 5 presenta los resultados sobre las características sociales de pacientes con síntomas de depresión con hipertensión arterial. Donde apreciamos que en la mayoría de las características sociales los pacientes no tienen síntomas de depresión. Respecto a los pacientes que presentaron síntomas de depresión fueron de sexo femenino, mayores de 58 años, de religión católica, grado de instrucción secundaria y no trabaja.

De acuerdo con investigaciones realizadas a nivel internacional, se encuentra una concordancia con las afirmaciones de Zhang J. et al. (11), quien señala que las personas que reciben atención médica y que residen en áreas rurales o en regiones que son menos urbanizadas a menudo sufren de hipertensión arterial así como de altos niveles de depresión. Abdisa L. et al. (12) llegó a la conclusión de que los datos relacionados con el sexo presentan discrepancias cuando hay presencia de depresión, ya que se observó que la frecuencia de esta condición es significativamente más alta en mujeres en comparación con los hombres

En una serie de investigaciones realizadas a nivel nacional, el investigador Serrano S. (21) descubrió que la información relacionada con la ocupación de las personas se caracteriza principalmente por la frecuencia de trabajos en oficina, así como por el estatus matrimonial de estar casados. Olabarrera R. (24) añadió que los datos relacionados con el género en los pacientes que padecen depresión muestran diferencias significativas, destacando que las mujeres son las que se ven más afectadas por esta condición

En resumen, el resultado de que los pacientes con síntomas de depresión sean sexo femenino, mayores de 58 años, de religión católica, con grado de instrucción secundaria y sin empleo refleja una interacción compleja de factores psicosociales, económicos y culturales. Las mujeres, especialmente en la vejez, enfrentan retos emocionales, sociales y económicos que pueden aumentar su vulnerabilidad a la depresión. La falta de trabajo, las presiones religiosas y las limitaciones educativas también juegan un papel significativo en la aparición de síntomas depresivos, subrayando la importancia de un enfoque integral que aborde tanto los aspectos emocionales como los contextuales y estructurales de la salud mental en estas poblaciones.

La tabla N° 6 presenta de manera detallada los resultados sobre las características sociales de los pacientes diagnosticados con hipertensión

arterial, tanto controlada como no controlada. En el análisis de los datos, se observa que la mayoría de los pacientes que participan en este estudio presentan hipertensión arterial no controlada. Sin embargo, existen algunas excepciones a esta tendencia general, en las cuales se encuentran pacientes con características sociales que parecen estar asociadas con una menor prevalencia de hipertensión arterial no controlada. Entre estos casos excepcionales fueron pacientes menores de 37 años (75%), de otras religiones (60%), estado civil conviviente (53,6%), superior universitario (54,2%) y superior no universitario (54,5%). Esto indica que cualquier posible asociación entre estas variables podría ser atribuida al azar y no a una correlación real y consistente.

Por otro lado, en el contexto de las investigaciones realizadas a nivel internacional, los resultados obtenidos en este estudio no coinciden con los hallazgos presentados por Zhang J. et al. (11). Este autor determinó que los pacientes que viven en áreas rurales tienen una mayor probabilidad de padecer hipertensión arterial, lo que sugiere que factores geográficos y ambientales, como el acceso a servicios de salud y las condiciones de vida en estas áreas, podrían influir de manera significativa en el control de esta enfermedad. En contraste, el presente estudio no encontró una relación directa entre la residencia rural o urbana y la prevalencia de hipertensión arterial controlada o no controlada, lo que sugiere que otros factores, como

el acceso a tratamientos médicos y los hábitos de vida, pueden jugar un papel más importante en la gestión de la hipertensión en la población estudiada.

A nivel nacional, los hallazgos obtenidos en este estudio tampoco concuerdan completamente con los resultados de la investigación realizada por Serrano S. (21). Este autor encontró que tanto la ocupación como el estado civil están estrechamente relacionados con la presencia de hipertensión arterial no controlada, lo que implica que ciertos factores sociales y económicos podrían influir en la capacidad de los pacientes para controlar su hipertensión. Esto sugiere que, a pesar de que algunos estudios previos han identificado estos factores como determinantes importantes, los resultados pueden variar dependiendo de la población estudiada, la región o los métodos empleados para realizar el análisis.

