



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES
AUTONOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE
(URACCAN)

Monografía

Ansiedad y Depresión como Factores Psicológicos en Pacientes con Hipertensión Arterial en Edades de 30 a 65 Años que Asisten al Puesto de Salud de la Comunidad de Santa Marta, Llano Norte, Enero a Octubre 2008.

Para optar al título de Licenciatura en Enfermería con
Mención en Salud Mental

AUTORES: Bra. Miriam Quintero Burque.

Br. Rodolfo Simons Howard

Tutora: Msp Emely Halze Hodgson
Nutricionista

Bilwi, Diciembre 2008



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE (URACCAN)

Monografía

**Ansiedad y Depresión como Factores Psicológicos en
Pacientes con Hipertensión Arterial en Edades de 30 a
65 Años que Asisten al Puesto de Salud de la
Comunidad de Santa Marta, Llano Norte, Enero a
Octubre 2008.**

**Para optar al título de Licenciatura en Enfermería con
Mención en Salud Mental**

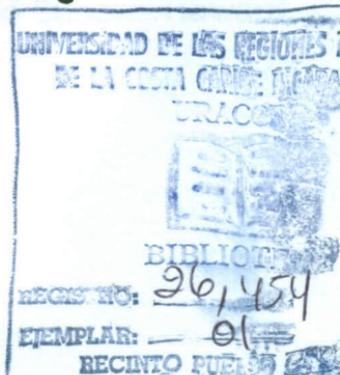
AUTORES: Bra. Miriam Quintero Burque.

Br. Rodolfo Simons Howard.

**Tutora: MSp Emely Halze Hodgson
Nutricionista**

Bilwi, Diciembre 2008

Registro: 347



A Dios todo poderoso, por su amor y su bendición sin la cual no hubiera podido Llevar a cabo este estudio.

A mi esposa Sayonara Rocha quien con su esfuerzo siempre estuvo a mi lado apoyándome.

A mis hijos: Linda simons, Lisa Lizeth simons, Larry simons me motivaron en esta carrera universitaria.

A mis queridos padres por brindarme su apoyo incondicional.

A todos ellos dedico mi monografía con amor y cariño

Br: Rodolfo Simons Howard.

Primeramente a Dios todo poderoso por darme su bendición, salud, sabiduría y fuerza para poder alcanzar la meta que tanto esperaba.

En especial a mi esposo Dr. Rigoberto Pérez quien siempre estuvo a mi lado con todo su cariño apoyándome en momentos difíciles.

A mis hijos por su paciencia y apoyo en todo momento.

A mis queridos padres y hermano quienes siempre estuvieron apoyándome.

A mis profesores(as) por transmitirme sus conocimientos y experiencia.

A todos ellos, dedico mi monografía con amor y cariño.

Bra. Miriam Quintero Burque

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro profundo sentimiento a Dios todopoderoso por darnos la salud, fuerza, energía para seguir adelante la meta trazada.

También el valioso apoyo incondicional de nuestra tutora por darnos su tiempo y brindarlos sus conocimientos que nos transmitió a través de sus consejos.

Al consejo de dirección y responsables inmediatos del C/S Policlínico E.H.W. por darnos la oportunidad para seguir superando para el bienestar de la población.

A la Dirección, Docentes, Bibliotecarias y Administración de la URACCAN que nos proporcionaron, conocimiento, científicos, y prácticos para culminar esta importante etapa de nuestra vida.

A todos los pacientes, familiares y a los diferentes miembros de la comunidad de Santa Marta que nos apoyaron proporcionando información para llevar acabo esta información.

A todos ustedes gracias y nuestros mas sinceros saludos.

Bra: Rodolfo Simons Howard
Bra. Miriam Quintero Burque

CARTA DE LA TUTORA

En mi calidad de tutora del trabajo monográfico: **Ansiedad y depresión como factores psicológicos en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Santa Martha**; cuyo autores son Miriam Quintero y Rodolfo Simons, considero que tanto el proceso metodológico, ejecución y elaboración del informe final, requirieron de un gran esfuerzo de las autores.

Se puede apreciar hallazgos interesantes sobre la relación que tiene la ansiedad y depresión como factores psicológicos en los pacientes hipertensos.

Por lo tanto, considero que este trabajo de investigación cumple con todos los requisitos para ser presentado como trabajo Monográfico para optar al título de Licenciatura en Enfermería con Mención en Salud Mental.

MSP. Emely Halze Hodgson.
Nutricionista

VII RECOMENDACIONES

CONTENIDO.....	PAG
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
2.1 General	
2.2 Específicos	
III. MARCO TEORICO.....	4
3.1 Concepto de hipertensión	
3.2 Factores de riesgo de la hipertensión	
3.3 Ansiedad	
3.4 Ansiedad e hipertensión	
3.5 Depresión	
3.6 Depresión e Hipertensión	
IV. METODOLOGIA.....	14
4.1 Área de estudio	
4.2 Tipo de estudio	
4.3 Duración del estudio	
4.4 Universo	
4.5 Muestra	
4.6 Técnica de recolección	
4.7 Plan de tabulación y análisis	
4.8 Variable de investigación	
V. RESULTADO Y DISCUSIO.....	17
5.1 Característica socio-Demográfico	
5.2 Niveles de Ansiedad y Depresión	
5.3 Manifestaciones de la Ansiedad y Depresión	
VI. CONCLUSIONES.....	26

VII. RECOMENDACIONES.....	27
---------------------------	----

VIII. LISTA DE REFERENCIA.....	28
--------------------------------	----

IX. ANEXOS.....	31
-----------------	----

9.1 Cuadro estadístico	
9.2 Operación de variable	
9.3 Grafico sobre el comportamiento de la hipertensión	
9.4 Instrumento de recolección	
9.5 Foto del puesto de salud de santa Marta	
9.6 Mapa geográfico de Santa Marta	

1. Caracterización de las condiciones socioeconómicas del barrio.

2. Definición de las variables de ansiedad y depresión en el estudio.

manifestaciones de ansiedad y depresión en los pacientes hipertensos.

Es un estudio descriptivo de corte transversal que se realizó en el Puesto de Salud "Que Pasa" donde se atiende a los pacientes que viven en el barrio de Santa Marta. El estudio se relaciona con los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión para esta investigación. La muestra es representativa de los pacientes que viven en el barrio (40 pacientes) para la recolección de la información en el estudio de métodos teóricos, análisis inductivo y deductivo.

RESUMEN

El presente trabajo "**Ansiedad y Depresión como Factores Psicológicos en Pacientes con Hipertensión Arterial en Edades de 30 a 65 Años que Asisten al Puesto de Salud de la Comunidad de Santa Marta, Llano Norte, Enero a Octubre 2008.**" Tiene como objetivo general Describir la ansiedad y depresión como factores psicológicos en pacientes con hipertensión arterial en edades de 30 a 65 años que asisten al puesto de salud de la comunidad de Santa Martha, Llano Norte, para lo cual se derivaron los siguientes objetivos específicos:

1. Caracterizar las condiciones sociodemográfica de la población de estudio.
2. Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes en estudio.
3. Describir las manifestaciones de ansiedad y depresión en los pacientes hipertenso objeto de investigación.

Es un estudio descriptivo, de corte transversal con enfoque cualicuantitativo, donde se plantea como hipótesis del trabajo "**Que Factores influyen en la Hipertensión en los pacientes que asisten al Puesto de Salud, esta relacionado con la variables psicológicas especialmente Ansiedad y Depresión**" para esta investigación se entrevisto al 90% de la muestra representativa manejable para trabajar, que representa a (40 pacientes hipertenso), para la recopilación de la información se hizo uso de métodos teóricos, análisis inducción y deducción.

Métodos empíricos: encuestas, pacientes hipertensos controlado y no controlado.

Entre los principales hallazgos de este estudio figuran: que la mayoría de los pacientes hipertensos presentaron nivel de ansiedad y depresión, siendo estas variables psicológicas más agudas en los pacientes con hipertensión no controlada.

Es un proceso fisiológico predominantemente a ser de disfunciones intrínsecamente fisiológicas que con uno de los factores de riesgo de desarrollo de la enfermedad presenta cifras elevadas de presión arterial.

Es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, no es visible sino denominada "silenciosa" ya que a veces percibimos de su existencia cuando es demasiado tarde.

La psicología de la salud contribuyó con estudios preliminares a explicar la relación de enfermedades cardiovasculares y diversos factores psicológicos específicos tales como la ansiedad y depresión que hacen a los individuos más vulnerables a desarrollar problemas cardiovasculares y contribuyen a agravar la enfermedad en quienes ya la padecen.

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye uno de los grandes retos de la modernidad en diferentes aspectos.

Es un proceso que afecta eminentemente a las sociedades desarrolladas y es extraordinariamente prevalente, por lo que casi uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial

Es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo, no en vano ha sido denominada asesina silenciosa, ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando es demasiado tarde.

La psicología de la salud ha contribuido con estudios que pretenden explicar la relación de las enfermedades cardiovasculares con diversos factores psicológicos, específicos tales como: la ansiedad y depresión que hacen a los individuos más vulnerables a desarrollar problemas cardiovasculares y/o contribuyen a agudizar la enfermedad en quienes ya la padecen.

