

Hallazgos psicológicos y psicosociales en pacientes con hipertensión arterial primaria de un
Establecimiento de Sanidad Militar de Cundinamarca.

H. A. Acuña, M. I. Rozo, L. Torres.

Auditoría y garantía de la calidad en salud

Universidad EAN

Seminario de Investigación

Ibagué, 2020

Tabla de contenido

Resumen	5
Planteamiento del problema.....	6
Antecedentes del problema.....	6
Descripción del problema.....	7
Problema de investigación.....	10
Objetivos.....	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos.....	11
Marco teórico.....	12
Metodología general.....	25
Definición de variables.....	27
Población y muestra.....	32
Metodología de segundo nivel.....	33
Selección de métodos o instrumentos para recolección de información.....	33
Análisis de variables.....	34
Conclusiones y discusión.....	43
Apéndices.....	46
Referencias	49

Lista de Tablas

Tabla 1	27
Tabla 2	30
Tabla 3	34
Tabla 4	35
Tabla 5	36
Tabla 6	38
Tabla 7	39
Tabla 8	40
Tabla 9	42

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	34
Ilustración 2	34
Ilustración 3	37
Ilustración 4	38
Ilustración 5	39
Ilustración 6	40
Ilustración 7	41
Ilustración 8	42

Resumen

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible con marcada prevalencia en el mundo. La falta de adherencia al tratamiento, así como la ausencia de estilos de vida saludables desarrollan complicaciones cardiovasculares, comorbilidades y muertes; uno de los aspectos relevantes a tener en cuenta, en el estilo de vida, es la relación estrecha que existe entre los efectos psicológicos y psicosociales en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. El impacto negativo de esta relación se evidencia en una disminución significativa en la adherencia de los pacientes a los tratamientos y va en detrimento de sus condiciones generales.

5

Palabras Clave: Hipertensión arterial, efectos psicológicos, psicosociales, estilos de vida saludable, comorbilidades.

Antecedentes del problema:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. De acuerdo con lo reportado por la OMS en el 2018, las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15,2 millones de defunciones en 2016 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años. Son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, dentro de las enfermedades cardiovasculares.

La Hipertensión Arterial causa anualmente 9,4 millones de muertes y su prevalencia va en aumento dado al envejecimiento de la población, el cambio en los estilos de vida, el sedentarismo, el sobrepeso y la exposición prolongada al estrés.

La prevalencia de la hipertensión varía entre las Regiones de la OMS y las distintas categorías de países clasificados según el nivel de ingresos. La prevalencia más elevada corresponde a la Región de África de la OMS (27%), mientras que la más baja es la de la Región de las Américas (18%) de acuerdo con una publicación de la OMS 2019.

Un examen de las tendencias actuales muestra un aumento del número de adultos con hipertensión, que pasó de 594 millones en 1975 a 1130 millones en 2015. El incremento se observó especialmente en países de ingresos bajos y medianos, lo que se explica principalmente por el aumento de los factores de riesgo en esas poblaciones.

Durante el año 2015 la primera causa de pérdida de años por discapacidad fue la hipertensión arterial. En Colombia un tercio de las muertes tiene origen en enfermedades cardiovasculares, y su prevalencia en adultos es de al menos uno de cada cinco adultos mayores a 40 años. En el 2016 en Colombia fallecieron 8430 personas por enfermedades hipertensivas, representando el 38% del total de fallecimientos.

La etiología de la hipertensión es variada y compleja e involucra factores genéticos y conductuales. La relación entre el estrés psicosocial y la hipertensión ha sido hipotetizada. Cada vez más personas experimentan un aumento de la ansiedad, la depresión y el estrés psicosocial crónico provocado por la globalización, los cambios culturales, los cambios socioeconómicos y el estrés en el lugar de trabajo.

7

Aunque una gran cantidad de estudios han investigado la interacción entre el estrés psicosocial y la hipertensión, esta relación sigue siendo polémica. Lo anterior, tanto en prevalencia de la Hipertensión arterial, su impacto en la población y en los costos de los sistemas de salud y la asociación a riesgo con conductas psicológicas y sociales de los pacientes requieren un mayor abordaje y caracterización local que permita generar acciones de alto impacto y efectividad que a futuro permitan niveles de intervención en políticas públicas más acertados y pertinentes.

Descripción del problema:

La hipertensión arterial constituye un importante problema de salud en el mundo, de acuerdo con el más reciente estudio de carga global de enfermedad se estima que 10.3 millones de muertes en el mundo en 2013 fueron consecuencia directa de la hipertensión, y 7.6 millones de muertes prematuras; Son más de 170 millones de años de vida perdidos en el mundo en el año 2013 debido a la hipertensión arterial. Es la primera causa de enfermedad en los países desarrollados, la segunda causa de enfermedad después del tabaquismo en los países en desarrollo y la primera causa de accidente cerebrovascular e insuficiencia cardiaca y la segunda causa del síndrome coronario agudo.

En el momento actual la hipertensión arterial está afectando de manera desproporcionada a países de ingresos bajos y medios, 4 de cada 10 adultos en el mundo padece hipertensión arterial, esta proporción aumenta con la edad, mientras en el grupo etario de 20 a 40 años se puede hallar hipertensión arterial al menos en el 10% de ellos y de los 50 a 60 años esta proporción se incrementa al 50%.

8

En Estados Unidos casi una tercera parte de la población de 20 años o más tienen la presión arterial alta y en Canadá cada 5 adultos viven con la enfermedad; un estudio de Argentina evidenció que la prevalencia de hipertensión arterial es de 33.5% y que 37.2% de la población desconocía su afección, en Perú la prevalencia general es de 23.7% y en la ciudad de Sao Paulo Brasil es de 23%; en Cuba la padecen alrededor del 30% de los adultos y de ellos menos de 40% son controlados.

Adicional, los últimos datos predicen que el número de adultos hipertensos alcanzará los 1.500 millones, aproximadamente el 30% de la población mundial - para 2025 (Mei-Yan Liu, Na Li, William A. Li & Hajra Khan 2017).

Entre el año 2005 y el año 2014, el primer lugar como causa de muerte entre hombres y mujeres en Colombia se dio por efecto de las enfermedades del sistema circulatorio. Aproximadamente 294.000 casos se presentaron por enfermedades isquémicas del corazón, siendo esta cifra equivalente al 49.30% del total de muertes secundarias a las enfermedades del sistema circulatorio. Por su parte, 62.297 muertes (10.47%) se presentaron por enfermedades hipertensivas (Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

En la ficha técnica emitida por el Ministerio de la Protección Social en 2017 se observa que en el período comprendido entre 2011 y 2015 Cundinamarca se sitúa dentro de los primeros diez departamentos que arrojan cifras de prevalencia de 4.12% en el año 2011 y un incremento para el

2015 a 6.4%. De igual forma se muestra que la tasa de mortalidad promedio estandarizada por edad para un período entre 2005- 2010 muestra a Cundinamarca con cifras superiores a la media de 16 por cada 100.000 habitantes.

Dentro de los factores de asociación a riesgo vinculados a la hipertensión arterial se encuentran afectaciones psicológicas como la depresión y ansiedad, de igual forma los factores psicosociales asociados al estilo de vida tanto a nivel individual, dinámica familiar y comunitario influido por determinantes sociales de la salud han sido relevantes.

De los hallazgos psicológicos la depresión muestra una prevalencia de 340 millones de personas (Egede y Ellis, 2010), en Colombia los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar de prevalencia y más de la mitad de los adultos mayores han tenido su primer episodio depresivo después de los 60 años.

En la asociación entre hipertensión arterial y depresión, (Bangen et al., 2010; Camus et al. 2004; chatterjee, fall y barer, 2010; Hakim, 2011; Nuyen et al. 2007) mencionan la relación existente dentro de los factores de riesgos cerebrovasculares, tales como la hipertensión arterial y su indirecta relación con la aparición de depresión.

Tomando en consideración la prevalencia de la hipertensión arterial en Colombia, en grupos etarios mayores de 40 años, así como, la asociación que se menciona de la patología con factores psicológicos como la depresión, debe caracterizarse la población para poder observar y determinar si de alguna forma hay relación como factor de asociación a riesgo y así a futuro desarrollar programas ajustados a la medicina personalizada, que garanticen un mejor manejo de patologías de alto impacto y costo como la hipertensión arterial, lo que optimice las condiciones de vida de los pacientes, el aprovechamiento de los recursos invertidos en salud y de mayor pertinencia e impacto a las consultas de salud familiar.

Problema de investigación:

¿Cuáles son los hallazgos psicológicos y psicosociales en pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial primaria de un ESM de Cundinamarca en el periodo de febrero a junio del 2020.

Objetivos:

Objetivo general:

Establecer los hallazgos psicológicos y psicosociales en pacientes con hipertensión arterial primaria de un ESM de Cundinamarca.