En resumen, aunque algunos estudios internacionales y nacionales han encontrado relaciones entre características sociales y la hipertensión arterial no controlada. Esto podría deberse a diferencias en el diseño del estudio, el contexto geográfico o los métodos utilizados para medir las variables. Los resultados obtenidos resaltan la complejidad de los factores que influyen en el control de la hipertensión arterial, lo que sugiere que más investigaciones son necesarias para comprender mejor los determinantes sociales, económicos y de salud que afectan a los pacientes con esta condición.

La tabla N° 7 presenta detalladamente los resultados obtenidos a partir del análisis de los antecedentes personales y las características nutricionales de los pacientes que presentaron síntomas de ansiedad. En este sentido, se observa que en los antecedentes personales y las características nutricionales de la mayoría de los pacientes, no se encontraron signos evidentes de síntomas de ansiedad con excepción de fumador de tabaco con el 66.7%.

En el ámbito de las investigaciones realizadas a nivel internacional, los hallazgos obtenidos coinciden en gran medida con las observaciones previas realizadas por Zhang J. et al. (11). Este autor identificó que la frecuencia con la que las personas consumen tabaco se destaca notablemente, sobre todo en aquellos individuos que muestran una baja presencia de síntomas de ansiedad. Este hallazgo resalta una posible relación entre el consumo de tabaco y la ausencia de síntomas ansiosos, aunque es necesario realizar estudios adicionales para confirmar esta asociación de manera concluyente.

Por otro lado, a nivel nacional, diversos estudios también han proporcionado información relevante sobre los factores que podrían influir en los niveles de ansiedad. En este contexto, Olabarrera R. (24) destacó que el consumo de bebidas alcohólicas podría tener un impacto

considerable en los niveles de ansiedad experimentados por las personas. Este estudio subraya la importancia de considerar los hábitos de consumo de alcohol en la evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad, ya que la ingesta excesiva de alcohol podría exacerbar los síntomas ansiosos en los pacientes.

El resultado muestra un posible vínculo complejo y multifactorial, involucrando efectos neuroquímicos de la nicotina, dependencia, y factores psicosociales. Las personas que fuman pueden estar usando el tabaco como una forma de automedicación para manejar la ansiedad, pero a su vez, el consumo de tabaco podría empeorar los síntomas ansiosos, creando un ciclo difícil de romper.

Es fundamental que los profesionales de la salud reconozcan esta relación y ofrezcan intervenciones integrales que incluyan tanto el manejo de la ansiedad como el apoyo para dejar de fumar. La combinación de estrategias terapéuticas puede mejorar significativamente el bienestar emocional y físico de los pacientes, reduciendo los síntomas de ansiedad y ayudándolos a superar la dependencia del tabaco.

La tabla N° 8 presenta los resultados derivados del análisis de los antecedentes personales y las características nutricionales de los pacientes que experimentaron síntomas de depresión. En este caso, se puede observar que en los antecedentes personales y las características

nutricionales de la mayoría de los pacientes, no se encontró una clara indicación de síntomas de depresión. Respecto a los pacientes que presentaron síntomas de depresión fueron obesos y no realizaban ejercicio físico.

En cuanto a las investigaciones a nivel internacional, existe una clara concordancia con los resultados obtenidos por Zhang J. et al. (11), quien descubrió que existe una notable relación entre la frecuencia con la que las personas fuman y una baja incidencia de síntomas depresivos. Esto sugiere que el consumo de tabaco podría estar relacionado con una menor presencia de depresión, aunque este hallazgo requiere de más investigaciones para establecer una conclusión definitiva sobre la naturaleza de esta relación.

A nivel nacional, diversos estudios también han abordado la influencia de ciertos factores en los niveles de depresión. Entre ellos, se ha encontrado una gran coincidencia con los planteamientos de Olabarrera R. (24), quien subrayó que el consumo de bebidas alcohólicas podría tener un impacto significativo en los niveles de depresión experimentados por las personas. Esto podría indicar que el consumo excesivo de alcohol podría estar asociado con un aumento en los síntomas depresivos, lo que resalta la importancia de intervenir en los hábitos de consumo en el tratamiento de los trastornos depresivos.

El resultado de que los pacientes con síntomas de depresión eran obesos y sedentarios refleja una relación conocida y compleja entre la obesidad, la falta de ejercicio físico y los trastornos depresivos. La obesidad y el sedentarismo pueden contribuir a la depresión a través de mecanismos bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales. Para abordar esta problemática de manera efectiva, es necesario implementar enfoques de tratamiento integrales que no solo se centren en la pérdida de peso, sino también en el tratamiento de la depresión y la mejora del bienestar emocional de los pacientes.