Según estudios refieren que los trastornos de la ansiedad se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades orgánicas en las que se destacan la hipertensión.

Datos de la organización mundial de la salud del año 2001 cifra en aproximadamente 450 menciones el número de personas que padecían algún tipo de trastorno.

Los trastorno de ansiedad y depresión son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común. En algún momento de la vida se prevee que acerca del 25% de la población experimenta algún tipo de trastorno de ansiedad; se calcula que el 15% de la población a sufrido en algún momento de su vida trastorno de ansiedad y depresión.

Según datos del Ministerio de Salud en Nicaragua la hipertensión arterial se encuentra las diez primera causas de morbi-mortalidad en las diferentes unidades de salud; Datos brindados de SILAIS, de la Región Autónoma del Atlántico Norte muestra que la hipertensión cada vez va en aumentos; para el 2005, 7812 casos y para el 2006, 9525 casos y para el 2007, 17135 casos.

Se plantea como trabajo uno de los factores que influyen en la hipertensión en los pacientes que asisten al Puesto de Salud, esta relacionado con las variables Psicológicas especialmente Ansiedad;

Muchos de los pacientes hipertensos no responden de manera satisfactoria al tratamiento lo cual genera un incremento de las consulta médicas, hace más costoso el tratamiento farmacológico y afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes, siendo por tanto un impacto muy elevado a nivel personal, social y económico.

Además de constituir un problema de salud pública la hipertensión conlleva una gran carga económica para el sistema de salud, dado a los altos costos que implica sus abordaje debido a su carácter crónico y la dificultad para su control.

Últimamente se ha ido reconociendo el papel importante de los factores psicológicos entre los que se destacan la ansiedad y la depresión en estas patologías, de ahí la importancia de abordar el problema de la hipertensión no solo

haciendo énfasis en los tratamientos terapéuticos si no también tomar en cuenta las variables psicológicas.

Esta investigación tendrá como propósito brindar información o respuesta que amplíen la comprensión sobre la atención a los pacientes hipertensos y de esta manera contribuir a controlar y/o disminuir este mal que tanto afecta a la población.

Este estudio en primer lugar beneficiará a los pacientes hipertensos, porque contribuirá a que les brinde una atención integral a sus enfermos mejorando de esta manera su calidad de vida.

Al personal de salud para que valoren la importancia de las variables psicológicas en la atención a los pacientes hipertensos. Y finalmente a la Universidad URACCAN valoren la importancia de investigaciones con este tipo de enfoque y continúe promoviendo estos tipos de trabajo investigativos

II. OBJETIVOS

GENERAL:

Describir la Ansiedad y Depresión como Factores Psicológicos en Pacientes con Hipertensión Arterial en Edades de 30 a 65 Años que Asisten al Puesto de Salud de la Comunidad de Santa Martha, Llano Norte, Enero- Octubre 2008

ESPECIFICOS:

1. Caracterizar las condiciones sociodemográfica de la población de estudio.
2. Determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes en estudio.
3. Describir las manifestaciones de ansiedad y depresión en los pacientes hipertenso objeto de investigación.

III. MARCO TEÓRICO

La hipertensión:

GRECA, A. (2000 -2004) Define como los valores persistentes de presión sanguínea sistólica mayor de 140mmHg y diastólica que rebasa los 90mmHg.

En los anciano la hipertensión se define como equivalente a valores de 160/90 mmHg. Es una causa importante de insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, una vez que surge el paciente debe someterse a mediciones frecuente de la presión sanguínea ya que la hipertensión es un trastorno que dura toda la vida.

En el resto de los pacientes se conoce causa específicamente como estrecha - miento de vasos renales o enfermedades del parénquima renal ciertos fármacos defunciones de órganos tumores y embarazos.

El riesgo de morbilidad y mortalidad prematura acompañada a la hipertensión situación que aumenta conforme lo hace la presión sistólica y diastolica.

Normas del programa de atención a paciente con enfermedades crónica no transmisible del Ministerio de salud de Nicaragua (2006). La Hipertensión Arterial no es sólo una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad, que afectan al individuo y a grandes poblaciones, y como tal es uno de los más importantes factores pronósticos de la esperanza de vida.

Por este motivo su control es un punto de partida para la disminución de la morbilidad y mortalidad por diferentes afecciones tales como las Enfermedades Cerebrovasculares, la Cardiopatía Isquémica y la Insuficiencia Cardíaca entre otras.

Factores de riesgo de hipertensión:

Santiesteban Villalón N. (2002). Refiere que la hipertensión se relaciona con múltiples factores de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos; la prevalencia se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales en su relación con los

hábitos tóxicos, la hipertensión arterial es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo de la población.

Debiéndose señalar que las mujeres amas de casa llevan sobre sí de forma general todo el peso de la atención, el cuidado de los niños, las labores domésticas ,(entre otras por lo cuál están más sometidas al stress), realizan menos ejercicios físicos saludables, tienen mayor tendencia al sedentarismo y la obesidad, factores que influyen en una mayor aparición de la hipertensión arterial, además otra de las causas que pudiera determinar una mayor prevalencia de las amas de casa y los trabajadores es el hecho del escaso número de dirigentes y profesionales dentro de la población estudiada.

Las emociones intensas, la obesidad consumo excesos de bebidas alcohólicas, café, tabaco, y fármacos estimulantes pero el origen predominante es hereditario. Afecta mas a mujeres que a varones en especial los de la raza negra tiene menos tolerancia al padecimiento para el desarrollo de

aterosclerosis y, para la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Granda Bernardo A. (1993). Refiere que estudios epidemiológicos han concluido que varios factores de riesgo guardan relación con la hipertensión arterial, dentro de estos se citan la edad, el sexo, color de la piel, la herencia, las dietas ricas en sodio, factores socioculturales, e intentando, por ejemplo, cambiar ciertos hábitos alimenticios y promoviendo una dieta equilibrada.

La prevalencia en la mayoría se invoca que a mayor edad mayor es el riesgo de padecer hipertensión arterial y que la misma por ende aumenta progresivamente con la edad se encuentran entre el 15 y 30%, después de los 50 años casi el 50% de la población esta afectada por ella.

La ansiedad:

Según Schneider RH, Egan BM, Jonson EH, Drobny H y Julius S (1986) Señalan que el término ansiedad, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción.

La Ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico

caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad ante lo que se vivía como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

El trastorno por ansiedad generalizada se caracteriza por un sentimiento de ansiedad va acompañado de una sensación de tensión interna y dificultades para relajarse. La personas afectada por este trastorno comúnmente se queja de cefalea. Otras quejas es con visión borrosa, sequedad de boca, excesiva sudoración, náuseas, retorcijones abdominal, y palpitaciones.

Estas condiciones ansiosas en vuelta de forma crónica al sujeto lo hacen flotar en un mar de dudas e inseguridad y dificulta su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

La creencia de cualquier situación más o menos contradictoria

(aunque sea irrelevante) le provocara problemas, (son sufridos natos) lo cual no hace más que incrementar sus síntomas somáticos de alerta y entrar en un círculo vicioso.

Problemas/retos - creencias ansiosas - síntomas corporales la ansiedad está relacionada no sólo con los trastornos psicofisiológicos, sino también con otros trastornos físicos, tal es el caso de algunos trastornos del sistema inmune (cáncer, artritis reumatoide, etc.), o en algunas dolencias crónica

El tratamiento del trastorno psicológico es a través de la psicoterapia el resultado de la participación activa del paciente un tratamiento diseñado por un terapeuta entrenado, ejemplo: Licenciatura de Enfermería con Mención en Salud Mental.

Calvo F, Varela JA, Díaz MD, Martínez B. Fernández-Abascal (1998). Definen que la ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se

prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante

Estos mismos autores (1998) plantean que también existen. Otros tipos de trastorno de ansiedad, entre lo que se mencionan:

Trastorno de ansiedad generalizada:

- Preocupación incontrolable e improductividad por sucesos cotidianos
- Sentir una catástrofe inminente aun después de tener éxitos.
- Incapacidad de dejar de preocuparse ciclo de ansiedad: el temor de rendir mal en la escuela o en las relaciones y tener problema de salud aun cuando todo parece estar bien.
- Síntomas físicos de tensión muscular.

Entre los síntomas básicos de la ansiedad figuran

1. Preocupación:

- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2. Motores u observables:

- Hiperactividad.
 - Paralización motora.
 - Movimientos torpes y desorganizados.
 - Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
 - Conductas de evitaciones fisiológicas o corporales.
 - Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
 - Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo,

respiración rápida y superficial,
opresión torácico.

- Síntomas gastrointestinales:
náuseas, vómitos, diarrea,
aerofagia, molestias digestivas.

- Síntomas genitourinarios:
micciones frecuentes, enuresis,
eyaculación precoz, frigidez,
impotencia.

- Síntomas neuromusculares:
tensión muscular, temblor,
hormigueo, dolor de cabeza
tensional, fatiga excesiva.

- Síntomas neurovegetativos:
sequedad de boca, sudoración
excesiva, mareos.

Es importante mencionar que la ansiedad no es propia de un escenario, ya que se puede manifestar en el hogar, eventos sociales, deportivos y en empresas. Resulta importante tomar en cuenta la existencia de una serie de estresores externos que intervienen y pueden complicar la situación, relaciones familiares, problemas legales y problemas económicos.