11

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio demográficamente a la población estudio.
- Identificar los hallazgos psicológicos y psicosociales en los pacientes con hipertensión arterial primaria.
- Determinar que hallazgos psicológicos y psicosociales son más prevalentes en los pacientes con hipertensión arterial primaria.

Marco Teórico:

Según la OMS 2017 “las enfermedades cardiovasculares (ECV) son definidas como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen:

- la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco;
- las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- la cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y
- las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones”.

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total y dentro de ellas se destaca la hipertensión arterial (HTA) como la responsable de 9,4 millones de muertes anuales, al mismo tiempo, sus complicaciones ocasionan muertes por cardiopatías en un 45% y por accidente cerebrovascular en un 51% (Welton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison C, et al. 2017).

Por su parte la OMS 2019 ha definido “La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre circulante contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Cuando esta es demasiado elevada, se considera hipertensión.

La tensión arterial se expresa mediante dos cifras: la primera (tensión sistólica) representa la presión que ejerce la sangre sobre los vasos cuando el corazón se contrae o late, mientras que la segunda (tensión diastólica) representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro.

Para establecer el diagnóstico de hipertensión, se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg.

Según Cárdenas, López, Silva & Monar (2019) la hipertensión arterial (HTA) es una de las mayores causas de las enfermedades cardiovasculares y la principal causa de mortalidad a nivel mundial, debido a que participa en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular, en la morbimortalidad por eventos cardíacos, cerebrovasculares, insuficiencia renal, enfermedad vascular periférica, ocasionando más de 3 millones de defunciones cada año.

Para el año 2008, se había diagnosticado con hipertensión arterial aproximadamente, el 40% de los adultos mayores de 25 años en todo el mundo. El número de personas afectadas aumentó de 600 a 1000 millones entre los años 1980 y 2008. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en el continente africano con un 46% de los adultos mayores de 25 años; mientras que, la más baja se observa en el continente americano con un 35% (Welton, et al. 2017).

Recientemente fueron impartidas nuevas directrices por el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón (ACC / AHA) que invitan promover cambios radicales en el manejo de la hipertensión (Whelton, et al. 2017). Por su parte, La Sociedad Colombiana de

Cardiología y Cirugía Cardiovascular (2018) refiere que el principal cambio fue con respecto a la definición de la condición de hipertensión (presión arterial > 130/80 mm Hg en lugar de > 140/90 mm Hg), al disminuir estas cifras tensionales en la consideración de un paciente hipertenso, se produjo un incremento significativo de la población hipertensa, tal como es el caso de los Estados Unidos donde el incremento fue del 32% a 46 %; en Colombia, la aplicación de la nueva clasificación supondría pasar de una prevalencia de 22,0% en 2016 a un valor estimado del 43,3% en la actualidad, lo cual es equivalente a catalogar como enfermos a aproximadamente 21 millones de personas.

14

Uno de los principales factores que inciden en el control de las enfermedades crónicas y en particular en la enfermedad hipertensiva, es la falta de adherencia al tratamiento y con ello, se evidencia el incremento de la morbimortalidad en estos pacientes; El último metaanálisis muestra que un número significativo (45,2%) de pacientes hipertensos y un tercio (31,2%) de pacientes con comorbilidades no eran adherentes a la medicación (Abegaz 2017).

Existen muchas razones para este fenómeno, incluidos los aspectos psicológicos y fisiológicos relacionados con el envejecimiento del cuerpo (deterioro cognitivo, polifarmacia, síndrome de fragilidad, depresión, problemas con la vista y la audición) (Yang 2018).

La hipertensión arterial (HTA) esencial tiene un origen multifactorial en el que están implicadas al menos 2 categorías de factores. Los factores biológicos clásicos de riesgo y los factores psicológicos, incluyendo los efectos del estrés crónico, los cuales tienen una cierta influencia tanto en el origen como en la persistencia de la HTA.. (Martín Alfonso LDLÁ., Grau Ábalo JA. y Espinosa Brito AD (2014), mencionan que la falta de adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, son un problema que genera repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial; dado que conlleva a no control de las cifras

de tensión arterial que de mantenerse fuera de metas ocasionan cambios micro y macro vasculares que inciden en mayor número de complicaciones, incremento de las hospitalizaciones, retrasos en la recuperación, recaídas, y con ello requerimiento de mayor números de medicamentos para lograr controlar la situación, a su vez mas estudios, lo que genera presencia de ansiedad y estrés. El estrés se reconoce como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso de adaptación y de alerta que es imprescindible para la supervivencia de la persona (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003), pero si este no se maneja de una forma adecuada, si no se generan los medios necesarios para sobrellevarlo, el estrés que inicialmente es positivo se convierte en patológico. Se han descrito otros factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos, sin embargo, se sabe que el estrés juega un papel importante dentro de este conjunto que inciden en la salud física, así como emocional y psicológica (Sánchez-Cruz JF., Hipólito-Lóenzo A., Mugarátegui-Sánchez SG., Yáñez-González RM, 2016).

Ortiz y Castro (2009) relacionan un concepto importante en la literatura sobre psicología de la salud es la autoeficacia, reconocida como un importante predictor de conductas promotoras de salud y un factor fundamental en el abandono de conductas nocivas.

Dentro de otros factores que intervienen en la falta de adherencia se consideran las creencias propias de cada paciente, en ocasiones la religión juega un papel fundamental, al igual que su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o el conocimiento sobre su enfermedad, en esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de su familia, el

estado de su relación matrimonial y el apoyo que recibe de esta, así como de la sociedad en la cual convive (Trivedi, Ayotte, Edelman, et al, 2008).

Según García Milián, Ana Julia, Alonso Carbonell, Liuba, López Puig, Pedro, Yera Alós, Isis, Ruiz Salvador, Ana Karelia, & Blanco Hernández, Neylim, (2009) también intervienen los cambios propios del envejecimiento tales como el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición que pueden condicionar que el paciente no procese de forma adecuada la información, que experimente un aprendizaje incorrecto, fuera de tiempo o inclusive omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico y, como consecuencia, no seguimiento adecuado de las instrucciones impartidas por el personal de salud.

Autores como Espinosa, García-Vera y Sanz (2012), afirman que la hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, cuya alta prevalencia y la posibilidad de modificación es un problema de interés sanitario y socioeconómico, teniendo en cuenta su origen multifactorial. Los factores biológicos clásicos, comportamentales de riesgo y psicológicos, incluyendo en estos últimos los efectos del estrés sobre el sistema cardiovascular, emociones negativas como la ansiedad y la depresión. En esta revisión se tienen en cuenta las bases fisiopatológicas de la vía final común del estrés y sus respuestas asociadas al SNS y del eje hipotalámico-pituitario adrenal, provocándose la liberación de catecolaminas y de glucocorticoides (cortisol), lo que conlleva a un aumento de la presión arterial, así el estrés y las respuestas cardiovasculares asociadas a este pueden interactuar para predecir el desarrollo de la hipertensión arterial, en condiciones fisiológicas esto no acarrearía alteraciones, pero cuando se está expuesto a estrés crónico o a varios estresores se presentan las alteraciones. Bajo estas directrices Espinosa, et al. (2012), concluyen que el estrés no tiene una asociación consistente con la incidencia de la HTA-E, pero el estrés crónico y

concretamente, la respuesta no adaptativas a él, son probablemente las causantes de los niveles de PA mantenida, en este sentido se justifican intervenciones dirigidas al control del estrés en personas con HTA-E, tanto para un control óptimo de la PA como para generar cambios en las variables psicológicas que más se relacionan con la HTA-E (estrés, ira, ansiedad y depresión).

Por su parte Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E. y Romero, T., (2014) en su investigación en una muestra aleatoria de 513 pacientes hipertensos (30 a 68 años) de un universo de 1.484 pacientes. La adherencia al tratamiento se determinó mediante el ensayo de Morisky-Green-Levine. Se registraron los valores demográficos, socioeconómicos y medidas de la presión arterial. Se utilizaron cuestionarios validados para evaluar la relación médico-paciente, conciencia de ser hipertenso, percepción del paciente de apoyo social, cohesión familiar, evaluación de la autoestima del paciente y síntomas de estrés emocional y depresión. Los resultados pusieron en evidencia La adherencia a la terapia farmacológica fue de 36,6%, mayor en mujeres (38,4% vs 28,9%, $p < 0,001$). Después del análisis multivariado, la ausencia de adherencia se asoció con el sexo masculino (OR: 1,76 [IC del 95%: 1,21-2,56]), baja escolaridad (OR: 1,72 [IC 95%: 1,18 a 2,53]), 1,56 [IC del 95%: 1,13 a 2,27]), y un alto nivel de estrés emocional y depresión (OR: 1,93 [IC del 95%: 1,27 a 2,94]). El estudio destaca la influencia de la inadecuada relación médico-paciente, alto nivel de estrés emocional y depresión, bajo nivel de educación e ingreso y género masculino en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos.

Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J.C, (2014), en su investigación relacionan la salud mental y las enfermedades crónicas no transmisibles; así como la posibilidad de atenderlas de manera

integral en el sistema de salud peruano. Teniendo en cuenta que en los pacientes con enfermedades cardiovasculares las prevalencias de depresión se encuentran entre el 20% y 45% y que los pacientes con depresión tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir una enfermedad coronaria. Determinan que la integración de la salud mental a la atención primaria se configura como la estrategia más viable para proveer de atención en salud mental, en contexto donde la población no accede a ello, lo que conlleva a que se maneje la integralidad como la agenda de salud global de países como Reino Unido, Canadá y Estados Unidos.

18

Lemos y Agudelo (2015), mencionan la relación existente entre la depresión y el evento coronario agudo, indicando que es 3 veces más común después de un infarto agudo al miocardio que en la comunidad general. Adicionalmente se ha calculado que entre el 30 a 45% de estos pacientes tienen síntomas depresivos, conocidos como depresión menor posterior al evento cardiacos; Esto ha llevado a que se recomiende a la Asociación Americana del Corazón para que se incluya la depresión entre los factores de riesgo de mal pronóstico en pacientes que han tenido un síndrome coronario agudo.

Rodríguez-Alfonso et al. (2018) realizaron un estudio con el fin de definir el grado de estrés, emociones negativas y formas de afrontamiento en adultos medios con hipertensión esencial primaria durante un trimestre arrojando que el 90 % de los usuarios participantes en el estudio habían pasado por situaciones de estrés, el 80% manifestaba ser vulnerable; por otro lado, el 33% de los adultos indicaron depresión leve a moderada y el 50% manifestaron algún síntoma de la misma, dentro de las estrategias de afrontamiento la más usada fue la confrontación y la búsqueda de apoyo social que resultó ser un recurso protector para evitar

complicaciones y se considera adecuado para la recuperación de la salud de los pacientes con Hipertensión arterial.

Según Dauelsberg-Tannenbaum, E., & Cornejo-Leighton, P. (2017) describieron el perfil psicológico en personas que padecen hipertensión arterial, pero este con el fin de vincular el estrés, la ansiedad y la depresión con el diagnóstico posterior de la patología crónica; Utilizaron una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa) de análisis, de carácter exploratorio-descriptivo, con el objeto de describir factores psicológicos asociados a la hipertensión arterial. El diseño de investigación fue de tipo transversal y descriptivo, de acuerdo con una revisión previa realizada por los autores en investigaciones citadas como la de Molerio y García vinculan ansiedad e hipertensión, estableciendo que individuos con este rasgo tendrían mayor probabilidad de experimentar estados de ansiedad, generando una activación psicofisiológica del sistema simpático, que incrementa la posibilidad de desarrollar hipertensión arterial. Autores citados por Magán como Routledge y Hogan, concluyen que la ansiedad tendría una magnitud de un 9% de influencia en el desarrollo de hipertensión arterial esencial. Los resultados arrojaron que el 80% de los pacientes entrevistados había experimentado una situación estresante antes del inicio de la enfermedad arterial hipertensiva, el 10% (1 sujeto) manifestó diagnóstico previo de depresión.

Wallace, K., Zhao, X., Misra, R., & Sambamoorthi, U. (2018) Efectuaron un estudio transversal retrospectivo para estimar la carga humanística y económica asociada con la depresión y la ansiedad en adultos con comorbilidades diabetes e hipertensión, la muestra del estudio lo dividieron en cuatro grupos (es decir, sin depresión / ansiedad, solo depresión, solo ansiedad y depresión y ansiedad); Los resultados fueron que aproximadamente una quinta parte tenía depresión (13.2%) o ansiedad (8.7%), y 7.7% tenía ambas condiciones. Observaron

diferencias significativas en la prevalencia de depresión y / o ansiedad en todos los factores predisponentes, factores habilitadores, factores de necesidad, prácticas de salud personal y entorno externo, con la excepción de la educación. Por ejemplo, las mujeres con diabetes e hipertensión comórbidas informaron una tasa significativamente más alta de depresión y ansiedad, solas o juntas, en comparación con sus contrapartes masculinas; También que la depresión y la ansiedad, solos o juntos, se asociaron con una peor calidad de vida en relación con la salud mental, pero no con la salud física, entre los adultos con diabetes e hipertensión comórbidas.

20

Respecto a las medidas para mitigar el estrés, ansiedad o la depresión se describen estudios como el realizado por Villalobos, F., Vinuesa, A., Pedret, R., Reche, A., Domínguez, E., & Arija, V. (2019) donde evaluaron la efectividad de la actividad física supervisada sobre la autoestima y su asociación con el control de las enfermedades crónicas en adultos usuarios de atención primaria, se encontró un aumento en la autoestima realizar caminatas de 120 min/sem con influencia en el control de la presión arterial sistólica en el caso de pacientes con hipertensión arterial primaria.

En Colombia, factores psicosociales se han mostrado como potenciadores y desencadenantes de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial. El propósito del estudio es explorar la relación de los factores psicosociales con la presencia de hipertensión arterial en una muestra aleatoria poblacional en la ciudad de Medellín. Realizaron un Estudio de tipo observacional de corte transversal con enfoque analítico. La variable respuesta (hipertensión arterial) se contrastó con las psicosociales y sociodemográficas mediante análisis bivariable, y posteriormente se realizó un análisis de regresión logística multivariable. El resultado Tras

ajustar por edad, sexo y eventos de vida estresantes, los factores psicosociales asociados con hipertensión arterial son la depresión (OR=1,65; IC95%, 1,13-2,41) y los trastornos del sueño (OR=1,41; IC95%, 1,00-1,98). El estudio concluye que la depresión y los trastornos del sueño se relacionan con la hipertensión arterial. En Colombia hay estudios que relacionan factores psicosociales como la depresión con la hipertensión, pero se desconoce el impacto de los trastornos de sueño en la población. (Flórez-García, V., Rojas-Bernal, L. Á., & Bareño-Silva, J. (2018)).

Según, Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015, August 5). En la publicación del *American Journal of Hypertension*, en una revisión de vanguardia, La noción de que los estados psicológicos pueden influir en la salud física no es nueva, y quizás en ninguna parte se ha estudiado mejor la conexión mente-cuerpo que en la enfermedad cardiovascular (ECV). Recientemente, grandes estudios epidemiológicos prospectivos y pequeños estudios de ciencias básicas han establecido firmemente una conexión entre las enfermedades cardiovasculares y varias afecciones psicológicas, como la depresión, el estrés psicológico crónico, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la ansiedad. Además, se han realizado numerosos ensayos clínicos para tratar de prevenir o disminuir el impacto de estas afecciones en la salud cardiovascular. En este artículo, revisamos los estudios que relacionan la depresión, el estrés / TEPT y la ansiedad con las ECV, centrándonos en los hallazgos de los últimos 5 años. Para cada condición de salud mental, primero examinamos la evidencia epidemiológica que establece un vínculo con la ECV. Luego describimos estudios de posibles mecanismos subyacentes y finalmente discutimos los ensayos de tratamiento y las instrucciones para futuras investigaciones.

En los Estados Unidos, la hipertensión afecta a uno de cada tres adultos, y los trastornos de ansiedad son los trastornos de salud mental más comúnmente diagnosticados. Tanto la

hipertensión como la ansiedad se han estudiado ampliamente. Sin embargo, una comprensión completa de la relación de ansiedad con hipertensión ha sido difícil. En esta revisión, discutimos el espectro de los trastornos de ansiedad. Además, consideramos la evidencia de los efectos agudos y a largo plazo de la ansiedad sobre la presión arterial. Revisamos el efecto sobre la presión arterial de varios factores estresantes del "mundo real", como los desastres naturales. Además, revisamos el efecto de los tratamientos de ansiedad sobre la presión arterial. Explicamos las recomendaciones recientes de la American Heart Association con respecto a la meditación y otros métodos de relajación en el manejo de la hipertensión. Llegamos a la conclusión de que se necesitan nuevos métodos de investigación para aclarar mejor muchos aspectos de cómo la ansiedad se relaciona con la hipertensión. Byrd, J. B., & Brook, R. D. (2014, septiembre 14).