La tabla N° 9 presenta los resultados obtenidos a partir del análisis de los antecedentes personales y las características nutricionales de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial. En este caso, se observa que en los antecedentes personales y las características nutricionales de la mayoría de los pacientes, se presenta hipertensión arterial no controlada con excepción de bajo peso con 100%; lo que podría sugerir una falta de adherencia a los tratamientos o una inadecuada gestión de los factores de riesgo.

En relación con las investigaciones realizadas a nivel nacional, se puede afirmar que los hallazgos obtenidos en este estudio son coherentes con los planteamientos de Serrano S. (21), quien identificó una relación significativa entre el hábito de fumar, el consumo de alcohol y la presencia de hipertensión arterial en los pacientes. Estos factores, ampliamente

reconocidos como contribuyentes al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, también se asocian con un aumento en la presión arterial, lo que puede acentuar la gravedad de la hipertensión en aquellos pacientes que ya están diagnosticados con esta condición. El consumo de tabaco y alcohol se han identificado como elementos que inducen cambios en los vasos sanguíneos, alterando la capacidad del cuerpo para regular la presión arterial de manera adecuada, lo que puede resultar en un descontrol de la hipertensión.

Este hallazgo resalta la importancia de abordar estos factores de riesgo dentro de estrategias de prevención y tratamiento de la hipertensión. De hecho, el control efectivo de los hábitos relacionados con el consumo de sustancias nocivas no solo reduce el riesgo de desarrollar hipertensión, sino que también mejora el manejo de aquellos pacientes ya diagnosticados. Esto es crucial dado que la hipertensión es una de las condiciones más prevalentes en la población, y su tratamiento adecuado es fundamental para evitar complicaciones graves como accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares o fallo renal. Por tanto, el monitoreo constante y la implementación de programas educativos y de intervención para el control de estos factores son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir consecuencias de salud a largo plazo.

Los resultados del presente estudio sugieren que el bajo peso podría estar relacionado con una mejor respuesta al tratamiento de la hipertensión en este grupo de pacientes. Este fenómeno podría explicarse por varios factores, como una dieta más saludable, un mayor compromiso con el tratamiento, o incluso características metabólicas particulares. Sin embargo, es importante no generalizar este resultado sin tener en cuenta que el bajo peso también puede conllevar otros riesgos para la salud que deben ser gestionados adecuadamente. En todo caso, este hallazgo abre una puerta para futuras investigaciones sobre la relación entre el peso corporal y el control de la hipertensión arterial, así como la necesidad de una gestión clínica personalizada para cada paciente.

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia fue 56,9% hipertensión arterial no controlada y el 43,1% hipertensión arterial controlada.
2. Se presentaron síntomas de ansiedad y síntomas de depresión en los pacientes hipertensos.
3. Las características sociales, antecedentes personales y características nutricionales que presentaron los pacientes con síntomas de ansiedad fueron menores de 37 años, evangelistas, superior no universitario y fumadores de tabaco; no hubo alguna predominancia en los pacientes con síntomas de depresión.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se sugiere a los centros de salud incentivar a los pacientes hipertensos a que acudan por consultorio externo para su control, así mismo brindando una atención que sea a la vez cálida, cordial y empática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertens Riesgo Vasc.* 1 de octubre de 2022;39(4):174-94.
2. Camafort M, Alcocer L, Coca A, Lopez-Lopez JP, López-Jaramillo P, Ponte-Negretti CI, et al. Latin-American Ambulatory Blood Pressure Registry (MAPA-LATAM): An urgent need. *Rev Clínica Esp Engl Ed.* 1 de noviembre de 2021;221(9):547-52.
3. Viteri L, Lascano R, Benítez P, Aucancela I, Aispur J, Paca A, Jara M, Ascencio D, Tenezaca J. Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Rev Latinoam Hipertens.* 2022;17(6):411-412.  
Disponible en:  
[https://www.revhipertension.com/rlh\\_6\\_2022/4\\_hipertension\\_arteria\\_l\\_factor.pdf](https://www.revhipertension.com/rlh_6_2022/4_hipertension_arteria_l_factor.pdf)
4. Serafini G, Costanza A, Aguglia A, Amerio A, Trabucco A, Escelsior A, Sher L, Amore M. The role of inflammation in the pathophysiology of depression and suicidal behavior: implications for treatment. *Med*

Clin North Am. 2023 Jan;107(1):1-29. doi:  
10.1016/j.mcna.2022.09.001. PMID: 36402492.