Hipertensión y Ansiedad:

Schneider RH, Egan BM, Jonson EH, Drobny H y Julius S (1986 ;).Expresan que la ansiedad es un síntoma muy frecuente en la

sociedad actual. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia a menudo tarde en establecerse su relación con una variedad de síntomas somáticos dirigidos a diferentes órganos y aparatos: cefalea tensional, síndrome del colon irritable, dolor torácico atípico, fibromialgia, síndrome premenstrual.

Laureen S, Consoli S, Girerd X, Thomas D, Amouyel P, Leva A, Pouchain D. (2003;) Refieren que los pacientes hipertensos pueden experimentar ansiedad al ser conscientes de su diagnóstico. Muchas personas experimentan reacciones negativas al saberse hipertensas. Unos minutos antes se encontraban perfectamente y se sabían sanos y al comunicarles que sus cifras de presión arterial están elevadas se desmoronan por pasar a engordar las listas de "enfermos crónicos". Se cierra así un círculo vicioso de ansiedad, respuesta hipertensora de estrés, más ansiedad.

La presión arterial aumenta en las personas que experimentan crisis de angustia. La ansiedad sobre la hipertensión provoca más

hipertensión, y la hipertensión sobre la ansiedad provoca más ansiedad.

Una forma de presentarse la ansiedad es como hiperventilación, con manifestaciones diversas: dolor torácico o disconfort torácico mal definido, hormigueo en las manos, mareo, cefalea, todo ello reproducible si uno realiza respiraciones rápidas voluntariamente y que desaparece si se controla la respiración o se respira en una bolsa de papel, permitiendo mantener en un nivel adecuado el carbónico de la sangre.

Menéndez C, Montes A, Núñez C, Fernández MJ, Gamarra T, Buján S. (2002). Plantean que cuando se respira rápido, se elimina más carbónico y el descenso excesivo de sus niveles es el responsable de los síntomas descritos. La crisis de pánico es un cuadro más intenso en el que además la persona tiene miedo de morir, de perder el control y eso le genera más ansiedad. Cuando se reconocen estas situaciones es más fácil controlarlas aplicando técnicas de relajación y de control de la respiración antes de que se desencadene el episodio de ansiedad. (Estrés e hipertensión).

Muchos médicos informan que una persona de cada cuatro vive tensa y preocupada por causa del insomnio la fatiga el exceso o la ausencia de apetito, o la incapacidad para hacer frente a los problemas de la vida, además, se estima que mas del cincuenta por ciento de la gente sufre de alguna forma de alteración emocional, pero que solo una pequeña proporción de tales personas reciben atención psicológica.

Pero lo importante es saber como prevenir la alteración mental o emotiva. Quiere conocer algunos consejos de enfermera o enfermero de salud mental

1. Cultivar el amor conyugal y mantener la unidad familiar
2. Tener un propósito dominante en la vida.
3. Combatir todo sentimiento de infidelidad.
4. Desarrollar amplia confianza en Dios. Si confiamos a dios sabremos pensar, hablar y actuar con equilibrio buena forma para ponerla a prueba.

Persistente tienen los mismos afectos somáticos que una larga exposición al frío o al calor intenso;

modificaciones del pulso, de la tensión arterial.

Schneider RH, Egan BM, Jonson EH, Drobny H y Julius S (1986). Opinan que nuestra salud no depende del estado físico de nuestro organismo; si no de lo que hacemos o dejamos de hacer; si comemos en exceso y dejamos de practicar ejercicio con seguridad, estamos practicando conductas que atentan contra nuestro bienestar físico. Los psicólogos de la salud han desarrollado tratamiento eficaces para ciertos problemas físicos (como la obesidad).

La psicología de la salud intenta mejorar nuestro estilo de vida a través de programas de educación sanitaria y de prevención de enfermedades; también contribuye a la modificación de las conductas poco saludables intentando, por ejemplo, cambiar ciertos hábitos alimenticios y promoviendo una dieta equilibrada.

El alcoholismo, el hábito de fumar, la hiperlipidemia y enfermedades como la cardiopatía isquemia, la enfermedad cerebrovascular, y la diabetes mellitus.

Según Lowenstein S Smith. M y Kaplan GA. (2001) Hacen referencia que la Ansiedad predicen el desarrollo de la hipertensión, incluso hasta los 10 años después; siendo más altos el riesgo en los hombres mayores de 45 años de edad en personas negras de ambos sexos, el posible mecanismo implicado sería el incremento de actividad del sistema nervioso simpático los resultados, indica que entre el hombre de edad media pero no en mujeres.

Por otra parte Menéndez C, Montes A, Núñez C, Fernández MJ, Gamarra T, Buján S. (2002). Expresan que la relevancia de la hipertensión no reside en sus características como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades vasculares que confiere, el cual es controlable con el descenso de aquella. Esta constituye junto a la hipercolesterolemia y el tabaquismo, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis y, para la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Depresión:

Blehar, M, D y Oren, D, A (1997) Definen que la Depresión es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

Tipos de depresión

Los mismo autores (1997) plantean además que al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos:

- **Depresión severa**-La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que

antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida.

- **Distimia**-La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.
- **Trastorno bipolar** - Otro tipo de depresión es llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía la manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y manera de comportarse con relaciones a los otros.

Síntomas de depresión

Depresión posparto - Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. La Academia Americana del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama "baby blues" pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se

intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica.

El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés) menciona que los estudios sugieren que las mujeres que experimentan con depresión mayor después del parto frecuentemente tuvieron anteriormente episodios depresivos aún cuando quizá no hayan sido diagnosticados y tratados.

Síntomas de depresión

Blehar, M, D y Oren, D, A (1997). Expresan que el Instituto Nacional de la Salud Mental dice que no todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

- **Depresión:**

- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

- **Manía:**

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.
- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

Causas de la depresión:

Johannessen L, Strudsholm U, Foldager L, Munk-Jørgensen P (Oct 2006)

Plantean que algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada

generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebrovasculares, los ataques de corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer; en particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de

posparto, la premenopausia y la menopausia.

Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión. Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental; demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

La depresión en los varones:

Vincent_van_Gogh (1890), Señala que la prevalencia global es inferior entre los varones, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Sin embargo, los intentos

de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

La depresión en la vejez:

On the Threshold of Eternity. El pintor holandés Vincent_van_Gogh, aquejado de un grave trastorno mental (quizá un tipo de psicosis que incluía estados de fuerte depresión), pintó este cuadro en 1890, en el que presenta a un anciano en un estado de desesperación.

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer

enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresivo.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Hipertensión y depresión:

Nasilowska-Barud A, Kowalik M (2004) Plantean que la relación entre depresión e hipertensión, ha

sido motivo de investigación sólo en el último cuarto de siglo. Si bien algunos estudios informan que la hipertensión es una causa posible de incremento de la morbilidad cardiovascular en pacientes con depresión, la mayoría de las investigaciones no incluye a pacientes con episodios maníacos. Se ha observado una asociación entre hipertensión y depresión, principalmente en pacientes entre los 30-60 años.

Algunas causas posibles son la predisposición genética y la desregulación en el sistema adrenérgico en la depresión o los cambios conductuales como consecuencia de ésta (por ejemplo, menor actividad física). Trastorno depresivo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).

V. G. Vincent (1890). Expresa que los trastornos adaptativo o depresión reactiva, acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando

el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que sería esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

Trastorno depresivo no especificado

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo.

IV. METODOLÓGIA

Área de estudio

El presente trabajo se llevo cabo en el puesto de salud de la comunidad de Santa Marta que esta ubicado al norte de Puerto Cabezas que tiene 47km de distancia de la ciudad de Bilwi de la Cabecera Municipal.

Tipo de estudio:

La presente investigación se realizo desde una perspectiva cualicuantitativo, porque se trata de identificar los niveles de ansiedad y depresión que tienen que ver con los sentimientos de los pacientes, y cuantitativo porque para analizar la información se requería utilizar técnicas estadísticas y un orden numérico lógico; lo cual permitió que la investigación tenga un carácter riguroso y científico. De tipo descriptivo, porque se limito a describir los niveles de ansiedad y depresión como factor psicológico en pacientes con hipertensión arterial.

Según aplicabilidad, fue un estudio aplicable ya que con sus resultados brindo información para dar mejor

atención a los pacientes hipertensos.

Según amplitud es un estudio prospectivo de corte transversal porque en el fenómeno se abordó un tiempo determinado.

Periodo de ejecución

Tuvo una duración de diez meses que abarca de enero a octubre del 2008 que corresponde desde la fase de su planificación hasta la entrega del informe final.

Universo

Estuvo constituido por todos los pacientes que acuden a la consulta subse- cuenta por la patología de hipertensión que son un total de 50 pacientes que representa el 100% del universo.

Muestra

Estuvo conformado por el 90% del universo que son un total de 40 pacientes representativa manejable. Para la selección de los 40 pacientes.

Muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

Criterio de inclusión:

Todos los pacientes que cumplieron con los siguientes requisitos formaron parte del estudio:

1. Todo paciente que acudieron a la unidad de salud a retirar su tratamiento de hipertensión.
2. Pacientes con diagnostico de hipertensión bajo el programa en la unidad de salud.
3. Pacientes que acudieron a la consulta en busca de apoyo emocional.

Criterio de exclusión:

Los pacientes que presentaron los siguientes criterios no formaron parte del estudio.

1. pacientes sin su tarjeta de que es dispensarizado
2. pacientes que acude por primera vez a la consulta con ese problema.

Procedimiento y técnica de recolección de información:

Fuentes:

Método teóricos: analítico, inducción, deducción.

Método empírico: encuesta a pacientes hipertensos.

Instrumentos:

a) **Encuesta:** dirigido a los pacientes hipertensos con el propósito de obtener información sobre las características sociodemográfico.

b) **Test** de ansiedad: se aplico a los pacientes hipertensos con el propósito de determinar el nivel de ansiedad que tienen. Se abarca síntomas físicos, psíquicos, conductuales e intelectuales. Los participantes deberán marcar en la casillas, si cuando haya notado este síntoma. Si no tiene dicho síntoma marcarlo en la casilla no. Al concluir todo el cuestionario se sumaran todos los puntos y se evaluaran con las siguientes tablas.

- 0 - 14
- 15 - 19
- 20 - 24
- 25 - a más

c) **Inventario** de depresión construido por Arron y Bensk en (1974) compuesto por veinte y uno reactivo que permite evaluar la sintomatología de la depresión. Cada reactivo posee cuatro opciones de respuesta ordenado de cero a tres que describen el espectro de la severidad máximo del síntoma.

En individuo elige aquella aseveración que describe el estado por el cual ha travesado durante las últimas semanas las puntuaciones finales fluctúan de cero a sesenta tres puntos e informa sobre el número del síntoma y su gravedad.

Está conformado en cuatro aspectos, de sistema de evaluación:

1. 0 - 9
2. 10 - 18
3. 19 - 29
4. 30 - 63

Técnica: técnica de tabulacion y análisis de la información.

Para el procedimiento de la información se realizo de manera manual a través de la técnica de palote y para el análisis se utilizo la

estadística descriptiva presentando los resultados en sus respectivas tablas con sus números y porcentajes tomando como referencia las variables de estudio.

Consideración ético:

La información que nos proporcionan será confidencial será utilizado únicamente para fines investigativo, sus nombres no serán incluidos en la investigación.

Variable de estudio

- Características sociodemográfico
- Nivel de ansiedad y depresión
- Manifestaciones de ansiedad y depresión.

V. Resultado y discusión:

Socio-demográfica de la población en estudio:

Con respecto al sexo de los participantes en este estudio, el 20% (8 participantes) son del sexo masculino y el 80% (32 participantes) son del sexo femenino. De tal manera que en este estudio la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial fueron del sexo femenino lo cual se relaciona con lo expresado por Santiesteban Villalón N. (2002) que señala que las mujeres son las más afectadas por la hipertensión. **(Ver cuadro N° 1)**

Sobre las edades de los participantes, el 23%(9 participantes) oscilaban entre las edades de 42-47 años un 25%(10 participantes) entre las edades de 48-53 años un 30%(12 participantes) entre las edades de 60-65 años; Se puede apreciar entonces que las edades de los participantes que más problema de hipertensión presentaron oscilaban entre las edades 60-65 años, seguidos de los participantes entre 48-53 años; estos resultados muestran que la hipertensión arterial es proporcional a mayor edad mayor índice de hipertensión estos datos se

relaciona con lo expresado por Granda Bernardo A.(1993). **(Ver cuadro N° 2.)**

En cuanto a la procedencia de los participantes el 100% (40 participantes) son del área rural por que el estudio se llevo acabo en la comunidad de Santa Marta lo cual tienen menos acceso a su salud.

El nivel de escolaridad de los participantes refleja que el 10% (4 participante) son analfabeto, el 67% (27participantes) tienen nivel de escolaridad primaria el 20%(8 participantes) tienen un nivel secundaria. Lo cual coincide con lo expresado por Santiesteban (2002) que señala que la hipertensión arterial es mayo cuando mas bajo sea el nivel educativo. En este sentido la mayoría de los participantes tienen un nivel primario, lo que concluye en este grupo de estudio que el nivel de escolaridad es baja. **(Ver cuadro N° 3, 4)**

Al preguntar a los participantes sobre su estado civil el 18%(7 participantes) dijeron ser solteros 55%(22 participantes) refirieron ser casado, y un 10%(4 participantes) manifestaron ser acompañado, sin

obviar que existe un 12% (5 participantes que dijeron ser viudos.

Se ve entonces que la mayoría de los participantes tienen un estado civil de casado, dándonos como resultados que la hipertensión arterial es mas vulnerable en las personas casadas debido al estrés constante que implica estas relaciones refiere Smeltzer, Susana Barre Brenda (1998). (**ver cuadro N° 5)**

Referentes a los ingreso económico de los participantes el 40%(16 participantes) perciben menos de 1,000 córdobas, un 40% (16 participantes) tienen un ingreso entre 1,100 - 2,999 córdobas y los restantes el 20% (8 participantes) perciben un ingreso entre 3,000 - 3,999 ningún participante perciben mas de 4,000 córdobas;

Se ve entonces, que casi la totalidad de los participantes perciben ingreso económico menor de 2,000 córdobas, un ingreso económico bajo que no logra ni la canasta básica según la prensa (2008), tiene un costo de 7,216.9, compuesto por 54 productos (vestuario, alimentos básicos y uso del hogar).

Tomando como referencia el ingreso de los participantes que es de aproximadamente de 2,000 córdobas esto apenas logra cubrir el 27% de la canasta básica. La situación anterior coincide con lo señalado por Santiesteban (2002) que hace referencia que la hipertensión arterial es mayor cuando mas bajo sea el nivel socioeconómico **(Ver cuadro N° 6)**

Referente a la actividad laboral de los participantes el 12% (5 participantes) trabajan y el 88% (35 participantes) no trabajan. Los datos anteriores reflejan entonces que casi la totalidad de los participantes no trabajan.

El ingreso que se refleja en el cuadro numero (6) tiene que ver con otros miembro de la familia que trabaja de ahí se observa una dependencia económico, que pudiera estar influenciado en la hipertensión lo cual se relaciona con múltiples factores de índole, económico, sociales y culturales según Santiesteban Villalón N. (2002). **(Ver cuadro N° 7)**

Sobre la ocupación de los participantes el 72%(29 participantes) son ama de casa, 15% (6 participantes) es pastores o

chamberos, el 7% (3 participantes) son profesores, un 3% (1 participante) es carpintero y en el otro 3% (1 participante) es chofer.

Esté estudio hay predominio de la ocupación de ama de casa, Esto esta relacionado a que la mayoría de los participantes son del sexo femenino y el hecho de ser ama de casa implica cierto grado de emociones según Sánchez Carrillo N S. (2002). **(Ver cuadro N° 8)**

En cuanto a la cantidad de personas adultas que viven en la casa de los participantes 67%(27 participantes) tienen entre 1-2 personas adulta en su entorno familiar, un 30% (12 participantes) tienen entre 3-4 personas adulta que conviven con ellos.

En cuanto a la cantidad de los niños que viven en la casa de los participantes el 45%(18 participantes) refieren que en su entorno familiar 1-2 niños, un 25% (10 participantes) refirieron que su hogar hay 3-4 niños, sin obviar un 25% (10 participantes) que digieron no tener niños en su casa.

De igual manera el 47% (19 participantes) dijeron que solo una persona trabaja, en su casa, un 40% (16 participantes) que refirieron no trabaja.

En este caso se visualiza entonces que en las casas de los participantes viven en la mayoría de las casas entre 1-2adultos, y entre 1-2 niños, donde generalmente solo una persona trabaja, lo cual indica que existe una dependencia económica. **(Ver cuadro N° 9,10 y 11)**

Ansiedad y depresión en los pacientes en estudio.

Respecto a los niveles de ansiedad que presentaron los participante un 20% (8 participantes) presentaron nivel de ansiedad normal, un 25%(10 participantes) con niveles de ansiedad media, un 25% (10 participantes) presentaron nivel de ansiedad alta y muy alta, presenta el 30% de la población se observa entonces en la mayoría los participantes el 80% manifestaron tener algún nivel de ansiedad siendo los mas predominante los niveles alta y muy alta.

La cual se relaciona con otros estudios que muestran que los que tienen de ansiedad se asocian a mayor riesgo de padecer de enfermedades orgánicas en las que se destacan la hipertensión.

La cual coinciden con lo planteado por Laureen S, Consoli S, Girerd X, Thomas D, Amouyel P, Leva A, Pouchain D. (2003), donde refleja que la presión arterial aumenta en las personas, que experimenta crisis de angustia, la ansiedad sobre hipertensión provoca mas hipertensión y la hipertensión sobre la ansiedad provocan más ansiedad lo cual coincide con lo planteado que los altos niveles de ansiedad presiden el desarrollo de la hipertensión, incluso hasta los 10 años después, lo cual en muchos casos dificultan el control de la enfermedad e incide en la aparición de otros síntomas y de muerte súbita.