Un estudio para describir los factores demográficos, sociales, de la salud física y mental asociados a la capacidad funcional de los adultos mayores del Departamento de Antioquia en el año 2012. El estudio descriptivo, tomo como población los registros de 4 248 adultos de 60 años o más, encuestados en el Departamento de Antioquia, en el año 2012, a los cuales se les indagó por la capacidad funcional a través de la encuesta de Katz que consta de 6 ítems. Con las variables independientes se calcularon medidas de frecuencia, la razón de prevalencias (Rp) crudas y ajustadas con sus respectivos IC del 95 %. Resultados El estar soltero, viudo o separado, presentar bajo o nulo nivel educativo (66,4 %), padecer de hipertensión arterial (56,7 %), diabetes (16,8 %) y problemas óseos (22,0 %), el consumo de cigarrillo (64,6 %), el riesgo nutricional, sufrir de depresión (20,1 %), ansiedad y deterioro cognitivo leve (49,6 %), influyen de manera negativa en la capacidad funcional de los adultos mayores del Departamento. Las edades jóvenes, la vida social activa y la utilización adecuada del tiempo libre fortalecen la

buena capacidad funcional en el mismo grupo poblacional. Se concluye que hay factores demográficos, de la salud física y mental que inciden negativamente sobre la capacidad funcional de los adultos mayores y en este caso del estudio, es la segunda causa con un porcentaje de 56.7% de la muestra. Cortés-Muñoz, C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Garzón-Duque, M. O. (2016).

Uno de los aspectos etiológicos descritos es el estrés laboral, o la tensión laboral, como resultado de la falta de equilibrio entre las demandas laborales y el control del trabajo, se considera uno de los factores frecuentes en la etiología de la hipertensión en la sociedad moderna. El estrés, con sus causas multifactoriales, es complejo y difícil de analizar a nivel fisiológico y psicosocial. La posible relación entre la tensión laboral y los niveles de presión arterial se ha estudiado ampliamente, pero la literatura está repleta de resultados contradictorios con respecto a la relación entre los dos. Un análisis más detallado de esta relación, incluidas las múltiples facetas de la tensión laboral, puede conducir a propuestas operativas a nivel de salud pública e individual diseñadas para reducir los efectos sobre la salud y el bienestar. En este artículo, revisamos la literatura sobre el tema, discutiendo las diversas metodologías, variables de confusión y enfoques sugeridos para un ambiente de trabajo más saludable. © 2012 Sociedad Americana de Hipertensión. Rosenthal, T., & Alter, A. (2012, enero).

Según, Davydov, D. M., & Shapiro, D. (2015). Desde el punto de vista de las ciencias sociales y del comportamiento, la hipertensión ha atraído una gran atención. Forma la columna vertebral de los campos en crecimiento de la psicología de la salud y la medicina del comportamiento. La evidencia respalda el papel y la importancia de los factores psicosociales en la etiología, el curso y el tratamiento de la hipertensión. Este conocimiento tiene el potencial de profundizar nuestra comprensión de los mecanismos involucrados en la hipertensión, mejorar la

efectividad del tratamiento farmacológico y no farmacológico, y facilitar los esfuerzos para la prevención. Hay una gran necesidad de más investigación sistemática y especialmente de la integración teórica y empírica del conocimiento psicosocial y biológico del trastorno.

Kaplan, M. S., & Nunes, A. (2003). presentaron evidencia disponible sobre el papel que juegan los factores psicosociales adversos en la patogénesis de la hipertensión. Los objetivos específicos de la revisión fueron: (1) proporcionar una imagen de lo que se sabe acerca de la relación entre los factores psicosociales y la hipertensión, (2) resumir las principales dificultades metodológicas y conceptuales e (3) identificar las lagunas en la literatura y sugerir áreas para futuras investigaciones Síntesis de datos: el alcance de la revisión de la literatura fue para adultos y la literatura publicada desde 1990 (reconociendo que algunos artículos publicados anteriormente tendrían que tenerse en cuenta). Se realizaron varias búsquedas en revistas. Incluyeron Medline, PsychInfo y SocioFile, con palabras clave, como hipertensión, presión arterial, psicosocial, psicológica, social, aculturación, ocupación, estatus socioeconómico, clase social, educación, depresión, ira y ansiedad. La búsqueda incluyó artículos relacionados con la hipertensión en países desarrollados y se limitó a estudios en inglés. La conclusión es un creciente cuerpo de evidencia respalda la tesis de que los factores psicosociales juegan un papel en la patogénesis de la hipertensión. © 2003, Medikal Press.

Metodología General

Dentro del tipo de estudios en investigación según Sampieri 2014, se pueden clasificar en exploratorios, descriptivos y correlacionales; para el caso particular del problema de este estudio, debe ser un estudio descriptivo.

Teniendo en cuenta que se va a especificar las características sociodemográficas de una población de estudio, enmarcado en una patología que para el caso es la hipertensión arterial, y de igual forma, los aspectos psicológicos y psicosociales del grupo poblacional, que para el presente estudio es el constituido por usuarios hipertensos de un Establecimiento de Sanidad Militar, en un Municipio de Cundinamarca.

Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Sin embargo, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo principal no es indicar como se relacionan las variables medidas. Los descriptivos se centran en medir con la mayor precisión posible. Como menciona Selltiz (1965), en esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo se va a lograr la precisión en esa medición. Así mismo debe ser capaz de especificar quién o quiénes tienen que incluirse en la medición.

Al verificar que tipo de la perspectiva que va a abordar el estudio, se plantea como un estudio cuantitativo en el que se van a abordar, medir y analizar una serie de variables cuantitativas, que permitan mostrar un panorama más amplio y esperar resultados con un peso estadístico significativo que mejoren la validez interna del estudio. (Sampieri 2014).

Las relaciones interpersonales, la depresión, las crisis económicas, la religiosidad, el consumo, las enfermedades, el aprendizaje, los efectos de los medios de comunicación, los valores de los jóvenes, la pobreza y otros fenómenos, son tan complejos y diversos que el uso de un enfoque único, tanto cuantitativo como cualitativo, sin embargo, para la operacionalización de las variables inherentes a este estudio, debe ser abordado desde un enfoque cuantitativo para su análisis y correlación más eficiente.

26

Con respecto al alcance del estudio está propuesto como una primera caracterización de la población que se va a analizar, para que sirva de antecedente a futuros estudios que permitan una metodología más correlacional en la que se pase de un modelo descriptivo y tenga un mayor impacto en la población.

Definición de Variables:

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, debe definirse una serie de características que deben ser medibles, esto corresponde a la definición de una variable.

27

Las variables, como su nombre lo indica, son efectos que generan la variación de un fenómeno determinado, es decir, su presencia establece de por sí un cambio en una situación dada. Si un factor es único y no varía dentro del estudio no puede definirse como una variable.

Definición conceptual

Tabla 1

Tabla Definición Conceptual Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Hipertensión arterial	La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear (OMS 2019)

Aspecto sociodemográfico

Los factores demográficos y socioeconómicos son los principales determinantes de la salud. Los datos sobre las tendencias demográficas y socioeconómicas también son importantes para que las estadísticas de los distintos países se puedan comparar. La incidencia y la prevalencia de las enfermedades y las tasas de mortalidad requieren denominadores fiables basados en la población. (OMS 2009).

Edad

La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar (ABC 2020).

Sexo

Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres (OMS 2018).

Perfil ocupacional

descripción de los conocimientos, las habilidades, actitudes y aptitudes que una persona debe tener para desempeñarse en distintas situaciones de trabajo (MINTRABAJO 2016)

Factor psicológico

se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la calidad de vida de las personas y que se

representan en el estado y prácticas de salud.

(Núñez 2010).

Factor psicosocial

Los **Factores Psicosociales** son condiciones presentes en el trabajo, de carácter tecnológico, organizacional, social, económico o personal, con la que se relaciona un individuo y que pueden afectar positiva o negativamente su **salud**, bienestar, desempeño o desarrollo (personal o colectivo). (Jiménez 2014)

29

Disfunción familiar

Determinante en salud que hace referencia a las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él (Cogollo 2009).

Depresión

La depresión es una enfermedad mental, distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. (OMS 2020).