5. Carney R, Freedland K. Psychological risk factors and the pathophysiology of hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2017;19(9):803-809.
6. Día Mundial de la Salud Mental: más de 1 333 000 casos atendidos por trastornos y problemas psicosociales [Internet]. [citado 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/847052-dia-mundial-de-la-salud-mental-mas-de-1-333-000-casos-atendidos-por-trastornos-y-problemas-psicosociales>
7. Amaike C, Salami OF, Bamidele OT, Ojo AM, Otaigbe I, Abiodun O, et al. Association of depression and anxiety with uncontrolled hypertension: A cross-sectional study in Southwest Nigeria. *Indian J Psychiatry*. febrero de 2024;66(2):157-64.
8. Duman H, Duman H, Puşuroğlu M, Yılmaz AS. Anxiety disorders and depression are associated with resistant hypertension. *Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ*. febrero de 2024;33(2):111-8.
9. Lim LF, Solmi M, Cortese S. Association between anxiety and hypertension in adults: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 de diciembre de 2021;131:96-119.

10. Astudillo Y, Kibrom S, Pereira T, Solomon S, Krishnan S, Samsonov D. Association between anxiety and elevated blood pressure in adolescent patients: a single-center cross-sectional study. *J Hypertens*. 1 de abril de 2024;42(4):644-9.
11. Zhang J, Yin Y, Wen Y, Shi F, Wang J. Anxiety and Depression in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension in Northwest China: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry*. 2021;12:758120.
12. Abdisa L, Letta S, Nigussie K. Depression and anxiety among people with hypertension on follow-up in Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 2022;13:853551.
13. Wu M, Shen L, Wang Q, Liu L, Lu S, Jin J, et al. Anxiety and Depression Prevalence and Risk Factors Among Patients With Cardiovascular Diseases in Post-COVID-19 China. *Front Public Health*. 2021;9:758874.
14. Bussotti M, Sommaruga M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension: impact and management challenges. *Vasc Health Risk Manag*. 2018;14:349-60.
15. Polishchuk OY, Tashchuk VK, Barchuk NI, Amelina TM, Hrechko SI, Trefanenko IV. ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION. *Wiad Lek*. 2021;74(3 cz 1):455-9.

16. Jiménez-Puig E, Pérez-Leiva B, Borges-Fernández M, Pausa-Hernández R. Ansiedad y miedo ante la COVID-19 en adultos con hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2022;51(2).
17. Cruz A. Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa 2019. Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano. Universidad César Vallejo. Piura Perú 2022.
18. Gallarday D. Niveles de ansiedad en adultos con hipertensión arterial controlada y no controlada en el primer nivel de atención. Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo Perú 2016.
19. Vásquez J, Villena Y. Niveles de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Hipertensión Arterial Primaria Controlada y no Controlada en Policlínico Chiclayo Oeste–Essalud Lambayeque. Setiembre, 2017-Marzo, 2018. 2018.
20. Paucara M. Inactividad física asociado a depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades cardiovasculares que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital III Goyeneche, febrero 2020. 2020.
21. Serrano S. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud San Isidro, período julio-setiembre 2022. 2023.

22. Velasco D. Asociación de los grados de depresión en el control de la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, 2019. 2019.
23. Rojas R. Ansiedad y estrés laboral asociados a hipertensión arterial y diabetes mellitus en docentes de enseñanza escolar remota en Jaén. 2021. 2024.
24. Olabarrera R. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020. 2020.
25. Flórez-García V, Rojas-Bernal L, Bareño-Silva J. Depresión y trastornos del sueño relacionados con hipertensión arterial: un estudio transversal en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2020;49(2):109-15.
26. Castro K. Ansiedad y nivel de conocimientos de hipertensión en pacientes de la tercera edad que asisten a un policlínico de Chaclacayo, 2021. 2023
27. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5<sup>o</sup> Edición Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
28. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 12. Available from: WHO/MSD/MER/2017.2.