Y el hecho de presentar grado moderado de ansiedad, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria por la adopción de conductas no saludables (tales como fumar, consumó de licor y comer en exceso). A las que recurren algunas

personas para poder manejar el estado emocional. (Ver cuadro N° 12)

En cuanto a los niveles de depresión un 33% (13 participante tenia niveles de depresión normal, un 25% (10 participante) con niveles de depresión leve, con un nivel de depresión moderado salieron un 30% (12 participantes) y los restante 12% (5 participante) tienen nivel de depresión severa. De tal manera en este estudio la mayoría el 67% tienen algún nivel de depresión sobre saliendo el nivel de depresión moderado.

La cual es una clara muestra de cómo los factores psicosociales entre ellos la depresión hacen a los individuos mas vulnerables a desarrollar problemas cardiaco, en este caso especifico seria la hipertensión. Lo cual coincide con la literatura que refleja Nasilowska-Barud A, Kowalik M (2004) que la hipertensión es una causa posible de incremento de depresión, también se ha encontrado una relación de los síntomas de depresión con el incremento de la presión sanguínea.

Es importante señalar que en pacientes hipertensos quienes tienen historia de depresión estos son más propensos a sufrir un infarto del miocardio. Por otro lado se ha planteado que la hipertensión podría ser un factor de riesgo para la depresión. Tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes hipertensos en este estudio tienen algún nivel de ansiedad y depresión, la combinación de estas dos variables psicológicas los hace más vulnerable al riesgo de hipertensión. Sin obviar que la relación que las variables psicológicas que más relación presenta en los pacientes es la ansiedad. **(Ver Cuadro N° 13)**

Manifestaciones de Ansiedad y depresión:

En relación a los síntomas de ansiedad que presentaron los pacientes en estudio, en el aspecto físico se destacaron poco apetito en un 78% de los participantes, molestia digestiva en un 75% de los participantes, contracción muscular con un 65% y taquicardia con un 58% de los participantes.

En relación a los síntomas psíquicos 70% de la población manifestó sentir tristeza, un 80% miedo y terror y un 60% manifestó nerviosismo. En relación a la conducta el 90% manifestaron sentir irritabilidad, un 88% menos rendimiento en sus actividades y un 80% dijeron que los ruidos les irritan mucho.

Y el último aspecto que tiene que ver con los síntomas intelectuales, el 55% de los participantes refirieron bloqueo intelectual y un 50% que manifestaron que con la hipertensión su vida sufrió cambios profundos.

Entre los síntomas de ansiedad que mas prevalece en este grupo de estudio son: poco apetito, miedo, tristeza, irritabilidad, menos rendimiento en su actividades, preocupación, contracción muscular, molestias digestivas, y molestia a los ruidos; Coincide con la literatura de Schneider RH, Egan BM, Jonson EH, Drobny H y Julius S (1986). **(Ver cuadro N° 14)**

Con respecto a las manifestaciones de la depresión en los pacientes el 48% manifestaron no sentir tristeza, el 52% que no se siente desanimado, el 55% dijo no me siento fracasado, y un 78% dijo que no disfruta las cosas como antes, y un 55% no estoy descontento, y un 85% que no piensa en suicidarse, un 42% no tengo buen apetito, un 40% manifestó que han perdido mas de dos kilos, un 62% refiere que padecen de dolores, molestias digestivas, sin obviar un 53% que refería que siente menos atracción por el sexo que antes; De manera que en este estudio las manifestaciones de depresión que sobre salen figuran tristeza, no disfruta las cosas como ante, descontento poco apetito, perdida de peso, problemas respiratorios y bajo estímulo sexuales, al relacionarlo con la literatura de Blehar, M, D y Oren, D, A (1997). los síntomas que mas presenta son clasificados como depresión severa que refiere que se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer,

y disfrutar de actividad a que antes eran placentera. (Ver cuadro N° 15)

Cruces de Variable:

Al relacionar lo niveles de ansiedad con el sexo, el 25% del sexo masculino tuvieron niveles normales de ansiedad, en ansiedad media el 22% del sexo femenino lo padecía y el 38% del sexo masculino, en el nivel de ansiedad alta, el 28% del sexo femenino lo padecía y el 12% del sexo masculino y en relación al nivel de ansiedad muy alta le correspondió el 31% al sexo femenino y el 25% del sexo masculino de tal manera se observa que el 81% de las mujeres tienen algún nivel de ansiedad y el 75 % de los varones. Lo cual muestra que en ambos sexo presentaron porcentajes de ansiedad, similares.

Lo cual contradice con la literatura de Lowenstein S Smith. M y Kaplan G A (2001) que plantea que el hombre tiene mas riesgo de padecer ansiedad lo cual esta relacionado al posible mecanismo que tiene que ver con el incremento de la actividad del sistema nervioso simpático por tanto en este estudio no se ha observado diferencia significativa

entre ansiedad y sexo. **(Ver cuadro N° 16)**

Con respecto a los niveles de depresión según sexo, en el nivel normal 28% pertenece al sexo femenino, un 50% al sexo masculino, en el nivel leve un 25% pertenecen al sexo femenino, y un 25% al sexo masculino, en nivel moderado un 34% pertenecen al sexo femenino, y un 13% al sexo masculino. Los datos anteriores muestran que la mayoría de las mujeres el 47% tienen niveles de depresión entre moderado y severo, en cambio en los valores la mayoría es 50% tienen nivel de depresión normal. Por lo tanto según sexo, los más afectados en este estudio específico son las mujeres lo cual coinciden con la teoría de Johannessen L, Strudsholm U, Foldager L, Munk-Jørgensen P (Oct 2006). **(Ver cuadro N° 17)**

Al comparar los niveles de ansiedad con la edad los participantes, los que oscilaban entre las edades de 30-35 años el 50% tenía nivel de ansiedad normal y el 50% niveles de ansiedad muy alta, situación similar ocurre con los pacientes entre las edades de 36-41 años. Los pacientes que tienen entre 42-47 años el 22% tenían

niveles de ansiedad normal, el 11% niveles media y alta y el 56% nivel de ansiedad muy alta.

Los que oscilaban entre las edades de 48-53 años el 10% presentaron niveles normales de ansiedad, el 40% niveles media, y un 20% niveles alta, y un 30% en niveles muy alta. los participantes que tienen entre 54-59 años 20% tenían niveles normales de ansiedad, y el 40% respectivamente estaban entre niveles de ansiedad medio y alta, con respecto a las edades entre 60-65 años el 17% tenían niveles de ansiedad normal, el 25% nivel media de ansiedad, el 41% niveles de ansiedad alta, y el 17% niveles de ansiedad muy alta.

Los datos anteriores reflejan que los pacientes 42 años en adelante la mayoría presentaron niveles de ansiedad alta y muy alta, lo que refleja que a mayor edad, mayor nivel de ansiedad lo cual los predispone a padecer de hipertensión arterial, esto concuerda con la literatura de M .H. Eliana Andrea y O.T. Claudia Yaneth (2005) que dicen que a altos niveles de ansiedad predispone a la aparición de la hipertensión arterial, incluso hasta 10 años después;

siendo más alto el riesgo en hombres de 45 años. El posible mecanismo sería el incremento de actividad del sistema nervioso simpático. (Ver **cuadro N° 18**)

Al relacionar los niveles de depresión de los pacientes con sus edades los pacientes entre las edades de 30-35 el 50% respectivamente presentaron nivel normal y moderado, los participantes entre las edades de 36-41 nuevamente el 50% respectivamente presentaron niveles de depresión entre leve moderado, entre las edades de 42-47, el 22% con niveles normales, el 11% con leve y el 56% con nivel moderado, las edades de 48-53, 50% presentaron nivel de depresión normal el 20% moderado, las edades 54-59 el 60% presentaron niveles de depresión normal y el 20% leve y por ultimo los pacientes entre las edades de 60-65 el 17% presentaron nivel de depresión normal, y el 50% leve; De tal manera que la mayoría de los pacientes entre las edades 30-35, 48-53, 54-59 presentaron niveles de depresión normal y los 60-65 la mayoría presentaron nivel de depresión leve.



Por tanto en este estudio existe una relación significativa de los niveles de depresión con la edad. Ha mayor edad, mayor nivel de depresión; en este estudio específico los que presentaron niveles de depresión más severa son los ansianos lo cual coincide con lo señalado por Vincent van_Gogh (1890)

Es importante señalar que el inicio clínico de la depresión en el anciano con una pobre alteración del estado de ánimo, incluso puede aparecer enfermedades con otros síntomas como: pérdida de peso, alteración de la memoria e ansiedad, la depresión en los ansianos si no se diagnostica ni se trata provoca sufrimiento innecesario para los ansianos y para su familia. **(Ver cuadro N° 19)**

Al comparar los niveles de ansiedad vrs estado civil de los participante en el caso de los soltero el 20% respectivamente tenían nivel de ansiedad normal, y alta el 20% muy alta 50%, mientras que los casado el 9% con niveles de ansiedad normal, el 27% con niveles media y el 32% respectivamente con nivel de ansiedad alta y muy alta, en cambio el 75% de los acompañante en nivel de ansiedad normal, el 25% con nivel muy alta, los viudo el 33% alta

respectivamente. Presentaron nivel de ansiedad y media el separado 100%.