Ansiedad

Es un trastorno en el tienen sentimientos de miedo e inseguridad que interfieren con sus actividades cotidianas y que duran 6 meses o más. Los trastornos de ansiedad también pueden aumentar el riesgo de desarrollar otros problemas de salud, como enfermedades cardíacas, diabetes, abuso de sustancias y depresión

Calidad de Vida

se refiere a la relación que existe entre los componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (condiciones de bienestar cuyos indicadores son la satisfacción, expectativas positivas y la felicidad). (Núñez 2010).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Tabla 2

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	MEDIDA DE ESCALA	PUNTO DE CORTE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DEPENDIENTE	Tipo de diagnóstico de hipertensión arterial de	Cuantitativa	Intervalo discreta	Escala de JNC 8	1. Normal 2. Prehipertensión 3. Hipertensión nivel I. 4. Hipertensión Nivel 2
EDAD	INDEPENDIENTE	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta intervalos	Número de años cumplidos	1. 20-25 2. 26-30 3. 31-35 4. 36-40
SEXO	INDEPENDIENTE	Diferencia entre hombre y mujer	Cuantitativa	Discreta intervalos	1. Hombre 2. Mujer	
TIPO DE USUARIO	CONTROL	Tipo de vinculación al Subsistema de Salud, definido	Cuantitativa	Discreta intervalos	1. Activo 2. Pensionado	

		por su ocupación			3. Beneficiario o activo	
DISFUNCIÓN FAMILIAR	INDEPENDIENTE	Característica de su relación con su núcleo familiar	Cuantitativa	Discreta intervalo	4. Beneficiario Pensionado Escala de APGAR	
					1. Normal	17-20 puntos
					2. Disfunción leve	16-13 puntos
					3. Disfunción moderada	12-10 puntos
					5. Disfunción Severa	≤ 9 puntos
ANSIEDAD	INDEPENDIENTE	Sentimientos de angustia e inseguridad que trascienden en tiempo	Cuantitativo	Discreta intervalo	Escala de Hamilton	
					1. Ansiedad leve	>17 puntos
					2. Ansiedad moderada	18-24 puntos
					3. Ansiedad severa	24-30 puntos
DEPRESIÓN	INDEPENDIENTE	Sentimientos de tristeza, independiente s a estados de ánimo	Cuantitativo	Discreta intervalo	ESCALA DE TAMIZAJE PHQ-2	1. Puntos <3 sin síntomas de depresión 2. >3 puntos muestran síntomas de depresión
CALIDAD DE VIDA	INDEPENDIENTE	Relación de bienestar entre factores objetivos y subjetivos	Cuantitativo	Categoríca Ordinal	Escala WHOQOL-BREF	61-70% 71-80% 81-90% 91-100%

Población y muestra:

La población se encuentra constituida por los usuarios de un Establecimiento de Sanidad Militar de Cundinamarca, que se encuentran en la ruta cardiovascular, del programa MATIS y la muestra será tomada del universo de pacientes que se encuentren allí vinculados que son un total de 153.

De esta población se calculará la muestra por prevalencia, tomando como referencia (Zurique 2019). El valor arrojado para cálculo de muestra con una prevalencia del 22% de acuerdo con los reportes del Ministerio de la Protección Social 2017, con un error del 5%, un poder del 95% se propone una muestra de 97 pacientes. Sin embargo, con el universo de pacientes que se tienen dentro de la ruta y que cumplan con los criterios del estudio, se ha decidido tomar una muestra por conveniencia de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión para abordar las variables de estudio, que son 16 pacientes.

Los criterios de inclusión serán los siguientes:

- ✓ Personal adscrito al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares
- ✓ Personal cuyo lugar de atención sea el Establecimiento de Sanidad Militar de Cundinamarca.
- ✓ Personal con diagnóstico de Hipertensión Arterial
- ✓ Personal que sea parte de la ruta de atención cardiovascular del Programa MATIS.

Los criterios de exclusión serán los siguientes:

- ✓ Individuos que presenten comorbilidades asociadas a la Hipertensión arterial
- ✓ Individuos menores de 20 años y mayores de 40 años.
- ✓ Individuos que no hayan acudido a control en los últimos 6 meses.
- ✓ Individuos que no respondan en el momento de aplicación de los instrumentos del estudio.

Metodología de Segundo Nivel

Selección de métodos o instrumentos para recolección de información

Para la recolección de los datos, se tomarán para variables sociodemográficas, la base de datos de la ruta cardiovascular del Establecimiento de Sanidad, cuyos valores serán filtrados tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

33

Para la variable de disfunción familiar se tomará como instrumento de medición la Escala de Apgar, validada en Colombia (Forero 2006).

Para la variable depresión se tomará como instrumento de tamizaje la Escala PHQ-2, validada en Colombia (Castro 2012).

Para la variable calidad de vida, se utilizará la escala WHOQOL-BREF, validada en Colombia (Cardona-Arias 2014).

Serán enmascarados los datos de los pacientes para el análisis de las variables y así reducir los sesgos.

Análisis de Variables:

Luego de la recolección de los datos de las diferentes variables, se procederá a establecer las frecuencias de los datos, para determinar de acuerdo con los resultados que tipo de pruebas de correlación son las más adecuadas para las diferentes variables del estudio.

34

Para la variable Hipertensión arterial fue categorizada para su análisis adecuado, al verificar la base de datos aportada desde la ruta cardiovascular se aprecia que los 16 individuos que fueron objeto del estudio se encuentran en un mismo rango de hipertensión, todos en rango 3 que corresponde a Hipertensión nivel I, eso quiere decir, que, al correlacionar esta variable con las variables independientes, no se va a reflejar cambios estadísticamente significativos. El comportamiento de la frecuencia de la variable es el siguiente:

Ilustración 1

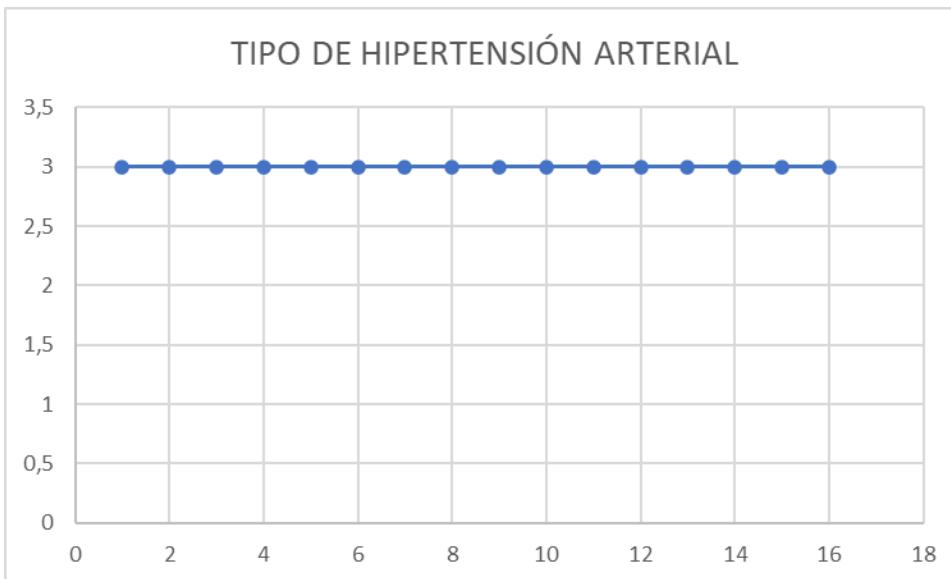


Ilustración 2

Tabla 3

Tabla Variable Hipertensión arterial

USUARIO	TIPO DE HTA
1	3
2	3
3	3
4	3
5	3
6	3
7	3
8	3
9	3
10	3
11	3
12	3
13	3
14	3
15	3
16	3

En segundo lugar, para la variable edad se analizaron los rangos de edades de los pacientes para saber en qué rango se encontraba la mayoría de la población. Se reportó un mayor número de pacientes en los rangos de 31-35 años y el de 36 -40 años, los dos grupos en la misma proporción con siete individuos en cada uno de los rangos.

La distribución de los rangos de edades se presenta a continuación, y es correspondiente a lo reportado en la literatura (MinSalud 2017), en la proporción que aumenta el diagnóstico a medida que avanza la edad de los pacientes.

Tabla 4

Tabla variable edad

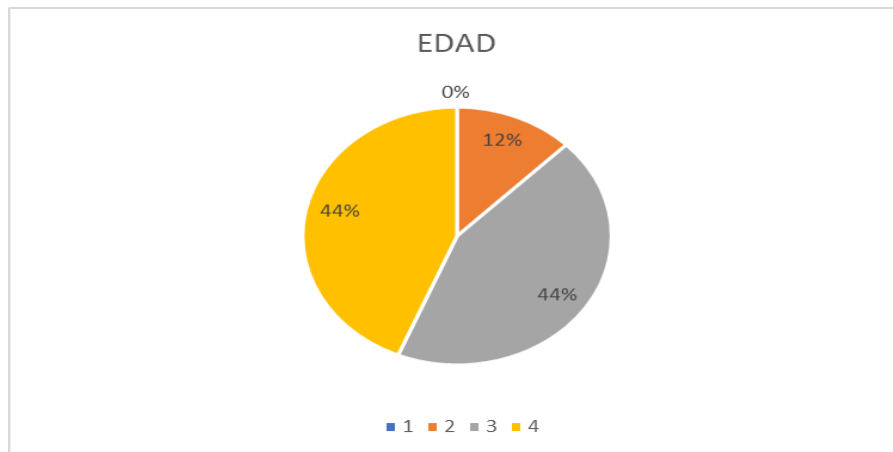
USUARIO	EDAD	PORCENTAJE
1	0	0%
2	2	12,50%
3	7	43,75%
4	7	43,75%

TOTAL

16

100%

Ilustración 2



En la variable sexo se realizó un análisis basado en su importancia respecto a la evolución de la patología, tomando como referente la diferencia epidemiológica que corresponde a un mayor porcentaje en hombres respecto a las mujeres en una relación de 29% en hombre y 28% en mujeres (Zurique M. et. Al. 2019).