29. OPS, OMS. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 Noviembre 25. Available from: 9789275120286.
30. Asher G. Complementary Therapies for Mental Health Disorders. Med Clin North Am. 2017 Setiembre; 101(5).
31. Eleana A. Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. Psychiatry Research. 2017 Mayo; 251(1).
32. Organización Mundial de la Salud. Consecuencias de la COVID-19, afectará a la salud mental futura. [Online].; 2020 [cited 2020 Diciembre 14. Available from: <https://www.who.int/es>.
33. La Universidad Estatal a Distancia, Universidad Nacional. Salud mental y relaciones con el entorno. Informe de Investigación. Costa Rica: La Universidad Estatal a Distancia, Universidad Nacional, el Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Investigación; 2021. Report No.: <https://investiga.uned.ac.cr>.
34. Aaron K. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. Current Psychiatry Reports. 2018 Julio; 20(8).
35. Andreas S. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Dtsch Arztebl Int. 2018 Setiembre; 115(37)

36. Stein D, Scott K, De Jonge P, Kessler R. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):127-36.
37. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Association; 2013.
38. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):87-8.
39. Jodi A. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety.* 2018 Marzo; 35(3).
40. De Martini G. Generalized Anxiety Disorder. *In The Clinic.* 2019 Abril; 170(7).
41. Tomasi J. Towards precision medicine in generalized anxiety disorder: Review of genetic and pharmacogenetics. *Journal of psychiatric research.* 2019 Diciembre; 119(2).
42. Timothy M, Scarella R. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosomatic Medicine.* 2019 Enero; 81(5).
43. Delgado E, De la Cera D, Lara M, Arias R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula.* 2021;35(1):23-36.

44. Del Cid MTC. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista médica hondureña. 2021;89(Supl. 1):46-52.
45. Andrade L, Alonso J, Mneimneh Z, Wells J, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. Psychol Med. 2014;1303---17, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291713001943>.
46. The World Mental Health. Survey Initiative. Publications. [consultado 22 Jul 24]. Disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/publications.php>
47. Menear M, Duhoux A, Roberge P, Fournier L. Primary care practice characteristics associated with the quality of care received by patients with depression and comor bid chronic conditions. Gen Hosp Psychiatry. 2014;36:302---9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.01.013>.
48. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [Consultado 28 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
49. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>

50. Morales C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017 Jun; 43(2):136-138.
51. Ochoa C, Cruz A, Moreno N. Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2015 Jun; 6(1), 113-135.
52. Camps S, Castillo J, Cifre I. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*. 2014 Mar; 25( 1 ): 67-74.
53. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. México*. 2017 Oct; 60(5): 7-16.
54. Albert P. Why is depression more prevalent in women?. *J Psychiatry Neurosci*. 2015; 40(4):219-21.
55. González Y., Herrera I., Moncada G. Prevalencia de trastornos mentales en relación con la prevalencia de enfermedades médicas crónicas en mayores de 18 años, departamento de Francisco Morazán y Olancho, año 2016. *Revista Portal de la Ciencia*. Julio 2018;14:158– 74.
56. Mejía D., Pérez I., Linares R., et al. Prevalencia de trastornos mentales en relación con violencia, resiliencia y estrategias de afrontamiento en Yoro, Choluteca y Cortés, junio, 2016. *Revista Portal de la Ciencia*. Julio 2018;14:139-157.

57. Irarraázaval M., Prieto F., Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*. 2016;22(1):37-50
58. Salvador-Ato R., Villela-Estrada M., Galvez-Olortegui J. Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017;33(4).
59. Londoño N., Jaramillo JC., Castaño MC., et al. Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Psicología e Saúde*. 2015;7(1):47-55
60. Vidal J. Depresión. Clínica Universidad de Navarra Recuperado de: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>. 2019.
61. Campagne D. Diagnostica la depresión antes. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2018;44(4):270-5.
62. Gómez J, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2019;26(2):99-106.
63. Adler A, Prabhakaran D, Bovet P, Kazi D, Mancia G, Mungai Singh V, et al. Reducing cardiovascular mortality through prevention and management of raised blood pressure: a World Heart Federation roadmap. *Glob Heart*. 2015;10:111---22.