Por lo que se observa que la mayoría tanto de los soltero como de los casado presentaron niveles de ansiedad alta y muy alta, situación que cambian con los acompañado viudo y separado que presenta nivel de ansiedad mas baja (entre normal y media). Es importante señalar que el hecho de presentar los solteros niveles de ansiedad alto, no esta relacionado con sus condición de solteros si no por su edad. En el caso de los casado, los niveles de ansiedad presentado si esta relacionado con su estado civil; por lo tanto la comparación entre el estado civil y niveles de ansiedad arrojo diferencias significativa.

(Ver cuadro N° 20)

Sobre la relación de los niveles de depresión con el estado civil, los solteros, un 10% con nivel normal, y un 30% con nivel leve, un 20% y 40% respectivamente con nivel moderado y severo. Los casado el 32% con nivel normales de depresión , un 18% con nivel de depresión leve y un 45% con nivel moderado, en los pacientes acompañados el nivel depresión en

un 75% de ellos son normales en los viudos el 67% y el separado es 100% con nivel de depresión normal.

De ahí que la mayoría de los solteros presentaron niveles de depresión severo, los casado en su gran totalidad con niveles moderado de depresión, situación que cambia con los acompañado, viudo y separado, dónde la mayoría presentaron nivel de depresión normal por tanto en este caso específico los que presentaron los niveles de depresión mas elevado figuran primero los paciente con estado civil solteros, seguido de los casado. Por lo que no existe una relación significativa de los niveles de depresión con el estado civil.

El hecho que la mayoría de los solteros presentaron mayores niveles de depresión, esta relacionado con su edad. (**Ver cuadro N° 21**)

En cuanto a la cantidad de pacientes con hipertensión arterial controlada y no controlada, el 40% (16 participantes) tenían controlada al acudir a las diferentes citas, el otro 60% (24 participantes) no tenían la presión arterial controlado en este sentido la mayoría de los pacientes

no tenían su presión controlado lo cual pudiera estar influenciando en los niveles de ansiedad y depresión esto a la vez incidiendo sobre la hipertensión arterial. **(Ver cuadro N° 22).**

Respecto a los niveles de ansiedad con la presión arterial en los pacientes que tenían la presión arterial controlado el comportamiento de los niveles de ansiedad en los siguiente el 31% con niveles normales, un 38% con nivel media, un 25% con niveles alta y un 6% con nivel de ansiedad muy alta con respecto a los pacientes.

Los pacientes con presión arterial no controlado, los niveles de ansiedad mostraron el siguiente comportamiento. El 13% con nivel normales, un 16% con niveles media, un 25% con niveles alta y un 46% con niveles muy alta. De ahí se puede visualizar que la mayoría de los pacientes con presión arterial controlado sus niveles de ansiedad eran normal y media, situación que cambia drásticamente con los pacientes cuya presión no esta controlado, donde la mayoría de ello presentaron niveles de ansiedad alta y muy alta.

La cual muestra una relación significativa entre nivel de presión arterial y ansiedad, mayores nivel de ansiedad menor control de la presión arterial, la cual muestra una relación significativa entre ansiedad y hipertensión arterial que concuerda con lo expresado Laureen S, Consoli S, Girerd X, Thomas D, Amouyel P, Leva A, Pouchain D. (2003) Que refiere que la ansiedad sobre hipertensión provoca más hipertensión, y la hipertensión sobre la ansiedad provoca más ansiedad. **(Ver cuadro N° 23).**

Al relacionar los niveles de depresión, con los paciente con presión controlado y no controlado, el comportamiento de los niveles de depresión en los pacientes con la presión controlado en la siguiente, el 69% con niveles normales, el 25% con niveles leve y el 6% con nivel moderado, ninguno con nivel de depresión severa.

Con los paciente con presión arterial no controlado; el 13% presentaron nivel de depresión normal, un 21% con nivel de depresión leve, un 45% nivel moderado y un 21% severo. Se observa entonces que la mayoría de los paciente con presión controlado, presentaron nivel de depresión

normal en cambio los pacientes con hipertensión arterial no controlado la mayoría presenta nivel de depresión moderado seguido de niveles de depresión severa.

Se visualiza entonces que en los pacientes con hipertensión no controlado los niveles de depresión son mas elevado, que los paciente con presión controlado. Por tanto se observa una relación significativa lo cual señala Nasilowska-Barud A, Kowalik M (2004) que la hipertensión es una causa posible de incremento de la morbilidad cardiovascular en pacientes con depresión. Por lo que se ha observado una asociación entre hipertensión y depresión. **(Ver cuadro N° 24)**

Los hallazgos encontrados coinciden con la hipótesis planteada, según la cual suponía que las variables psicológicas ansiedad y depresión, aparecerían en la mayoría de los pacientes hipertensión y con diferencias estadísticas significativas mayor en el grupo de pacientes con hipertensión no controlados que en el grupo con hipertensión controlado.

Se puede suponer que aquellos pacientes que tuvieron niveles bajos en las variables psicológicas se han beneficiado del programa para el control de la hipertensión, en la cual se les brinda orientación, generando en ellos mayor conciencia de su enfermedad y conduciéndolos a la adaptación de conductas útiles para el manejo de su patología, lo cual sería más provechoso si se pudiera orientar sobre los factores psicológicos en el manejo de sus emociones y la prevención de las futuras complicación. Los resultados encontrados en la investigación son específicos para la población estudiada, por lo tanto no puede generalizarse, ya que se realizó en una muestra pequeña y su alcance es describir el comportamiento de las variables psicológicas (ansiedad y depresión) en pacientes hipertensos.

VI. Conclusión

En este estudio se mostró una relación significativa de la ansiedad y depresión como factor psicológico en los pacientes hipertensos.

En relación a las características socio demográfica del grupo en estudio la mayoría fueron del sexo femenino, del área rural, entre las edades 30-65 años, con el nivel de escolaridad baja, sin obviar que tenía un ingreso bajo.

La mayoría de los pacientes presentaron nivel de ansiedad y depresión. En el caso de ansiedad la mayoría de los participantes presentaron nivel entre alta y muy alta y con la depresión nivel normal y moderado, por tanto la variable psicológica que más presentaron los pacientes en este estudio es la ansiedad.

Las manifestaciones de ansiedad que más presentaron los pacientes fueron: poco apetito, molestia digestiva, contracción musculares miedo, tristeza e irritable.

Entre las manifestaciones de depresión figuran: no disfruta las cosas como antes, culpabilidad, descontento, cansancio, dificultad para dormir, disminución de actividades y menos excitación por las relaciones sexuales.

Existe una relación significativa entre niveles de ansiedad y depresión con la presión arterial, debido a que los pacientes que tenían niveles controlados de presión presentaron la mayoría niveles de ansiedad y depresión normal, no así los pacientes con presión no controlada, donde presenta niveles de ansiedad muy alta y nivel de depresión moderado.

Al comparar las variables sociodemográficas como el sexo y estado civil con la ansiedad se encontró un predominio de ambos sexos, por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo las variables sociodemográficas como la edad, los datos arrojaron diferencia estadísticamente significativa en relación a los niveles de ansiedad y depresión a mayor edad mayor nivel de ansiedad y depresión.

VII. RECOMENDACIONES:

URACCAN:

- ✓ Promover la continuidad de este estudio, pero con alcance analítico y con un tamaño mayor de la muestra, para poder establecer relaciones mas precisas entre las variables psicológicas y el control de la presión arterial.

- ✓ Desarrollar actividades de investigaciones dirigidas a evaluar las creencias de los pacientes sobre su enfermedad y su influencia, el cumplimiento del tratamiento farmacológicos, como aquellos encaminados a la modificación del estilo de vida, con el fin de profundizar mas en la comprensión de aquellos factores que inciden en la hipertensión arterial.

Al Ministerio de Salud:

- ✓ Un numero considerable de pacientes hipertensos presenta niveles moderados, y severos en las variables psicológicos estudiados, lo cual amerita una atención oportuna para evitar la aparición de trastorno,

emocionales y/o
VIII. complicaciones de la
enfermedad.

- ✓ No centrar los programas de intervención sobre hipertensión, teniendo como eje central el control farmacológico, si no también valorar la importancia de los factores psicológicos en el control de la hipertensión.
- ✓ Capacitar al personal de salud que atiende a la población, en especial a la hipertensión, sobre la identificación de las variables psicológicas y su forma de abordaje.

A la población:

- ✓ Acudir con más frecuencia a su cita de control, relacionados con su patología.
- ✓ Proponer al máximo el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como practicar mejores estilo de vida saludable (no fumar, no tomar café, licor, no consuma.

VIII. LISTA DE REFERENCIAS:

1. Álvarez Céspedes A.
Calidad de la atención médica
al paciente
Con Hipertensión arterial en
Baie. Marzo-Junio 2001
2. Blehar, M. D. y Oren, D. A.
(1995; 1997).
Gender differences
in depression. *Medscape
Women's Health*, 2:3. Revised
de: Women'
increased vulnerability to
mood disorders: Integrating
psychobiology and
epidemiology. *Depression*,
3:3-12
3. Calvo F, Varela JA, Díaz
MD, Martines B. Variables
psicológica hipertensión
esencial. Una revisión
Conferencia presentada en el
IV congreso virtual de
Psiquiatría (2003)
4. DANE. Defunciones por
grupo de edad y sexo según
lista de causas
Agrupadas 6/67 CIE-10
(basada en lista 6/66 de OPS)
Total nacional año

2001-2005.