Sin embargo, en este estudio la diferencia por sexo fue muy marcada, teniendo en cuenta que la proporción de hombres correspondió al 93.75% mientras que las mujeres tan solo el 6.25%.

Tabla 5

<i>Tabla variable por sexo</i>		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	15	93,75%

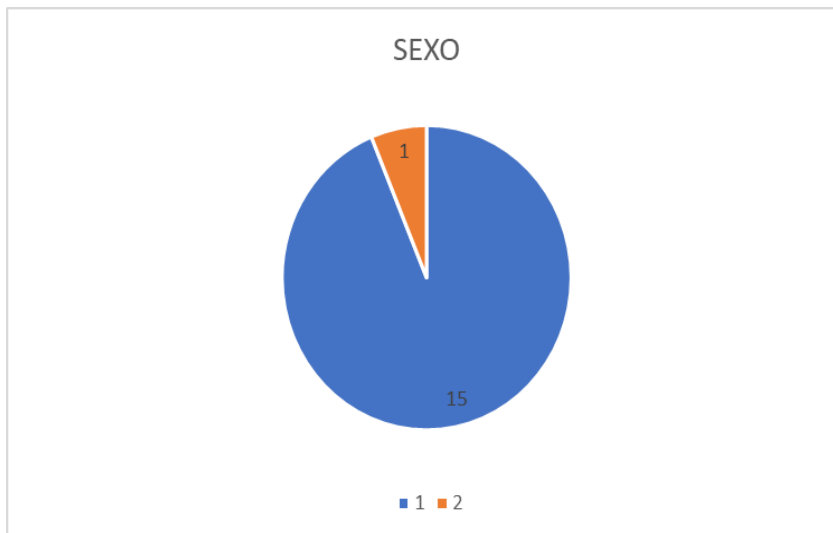
2

1

6,25%

37

Ilustración 3



Al realizar la observación del tipo de usuario vinculado al estudio, se pretendía que mostrara un valor por su correlación con las variables independientes, inicialmente se realizó el cálculo de su frecuencia (Peña M., et. Al. 2011).

El comportamiento de esta variable evidencia un número mayor de activos con un 87.5%, seguido por dos valores iguales entre pensionados y beneficiario de activo con un 6.25%.

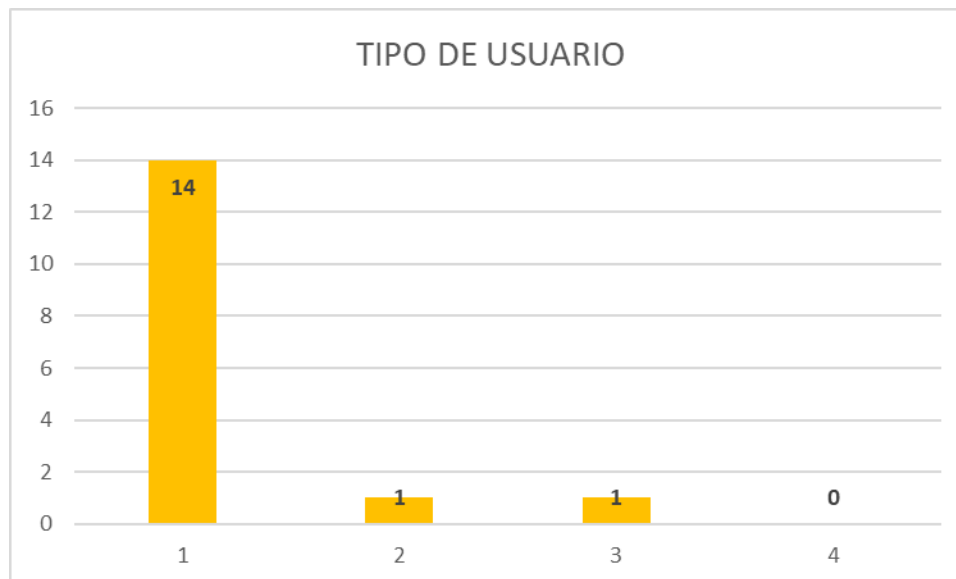
También puede evidenciarse una diferencia significativa en los datos correspondientes entre activos y pensionados y beneficiarios y podría inferirse que el tipo de condición laboral podría tener injerencia en el riesgo de presentar hipertensión arterial.

Tabla Variable Tipo de Usuario

TIPO DE USUARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	14	87,5
2	1	6,25
3	1	6,25
4	0	0
TOTAL	16	100%

Tabla 6

Ilustración 4



En el análisis de la variable disfunción familiar como variable independiente se categorizó de acuerdo con los valores de la puntuación que arrojó el instrumento.

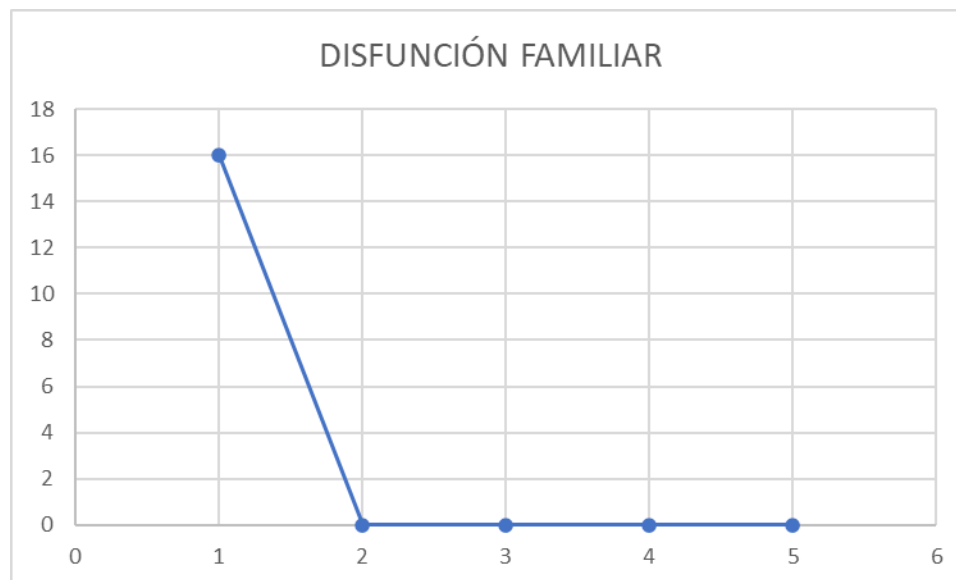
El comportamiento fue similar para todos los participantes del estudio, ya que ninguno arrojó un resultado positivo que sugiriese disfunción familiar leve, moderada o severa. (González A. et. Al 2004). Por lo anterior, esta variable no pudo ser incluida para la estadística inferencial.

Tabla 7

Tabla Variable Disfunción familiar

DISFUNCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	16	100%
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0

Ilustración 5



Respecto a la variable ansiedad ha sido analizada tomando como instrumento la escala de Hamilton, los rangos se categorizaron y se les asignó un valor numérico. Los valores fueron catalogados como ansiedad leve 1, ansiedad moderada 2, ansiedad severa 3.

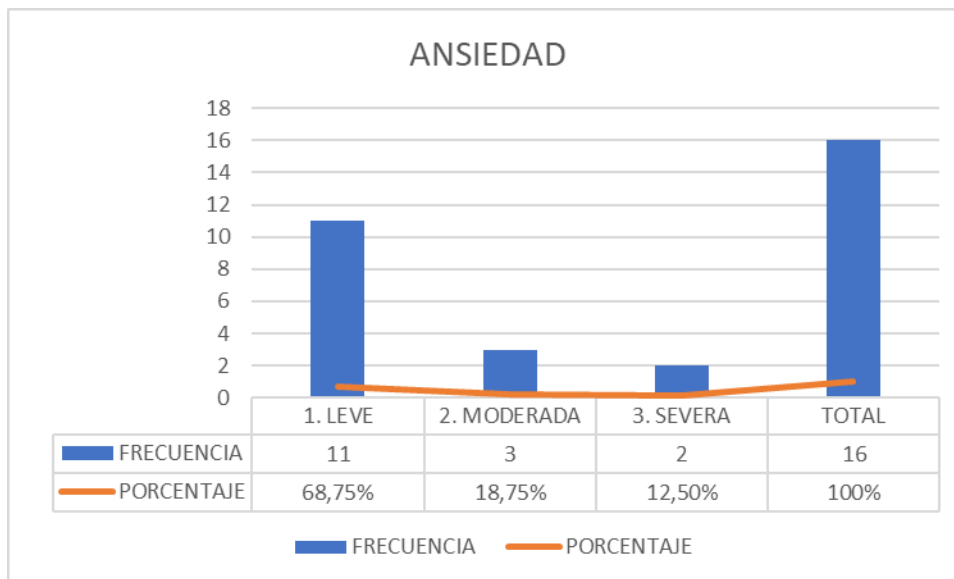
Los datos mostraron la mayor parte de los datos en la categoría de ansiedad leve con una frecuencia de 68.75%, la ansiedad moderada mostró un porcentaje de 18.75%, y en último lugar de ansiedad moderada 12.50%. (Holts F., Quirós D.2010).