64. Perel P, Avezum A, Huffman M, Pais P, Rodgers A, Vedanthan R, et al. Reducing premature cardiovascular morbidity and mortality in people with atherosclerotic vascular disease: the World Heart Federation roadmap for secondary prevention of cardiovascular disease. *Glob Heart*. 2015;10:99---110.
65. Khatib R, McKee M, Shannon H, Chow C, Rangarajan S, Teo K, et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet*. 2016;387:61---9.
66. Avezum A, Oliveira GB, Lanas F, Lopez-Jaramillo P, Diaz R, Miranda JJ, et al. Secondary CV Prevention in South America in a Community Setting: The PURE Study. *Glob Heart*. 2017;12:305---11.
67. Avezum Á, Perel P, Oliveira GBF, Lopez-Jaramillo P, Restrepo G, Loustalot F, et al. Challenges and Opportunities to Scale Up Cardiovascular Disease Secondary Prevention in Latin America and the Caribbean. *Glob Heart*. 2017, pii:S2211-8160(17)30048 0.
68. Lopez-Jaramillo P, Coca A, Sánchez R, Zanchetti A, Hypertension Guidelines:. Is it time to reappraise blood pressure thresholds and targets? Position Statement of the Latin American Society of Hypertension. *Hypertension*. 2016;68:257---62.

69. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco R, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*. 2022;38:521-9.
70. Mills K, Bundy J, Kelly T, Reed J, Kearney P, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*. 2016;134(6):441-50. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912.
71. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389(10064):37-55. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31919-5.
72. Pérez M, León J, Dueñas A, Alfonzo J, Navarro D, de la Noval García R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev cubana med*. 2017 [acceso: 23/06/2018];56(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
73. Zubeldía L, Quiles J, Mañes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Rev Esp Salud Pública*.

2016 [acceso: 24/06/2018];90:e1-e11. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272016000100406](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100406)

74. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2018 [acceso: 24/06/2018]. Disponible en:  
[http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed 2018.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed%202018.pdf)

75. Morales A, Wyss F, Coca A, Ramírez A, Valdez O, Valerio L. Divergencias entre guías de 2013 y 2014 de la hipertensión arterial. Posición de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión y Prevención Cardiovascular. Rev Panam Salud Pública. 2015 [acceso: 23/06/2018];37(3):172-8. Disponible en:  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a07.pdf>

76. Kou S, Li X, Blanco M. Mecanismos de comorbilidad en hipertensión arterial. Rev haban cienc méd. 2018 [acceso: 23/06/2018]; 17(1):58-72. Disponible en:  
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2179>

77. Hamam M, Kunjummen E, Hussain MS, Nasereldin M, Bennett S, Miller J. Anxiety, Depression, and Pain: Considerations in the

- Treatment of Patients with Uncontrolled Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2020;22(12):106.
78. Espinosa A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. *Revista Finlay.* 2018;8(1):66-74.
79. Rivera E, Junco J, Martínez M, Fornaris A, Ledesma R, Afonso Y. Caracterización clínica-epidemiológica de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2019;35(3).
80. Zhang L, Bao Y, Tao S, Zhao Y, Liu M. The association between cardiovascular drugs and depression/anxiety in patients with cardiovascular disease: A meta-analysis. *Pharmacol Res.* 2022;175:106024

## ANEXOS

### ANEXO 1: INSTRUMENTO

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Edad: ..... años

Religión: ( ) Católica ( ) Adventista ( ) Evangelista ( ) Otro

Estado Civil: ( ) Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Conviviente ( ) Otro

Grado de instrucción: ( ) Sin nivel ( ) Primaria ( ) Secundaria ( )

Superior universitaria ( ) Superior no universitaria

Dependencia Económica: ( ) Trabaja ( ) No trabaja

##### ANTECEDENTES PERSONALES Y CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES:

Presión arterial: ( ) Controlada ( ) No controlada

IMC: ( ) Obeso ( ) Sobrepeso ( ) Normal ( ) Bajo peso

Realizar ejercicio físico: ( ) Sí ( ) No

Fumador actual: ( ) Sí ( ) No

Consumo de alcohol: ( ) Sí ( ) No

##### ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS) adaptada por Patilla Vila en 2018

Lea con atención cada pregunta y marque una "X" en la opción que exprese cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

1. Me siento tenso o nervios.

- |                    |   |
|--------------------|---|
| a) Todos los días. | 3 |
| b) Muchas veces.   | 2 |
| c) A veces.        | 1 |
| d) Nunca.          | 0 |

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer.

- |                    |   |
|--------------------|---|
| a) Como siempre.   | 0 |
| b) No lo bastante. | 1 |
| c) Sólo un poco.   | 2 |
| d) Nada.           | 3 |

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder.