5. GRECA, A. Psiquis e hipertensión. (2000 -2004) Foro argentino de Expertos en Hipertensión arterial. (En línea) URL disponible en: www.psiquiatria.com.

6. Hernández Trujillo H.(2002) Factores Psicosociales que influyen en la Hipertensión Arterial. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba.

7. Interne Alta vista. (10:57,1987) COM hipertensión arterial 3, coll cardiología.

8. Johannessen L, Strudsholm U, Foldager L, Munk-Jørgensen P Journal of affective Disorders, Oct 2006

9. Laureen S, Consoli S, Girerd X, Thomas D, Amouyel P, Leva A, Pouchain D. 2003; 96(9):823-31. Causas de la hipertensión no controlada, estudio DUO-HTA. Arch Mal Coeur Vaiss.

10. Lowenstein S Smith. M y Kaplan GA. Psychosocial Predictors Hypertension in Men and women Arch intern 2001, 161 1341-134.

11. Ministerio de salud de Nicaragua, dirección de Estadística, división General de planificación y desarrollo, (2003-2008).

12. Menéndez C, Montes A, Núñez C, Fernández MJ, Gamarra T, Buján S. (2002; 30(10):631-7) estrés ambiental y actividad cardiovascular, en pacientes hipertensos

13. Macias Castro J. Modelo Experimental de un programa de Salud para la atención integral de un paciente con Hipertensión Arterial. Rev Cub Med 1975: 7-64.

14. Mensah GA. La carga global de la hipertensión: buenas y malas noticias. Clínicas Cardiopatía en Norte América 2002 187-191.

15. Normas del programa de atención a paciente con enfermedades crónica no transmisible Ministerio de Salud de Nicaragua (2006).

16. Nasilowska-Barud A, Kowalik M. (1995;) característica de la depression. Existente en paciente con hipertensión esencial. Univ. Mariae Curie Sklodowska (Med; 59 (1) :428-33.

17. V. G. Vincent (1890) on the threshold of eternity – pintor Holandes

18. M .H. Eliana Andrea y O.T. Claudia Yaneth (2005) de Salud Robledo.

19. Granda Bernardo A. Prevalencia de hipertensión arterial y algunos factores epidemiológicos de un sector de salud. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba. 1993.

20. Puig Botey A, Payadas Coca A, Montero Ferreira J. Farreras R. (2000) Medicina Interna. 14 ed. Sección 3. Capítulo 70. Hipertensión Arterial. ediciones Hartcour, SAWWWW

21 Smeltzer, Susana Barre
Brenda (1998) enfermería
Medico Quirúrgico.octavo
edición. Volumen I.
MCGrawhiel. Enter Americano

22. Sánchez Carrillo N S.
Caracterización del estilo de
vida en pacientes hipertensos.
Trabajo de Grado. Santiago
de Cuba. 2002.

23. Santiesteban Villalón N.
(2002)
Algunos factores de riesgo de
la Hipertensión Arterial en un
CMF. Trabajo de grado
santiago de cuba.

24. Schneider RH, Egan BM,
Jonson EH, Drobny H y Julius
S (1986 ;). Anger and ansiedad
in Borderline hypertension.
Psychosom med. 48(3-4) 242-

25. Whooley, M. A. y
Browner, W. S. (1998).
Association between
depressive symptoms and
mortality in older women. *Arch
Intern Med*, 158:2.129-2.135.

Glosario

Aterosclerosis: Endurecimiento de los vasos sanguíneos, en especial de ciertas arterias, por la formación de ateromas.

Cardiopatía. Enfermedad del corazón.

Cardiovascular: Pertenciente o relativo al corazón o al aparato circulatorio.

Esquizofrenia: f. *Med.* Grupo de enfermedades mentales correspondientes a la antigua demencia precoz, que se declaran hacia la pubertad y se caracterizan por una disociación específica de las funciones psíquicas, que conduce, en los casos graves, a una demencia incurable

Hiperlipidemia: termino general para designar las concentraciones elevadas de cualquier lípido.

Hiperventilación. f. Aumento de la frecuencia y la intensidad respiratorias que produce un exceso de oxígeno en la sangre.

Isquemia. Disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo de una parte del cuerpo, producida por una alteración normal o patológica de la arteria o arterias aferentes a ella

Parénquima: Tejido de los órganos glandulares. ||. Tejido de tipo conjuntivo que recuerda al parénquima vegetal

Premenstrual. adj. *Med.* Previo al período menstrual

Retorcijón. m. Retorcimiento o retorsión grandes, especialmente de alguna parte del cuerpo

Trastorno. m. Acción y efecto de trastornar. || 2. Alteración leve de la sal

Cuadro N° 2
 Perfil de los participantes en el estudio

ANEXOS

Cuadro N° 3
 Perfil de los participantes en el estudio

Edad	Frecuencia	Porcentaje
25 - 34	7	17,5
35 - 44	2	5,0
45 - 54	9	22,5
55 - 64	10	25,0
65 - 74	6	15,0
75 - 84	12	30,0
Total	40	100,0

Fuente: Encuesta 2008

Cuadro N° 3
 Frecuencia de los entrevistados

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0 - 24	0	0,0
25 - 44	40	100,0
45 - 64	40	100,0

Fuente: Encuesta 2008

Cuadro: N° 1

Sexo de los participantes en el estudio.

Sexo	Número	%
Masculino	8	20%
Femenino	32	80 %
Total	40	100%

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro. N° 2

Edad de los participantes en el estudio

Sexo	Número	%
30 – 35	2	5
36 -41	2	5
42 – 47	9	23
48 – 53	10	25
54 – 59	5	12
60 – 65	12	30
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 3

Procedencia de los entrevistados.

Procedencia	Número	%
Urbano	0	0
Rural	40	100
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 4

Nivel de escolaridad de participantes

Nivel de escolaridad	Número	%
Analfabeta	4	10
Alfabetizada	0	0
Primaria	27	67
Secundaria	8	20
Técnico	1	3
Profesional	0	0
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 5

Estado Civil de los participantes en el estudio.

Estado civil	Número	%
Soltero	7	18
Casado	22	55
Acompañado	4	10
Viudo	5	12
Separado	2	5
TOTAL	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro Nº 6
Ingreso Económico Familiar de los
participantes.

Ingreso Económico	Número	%
Menor o igual 1000	16	40
1100-2999	16	40
3000-3999	8	20
Mayor 5000	0	0
TOTAL	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro Nº 7
Actividad laboral de los
participantes en el estudio.

Trabaja Actualmente	Número	%
Si	5	12
No	35	88
TOTAL	100	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro Nº 8
Ocupación de los participantes en el
estudio.

Ocupación	Número	%
Ama de casa	29	72
Profesora	3	7
Carpintero	1	3
Conductor	1	3
Otros (pastor, chanceros).	6	15
TOTAL	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro: N° 9

Cantidad de personas adultas que viven con los participantes en estudio.

Cantidad de personas	Número	%
1 - 2	27	67
3 - 4	12	30
5 - 6	1	3
TOTAL	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 10

Cantidad de niño, que viven en la casa de los participantes

Número de niños.	Número	%
1 - 2	18	45
3 - 4	10	25
5 - 6	2	5
Ninguno	10	25
TOTAL	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 11

Cantidad de personas que trabajan en la casa de los participantes

N° de personas que trabajan	Número	%
1	19	47
2	1	3
3	0	0
4	1	3
Ninguno	3	7
Apoyo familiar	16	40
TOTAL	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro: N° 12
Niveles de Ansiedad de los
participantes en estudio

Niveles de Ansiedad	Número	%
Normal	8	20
Media	10	25
Alta	10	25
Muy alto	12	30
TOTAL	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 13
Nivel de Depresión de los pacientes en
estudio

Niveles de Depresión	Número	%
Normal	13	33
Leve	10	25
Moderado	12	30
Severo	5	12
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 14
Manifestaciones de la Ansiedad

Síntomas físicos	Número	%
Taquicardia	23	58
Palidez	20	50
Sudoración	15	38
boca seca	14	35
Contracción muscular	26	65
Molestias digestivas	30	75
Inestabilidad	5	13
Dificultad para dormir	21	53
Poco apetito	31	78
Come excesivamente	4	10

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 14.1
Manifestaciones de la Ansiedad

Síntomas Psíquicos	Número	%
Nervioso	24	60
Sentimiento de amenaza	11	28
Temores exagerado	10	25
Miedo o terror	32	80
Vació interno	21	53
Triste	28	70
Miedo a la muerte	14	35
Malos presentimiento	12	30
Desganado	14	35
Dificultad para tomar decisiones	10	25

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 14.2
Manifestaciones de la Ansiedad

Síntomas de Conducta	Número	%
Siempre alerta	30	75
Irritable	36	90
Menos rendimiento	35	88
Inquietud	24	60
Cambio de voz	10	25
Rígido en sus movimiento	16	40
Tartamudea	4	10
Bloqueado sin saber que decir	14	35
Parpados tensos	18	45
Preocupación	24	60
Inexpresivo	14	35
Irrita muchos los ruidos	32	80