Tabla 8

Tabla Variable Ansiedad

ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. LEVE	11	68,75%
2. MODERADA	3	18,75%
3. SEVERA	2	12,50%
TOTAL	16	100%

Ilustración 6



Otra de las variables analizada corresponde a la variable depresión, esta variable fue analizada con los resultados emitidos al aplicar el instrumento PHQ-2 , se categorizó la variable para operacionalizarla con valores de 1 para los puntajes que no presentaran síntomas y 2 para los puntajes que presentaran síntomas depresivos.

Es importante el análisis de esta variable independiente ya que puede ser analizada estadísticamente junto con las otras variables y ver si puede haber una constante que afecte al paciente y que denote un valor estadístico que muestre un efecto sobre la variable dependiente.

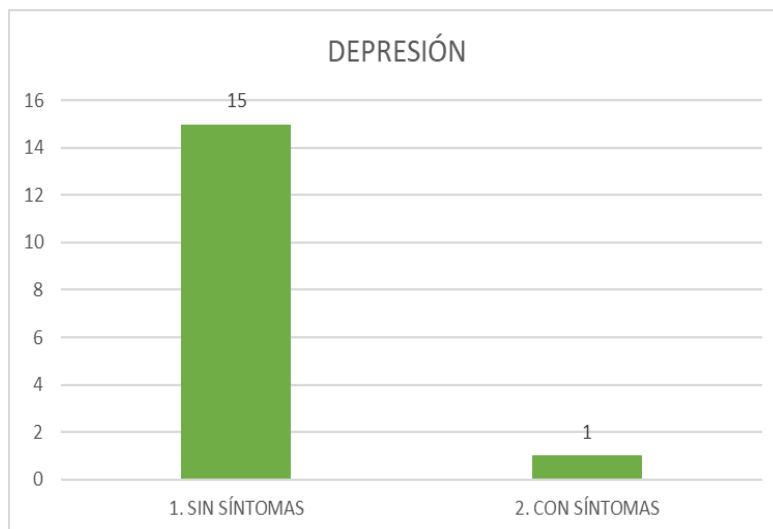
Para este estudio se evidenció la tendencia a que el 93.75% de la muestra no mostrara ningún síntoma depresivo y tan solo un 6.25% si, debido a frecuencia, solo un paciente mostró síntomas depresivos. (Dois A., Cazenave A.2009)

Tabla 9

Tabla Variable Depresión

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. SIN SÍNTOMAS	15	93,75%
2. CON SÍNTOMAS	1	6,25%
TOTAL	16	100%

Ilustración 7



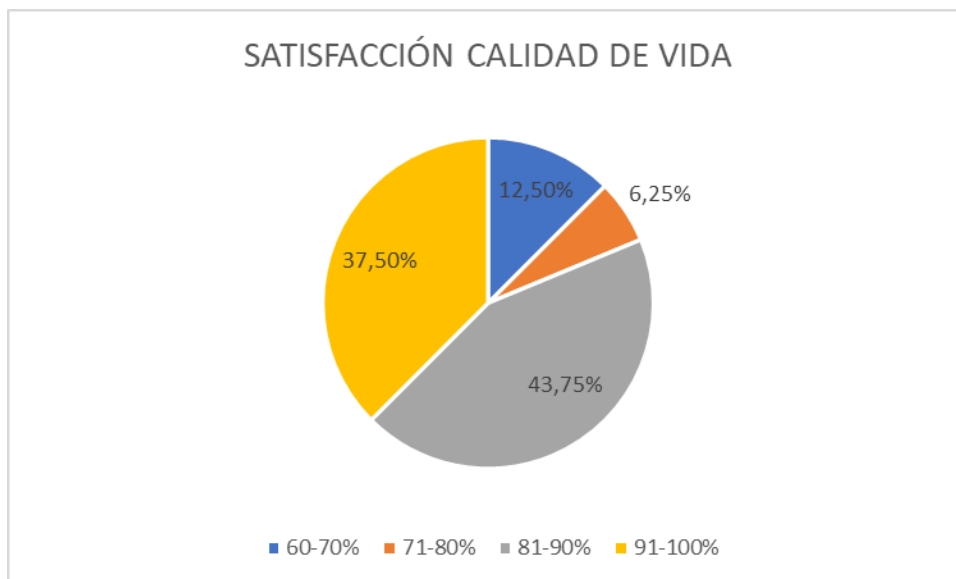
Por último, el nivel de calidad de vida tuvo un análisis en el que tuvo que agregarse puntos de corte, para los porcentajes de niveles de satisfacción.

El Rango 1 desde 61-70%, el Rango 2 de 71-80%, el Rango 3 de 81-90%, el Rango 4 de 91-100%, el comportamiento de los datos mostró un mayor porcentaje en el Rango 3 de satisfacción con 43.75%, seguido del Rango 4 con 37.50%, luego el Rango 1 con 12.50% y por último el Rango 2 con 6.25%.

Tabla 10

RANGOS DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE	FRECUENCIA
60-70%	12,50%	2
71-80%	6,25%	1
81-90%	43,75%	7
91-100%	37,50%	6

Ilustración 8



Conclusiones y Discusión

Dentro de los aspectos más relevantes que mostró el estudio, es que con la prevalencia de la Hipertensión Arterial debe tenerse un número de muestra superior que exprese la diversidad de situaciones de los individuos, en especial, para el caso particular los factores sociales y psicosociales asociados a la entidad, ya que con el número reducido de pacientes no puedo verse expresada una diferencia significativa, tal es el caso, de los tipos de hipertensión arterial en el que todos los individuos que participaron en el estudio tuvieron el mismo nivel, lo que impidió realizar estadística inferencial con esa variable que correspondía a la variable dependiente y era de vital importancia para el valor de p del estudio. (García J., Reding A. 2013),

43

Pudo observarse que la variable de sexo se ajustó a lo reportado en la literatura mostrando una tendencia a que los hombres tengan un mayor grado de prevalencia de la patología que las mujeres, sin embargo, por el tamaño de la muestra se amplió la diferencia entre los dos grupos.

Para la variable edad, se apreció que a medida que avanza la edad, la prevalencia aumenta, mostrando una relación estadísticamente significativa entre la patología y la edad. (Marín R., 2015).

Respecto al tipo de usuario, se evidenció una relación entre esta variable con ansiedad y depresión mostrando que, en el usuario retirado, la escala de ansiedad arrojó escala severa, de igual forma en la escala de depresión mostró síntomas de depresión, y con respecto a calidad de vida estuvo en un rango de 70%.

Se hace necesario plantear un estudio en el que se haga seguimiento a la población por lo menos durante un año, con intervalos de cuatro meses, para aplicar los instrumentos y evidenciar si en el tiempo las variables muestran algún tipo de cambios en los valores arrojados, que puedan establecer una correlación entre los factores psicológicos y psicosociales con los pacientes que padecen hipertensión primaria.

APÉNDICE 2

Declaración Conflicto de interés Conflicto de intereses

Los autores del presente trabajo declaran no tener conflictos de intereses financieros ni personales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de esta investigación.

APÉNDICE 3

Consideraciones éticas:

De conformidad con la Resolución 8430 de 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

47

Se declara que el presente trabajo de investigación se encuentra dentro del grupo de investigación sin riesgo, teniendo en cuenta los preceptos establecidos dentro de ese grupo, tales como:

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Para el caso del presente estudio, se tomaron historias clínicas de los pacientes que formaron parte de la muestra, de igual manera los instrumentos de recolección de la información fueron cuestionarios validados en Colombia, en los que no se evidencian aspectos sensitivos para su aplicación a la población.

Teniendo en cuenta que la recolección de los datos se llevó a cabo en forma telefónica, se expresó a la persona objeto de evaluación, su consentimiento para responder a las preguntas de los instrumentos y se dejó registro de voz del consentimiento para llevar a cabo el uso de los datos, guardando el principio de la confidencialidad de los datos.

Lista de Referencia

Bastidas-Bilbao, Hamer. (2014). *Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica*. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 191-218.

Recuperado en 19 de marzo de 2020, de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001&lng=es&tlng=es.