- a) Definitivamente y es muy fuerte. 3
- b) Sí, pero no es muy fuerte. 2
- c) Un poco. Pero no me preocupa. 1
- d) Nada 0

4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.

- a) Al igual que siempre lo hice. 0
- b) No tanto ahora. 1
- c) Casi nunca. 2
- d) Nunca. 3

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones.

- a) La mayoría de las veces. 3
- b) Con bastante frecuencia. 2
- c) A veces, aunque no muy seguido. 1
- d) Sólo en ocasiones. 0

6. Me siento alegre.

- a) Nunca. 3
- b) No muy seguido. 2
- c) A veces. 1
- d) Casi siempre. 0

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.

- a) Siempre. 0
- b) Por lo general. 1
- c) No muy seguido. 2
- d) Nunca. 3

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento.

- a) Por lo general en todo momento. 3
- b) Muy seguido. 2
- c) A veces. 1
- d) Nunca. 0

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo de mariposas o vacío en el estómago.

- a) Nunca. 0
- b) En ciertas ocasiones. 1
- c) Con bastante frecuencia. 2
- d) Muy seguido. 3

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado.

- a) Totalmente. 3
- b) No me preocupa como debiera. 2
- c) Podría tener un poco más de cuidado. 1
- d) Me preocupo al igual que siempre. 0

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

- a) Mucho. 3
- b) Bastante. 2
- c) No mucho. 1
- d) Nada. 0

12. Me siento con esperanzas respecto al futuro.

- a) Igual que siempre. 0
- b) Menos de lo que acostumbraba. 1
- c) Mucho menos de lo que acostumbraba. 2
- d) Nada. 3

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro.

- a) Muy frecuentemente. 3
- b) Bastante seguido. 2
- c) No muy seguido. 1
- d) Nada. 0

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- a) Seguido. 0
- b) A veces. 1
- c) No muy seguido. 2
- d) Rara vez. 3

## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| <b>TÍTULO:</b> Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el centro de salud de Pocollay y centro de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>AUTOR:</b> Mariel Paloma Mamani Mollo   |  |   |  |
| <b>PROBLEMA</b>  | <b>OBJETIVOS</b>   | <b>VARIABLES</b>  | <b>METODOLOGÍA</b>   |
| <b>General:</b><br>¿Cuál es la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el centro de salud de Pocollay y centro de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024? | <b>General:</b><br>Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada en el centro de salud de Pocollay y centro de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Síntomas de ansiedad</li> <li>• Síntomas de depresión</li> <li>• Características sociales</li> <li>• Antecedentes personales y características nutricionales</li> </ul> | <b>Diseño:</b><br>Observacional, descriptivo.<br><br><b>Población:</b> La población total de este estudio estuvo formada por 197 pacientes que padecían de hipertensión arterial atendidos durante sus visitas a las consultas externas de los Centros de Salud de Pocollay y La Esperanza durante el periodo junio-julio del 2024.<br><br><b>Muestra:</b><br>No se realizó muestreo debido a que se estudió el 100% de la población.<br><br><b>Técnica:</b> Encuesta<br><br><b>Instrumento:</b><br>Ficha de recolección de datos<br><br><b>Estadística:</b><br>Análisis descriptivo |
|  | <b>Específicos:</b><br>OE1: Conocer la frecuencia de hipertensión arterial controlada y no controlada de pacientes del centro de salud de Pocollay y centro de salud La Esperanza de Tacna durante el periodo junio-julio del 2024.                                  |   |  |
|  | OE2: Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con   |   |  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | hipertensión arterial.  |  | presentando tablas de frecuencia y gráficos de barras. |
|  | OE3: Identificar las características sociales, antecedentes personales y características nutricionales en los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión con hipertensión arterial. |  |  |

### **ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION**

El objetivo de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación, así como de su rol en ella como participantes.

La meta de este estudio es determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada con lo cual, el conocimiento generado en este trabajo, nos permitirá mejorar la atención en un ámbito integral para los pacientes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizara la toma de presión arterial, toma de circunferencia abdominal y un cuestionario.

Esta participación es estrictamente voluntaria y anónima, la información que se recoja será confidencial, no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Puede revocar dicho consentimiento en cualquier momento comunicándolo de manera oportuna al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo ..... acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de la meta.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

.....  
FIRMA DEL PARTICIPANTE