48

Byrd, J. B., & Brook, R. D. (2014), *September 14*). *Anxiety in the “Age of Hypertension.” Current Hypertension Reports. Current Medicine Group LLC 1.*

<https://doi.org/10.1007/s11906-014-0486-0>

Cárdenas Jiménez, M. M., López Bravo, O. E., Silva Ortiz, F. D., & Monar Solórzano, M. M. (2019). *Factores de riesgo que inciden en la hipertensión arterial en los habitantes de la ciudadela la pradera de la ciudad de milagro 2017-2018*. *Espiraes Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 3(24), 149. <https://doi.org/10.31876/er.v3i24.648>

Cardona – Arias J., Hernández- Petro A., León-Mira V.(2014), *Validity, reliability and internal consistency of three health related quality of life measurement tools in patient with*

fibromyalgia in Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*, Vol. 21. Núm. 2.

páginas 57-64 (Junio 2014)

Castro L., Escobar J., Sáenz. Moncaleano C., Delgado L., Aparicio S., Molano J., Noguera E.,

Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)

en cuatro servicios de atención, Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 41 / No. 1 / 2012

49

Cogollo Z., Gómez E., De Arco O., Rúiz I., Campo-Arias A. (2009). *Asociación entre*

disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de

Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., 38, (4), 2009, 637-644

Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015, August 5). *State of the art review:*

Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. American Journal of Hypertension.

Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>

Cortés-Muñoz, C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Garzón-Duque, M. O. (2016).

Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor.

Antioquia, Colombia, 2012 Demographic, social, physical and mental factors associated with functional capacity in the elderly. Rev Salud Pública, 18(2), 167–178.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v18n2.49237>

Dauelsberg-Tannenbaum, E., & Cornejo-Leighton, P. (2017). *Perfil psicológico en sujetos con*

hipertensión arterial esencial. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 55(3), 151–159.

<https://doi.org/10.4067/s0717-92272017000300151>

Davydov, D. M., & Shapiro, D. (2015). *Hypertension: Psychosocial Aspects*. In International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition (pp. 453–457). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14104-2>

Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J. C., ... Jaime Miranda, J. (2014). *Integration of mental health and chronic non-communicable diseases in peru: Challenges and opportunities for primary care settings*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(1), 131–136.

Dois A., Cazenova A. (2009 -04) *Frequency of depression among hypertensive subjects in a primary care clinic* . *Rev. méd. Chile* v.137 n.4 Santiago.

Egede, L. E., & Ellis, C. (2010, March). *Diabetes and depression: Global perspectives*. *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.01.024>

Espinosa, R., García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2012, April). *Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial*. *Hipertensión y Riesgo Vascular*.
<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2011.12.002>

Flórez-García, V., Rojas-Bernal, L. Á., & Bareño-Silva, J. (2018). *Depresión y trastornos del sueño relacionados con hipertensión arterial: un estudio transversal en Medellín, Colombia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.05.004>

Forero L., Avendaño M., Duarte Z., Campo- Arias A. (2006). *Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 1 / 2006 23-29.

51

García J. Reding A., López A., (2013). *Sample size calculation in medical education research* . Investigación en Educación Médica Volume 2, Issue 8, Pages 217-224. México.

García Milián, Ana Julia, Alonso Carbonell, Liuba, López Puig, Pedro, Yera Alós, Isis, Ruiz Salvador, Ana Karelia, & Blanco Hernández, Neylim. (2009). Reacciones adversas a medicamentos como causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral, 25(1) Recuperado en 18 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100005&lng=es&tlng=es.

González A. , González N., Vázquez Y., González L., Gómez R. (2004), *Importance Of Family Participation In The Control Of Arterial Hypertension*. Medicentro 8 (2). Santa Clara.

Hernández Sampieri Roberto (2014). Metodología de Investigación. Ed. Mc Graw Hill. Capítulo 2, 7, parte 4.

Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I., & Selan, V. (2014). The Relationship between the Therapeutic Adherence and Quality of Life in Hypertension. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 6(2). <https://doi.org/10.5872/psiencia/6.2.22>

Holst F., Quirós D., (2010), *Stress, Anger, and Anxiety Management through REBT in Patients with Arterial Hypertension*. Revista Costarricense de Psicología, Vol. 29, n.o 43, 35-46. Costa Rica.

52

Inker AL, Okparavero A, Tighiouart H, Aspelund P, Andresdottir MB, Eriksdottir G et al. (2015). *Midlife blood pressure and late-life GFR and albuminuria: An elderly general population cohort*. Am J Kidney Dis; 66: 240-8.

Jaén Águila, F., Mediavilla García, J. D., Navarrete Navarrete, N., Ramos Cortés, J. L., Fernández Torres, C., & Jiménez Alonso, J. (2014). *Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente*. Hipertension y Riesgo Vascular, 31(1), 7–13.

<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2013.08.001>

Jiménez Rivas Sara (2014). *Psychosocial factors and health: from work life to risk factor*. Rev Esp Comun Salud. 2014;5(2): 134-148

Kaplan, M. S., & Nunes, A. (2003). The psychosocial determinants of hypertension. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0939-4753\(03\)80168-0](https://doi.org/10.1016/S0939-4753(03)80168-0)

Lemos, M.A., Agudelo Vélez, D.M (2015) *Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares*. CES Psicología, 8(1), 192–206.

<https://doi.org/10.21615/3333>

Liu, M. Y., Li, N., Li, W. A., & Khan, H. (2017). *Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis*. *Neurological Research*, 39(6), 573–580.

<https://doi.org/10.1080/01616412.2017.1317904>

53

Martín Alfonso, C. L. de los Á., Grau Ábalo, C. J. A., & Espinosa Brito, C. A. D. (2014). *Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 225–238.

MinSalud (2017). *Día Mundial De La Hipertensión Arterial Colombia Ficha Técnica*. Bogotá

Molerio O, García G. *Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial*. *Revista de Psicología Universidad de Chile* 2004; 17: 101-9

Moya, L., Moreno, J., Lombo, M., Guerrero, C., Aristizábal, D., Vera, A., ... Porrás-Ramírez, A. (2018). *Consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia*. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 4–26. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.09.002>

Núñez R, Tobón S., Arias D., Serna Y., Rodríguez M., Muñoz A. (2010) *Calidad de vida, salud y factores psicológicos en poblaciones no clínicas de dos municipios colombianos*. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 15, No.2, julio - diciembre 2010, págs. 125 - 142

Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. contribución de enfermería*. Ciencia y Enfermería, 15(1), 25–31. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532009000100004>

Rodríguez San Pedro, Lisandra, Alfonso Hernández, Celia, Valladares González, Anais, Pomares Alfonso, José y López Angulo, Laura. (2018) *Estrés y emociones negativas en adultos de mediana edad con hipertensión esencial*. Revista Finlay, 8 (1), 36-45. Recuperado el 18 de marzo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100005&lng=en&tlng=en

Peña M., Rodríguez L., De la Noval R, Dueñas. A., Román J y Diaz M (2011). *Working tension and arterial pressure*. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Volumen 17, Número 4, La Habana.

Rosenthal, T., & Alter, A. (2012, January). Occupational stress and hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2011.09.002>

Sánchez-Cruz, J. F., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S. G., & Yáñez-González, R. M. (2016). *Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*. Atención Familiar, 23(2), 43–47. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.03.003>

Sandoval, D., Chacón, J., Muñoz, R., Henríquez, Ó., Koch, E., & Romero, T. (2014). *Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.*

Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1245–1252. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000003>

55

Selltiz, C. Jahoda, M. Deutsch, M. et al: (1965) *Métodos de investigación en las relaciones sociales, del Cap. 2: Selección y formulación de un problema de investigación.* Ediciones Rialp, S.A., Madrid

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.* *Rev. Mal-Estar Subj*, 11–60. <https://doi.org/10.5020/23590777.3.1.10>

Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008). *The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension.* *Journal of Behavioral Medicine*, 31(6), 489–497. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9173-4>

Villalobos, F., Vinuesa, A., Pedret, R., Reche, A., Domínguez, E., & Arija, V. (2019). *Effect of a Physical activity program on self-esteem in subjects with chronic diseases.* ‘Pas a Pas’ community interview.

Wallace, K., Zhao, X., Misra, R., & Sambamoorthi, U. (2018). *The humanistic and economic burden associated with anxiety and depression among adults with comorbid diabetes and hypertension. Journal of Diabetes Research, 2018*. <https://doi.org/10.1155/2018/4842520>

56

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary. *Journal of the American Society of Hypertension, 12*(8), 579.e1-579.e73. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2018.06.010>.

Zurique M., Zurique C., Camacho P., Sánchez M., Hernández S. (2019), *Prevalence of arterial hypertension in Colombia Systematic review and meta-analysis Acta Médica Colombiana Vol. 44 N°4 ~ Octubre-Diciembre 2019 DOI:*<https://doi.org/10.36104/amc.2019.1293>