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 14.3
Manifestaciones de la Ansiedad

Síntomas Intelectuales	Número	%
Pesimismo	19	48
Siente que tiene mala suerte	19	48
No sirve para nada	10	25
Cuesta recordar	18	45
Muy distraído	17	43
Pensamiento que no puede liberal	17	43
Todo le afecta negativamente	11	28
Mas negativo que positivo	13	33
Bloqueo intelectual	22	55
Vida no merece	6	15
Cambios profundo	20	50
Inútil	7	18

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15
Manifestaciones de la Depresión

1. Síntomas de Tristeza	Número	%
No me siento triste	19	48
Me siento triste	18	45
Me siento triste continuamente	3	7
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.1
Manifestaciones de la Depresión

2. Pesimismo	Número	%
No me siento desanimado	21	52
Me siento desanimado de cara al futuro	7	18
Siento que no hay nada que luchar	6	15
El futuro es desesperado	6	15
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.2
Manifestaciones de la Depresión

3. Sensación de Fracaso	Número	%
No me siento fracasado	22	55
He fracasado mas que la mayoría de las personas	13	33
Solo miro fracaso	3	7
Estoy insatisfecho	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.3
Manifestaciones de la Depresión

Insatisfacción	Número	%
Las cosa me satisface tanto como ante	5	12
No disfruto las cosas como ante	31	78
Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas	2	5
Estoy insatisfecha y aburrido respecto a todo	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.4
Manifestaciones de la Depresión

Culpa	Número	%
No me siento culpable	24	60
Me siento culpable en bastante ocasiones	14	35
Me siento culpable constantemente	2	5
total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.5
Manifestaciones de la Depresión

Expectativa de Castigo	Número	%
No creo que este siendo castigado	30	75
Siento que quizás este siendo castigado	8	20
Siento que estoy siendo castigado	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.6

Manifestaciones de la Depresión

Auto desprecio	Número	%
No estoy descontento	22	55
Estoy descontento de mi mismo	18	45
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.7

Manifestaciones de la Depresión

Auto Acusación	Número	%
No me considero peor que cualquier otro.	23	58
Me auto critico por mi debilidad por mis errores.	15	37
Continuamente me culpo por mis faltas.	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.8

Manifestaciones de la Depresión

Ideas Suicidas	Número	%
No tengo ningún pensamiento de suicidio	34	85
A veces pienso en suicidarme pero no lo haré	5	12
Desearía poner fin a mi vida	1	3
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.9
Manifestaciones de la Depresión

Episodio de Llanto	Número	%
No Llora mas de lo normal	32	80
Ahora Llora mas que nunca	7	18
Llora continuamente	1	2
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.10
Manifestaciones de la Depresión

Irritabilidad	Número	%
No estoy especialmente irritado	24	60
Me molesto o me irrito mas fácilmente que antes	13	33
Me siento irritable continuamente	1	2
Ahora no me irrito en absoluto cosa que antes me molestaba	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.11
Manifestaciones de la Depresión

Retirado social	Número	%
No he perdido el interés por lo demás	27	68
Estoy menos interesado en de lo mas que antes	10	25
He perdido gran parte del interés por los de mas	3	7
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.12
Manifestaciones de la Depresión

Cambio en la Imagen Corporal	Número	%
No creo tener peor aspecto que ante	16	40
Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	10	25
Noto cambio constante en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	12	30
Creo que tengo aspecto horrible	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.13
Manifestaciones de la Depresión

Enlestecimiento	Número	%
Trabajo igual que antes	9	22
Me cuesta mas esfuerzo de lo habitual hacer algo	19	48
Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo	10	25
Soy incapaz de llevar acabo una tarea	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.15
Manifestaciones de Depresión

Inmsonio	Número	%
Duermo también como siempre	10	25
No duermo también como ante	18	45
Me despierto una o dos hora ante de lo habitual, no puedo volver a dormir	10	25
Me despierto varias hora ante de lo habitual y no puedo volver a dormir	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.16
Manifestaciones de Depresión

Fatigabilidad	Número	%
No me siento mas cansado de lo normal	7	18
Me canso mas que antes	20	50
Me canso cuando hago cualquier cosa	10	25
Estoy demasiado cansado para hacer nada.	3	7
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.17
Manifestaciones de Depresión

Pérdida de apetito	Número	%
Mi apetito no ha disminuido	17	42
No tengo tan buen apetito como antes	17	42
Ahora tengo mucho menos apetito	6	16
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.11
Manifestaciones de Depresión

Pérdida de Peso	Número	%
No he perdido peso últimamente	22	55
He perdido mas de dos kilos	16	40
He perdido mas de cuatro kilos	2	5
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.19
Manifestaciones de Depresión

Preocupaciones somáticas	Número	%
No estoy preocupado por mi salud.	2	5
Preocupa los problemas físicos como dolores, malestar de estomago, catarro, etc.	25	62
Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.	9	23
Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.	4	10
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 15.20
Manifestaciones de Depresión

Bajo nivel de Energía	Número	%
No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.	8	20
La relación sexual me atrae menos que antes	21	53
Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	8	20
He perdido totalmente el interés sexual	3	7
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 16
Sexo vrs nivel Ansiedad

Nivel de ansiedad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Normal	6	19	2	25
Media	7	22	3	38
Alta	9	28	1	12
Muy alta	10	31	2	25
Total	32	100	8	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 17
Sexo vrs nivel de Depresión

Nivel de depresión	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%
Normal	9	28	4	50
Leve	8	25	2	25
Moderado	11	34	1	13
Severa	4	13	1	12
Total	32	100	8	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 18
Edad vrs nivel de Ansiedad

Nivel de ansiedad	Grupo de edades											
	30 - 35		36 - 41		42 - 47		48 - 53		54 - 59		60 - 65	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	1	50	1	50	2	22	1	10	1	20	2	17
Media	0	0	0	0	1	11	4	40	2	40	3	25
Alta	0	0	0	0	1	11	2	20	2	40	5	41
Muy alta	1	50	1	50	5	56	3	30	0	0	2	17
Total	2	100	2	100	9	100	10	100	5	100	12	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 19
Edad vrs nivel de Depresión

Nivel de depresión	Grupo de edades											
	30 - 35		36 - 41		42 - 47		48 - 53		54 - 59		60 - 65	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	1	50	0	0	2	22	5	50	3	60	2	17
Leve	0	0	1	50	1	11	1	10	1	20	6	50
Moderado	1	50	1	50	5	56	2	20	1	20	2	17
Severo	0	0	0	0	1	11	2	20	0	0	2	16
Total	2	100	2	100	9	100	10	100	5	100	12	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 20
Nivel de Ansiedad vrs Estado Civil

Nivel de ansiedad	soltera		Casado		acompañado		Viudo		Separado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	2	20	2	9	3	75	1	33	0	0
Media	1	10	6	27	0	0	1	33	1	100
Alta	2	20	7	32	0	0	1	33	0	0
Muy alta	5	50	7	32	1	25	0	0	0	0
Total	10	100	22	100	4	100	3	99	1	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 21
Nivel de Depresión vrs Estado Civil

Nivel de depresión	soltera		Casado		acompañado		Viudo		Separado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	1	10	7	32	3	75	1	33	1	100
Leve	3	30	4	18	1	25	2	67	0	0
Moderado	2	20	10	45	0	0	0	0	0	0
Severo	4	40	1	5	0	0	0	0	0	0
Total	10	100	22	100	4	100	3	100	1	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 22
 Números de pacientes con
 Hipertensión controlado y no
 controlado

Nivel de Hipertensión	Número	%
Controlado	16	40
No controlado	24	60
Total	40	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 23
 Nivel de Ansiedad vrs Presión
 Arterial

Nivel de depresión	Controlado		No controlado	
	N°	%	N°	%
Normal	11	69	3	13
Leve	4	25	5	21
Moderado	1	6	11	45
Severo	0	0	5	21
Total	16	100	24	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro N° 24
 Nivel de Depresión vrs Presión
 Arterial

Nivel de ansiedad	Controlado		No controlado	
	N°	%	N°	%
Normal	5	31	3	13
Media	6	38	4	16
Alta	4	25	6	25
Muy alta	1	6	11	46
Total	16	100	24	100

FUENTE. Encuesta 2008

Cuadro # 1

Pacientes Hipertensos según registró en el Policlínico

Patología	Años					
Hipertensión	2003	2004	2005	2006	2007	2008 primer trimestre
	470	1035	31	1802	3793	897
M	187	404	10	693	1335	0
F	283	631	21	1109	2458	0

2003-2008 por Sexo

Cuadro # 2

Pacientes Hipertensos según
registró en el Nuevo Amanecer

Patología	años					
Hipertensión	200 3	2004	200 5	200 6	200 7	2008 primer trimestre
	745	816	110 8	114 4	156 6	595

FUENTE Estadística Hospital Nuevo
Amanecer

Cuadro # 3

Pacientes Hipertensos según
registró a nivel del SILAIS

Patología	Años					
Hipertensión	2003	2004	2005	2006	2007	2008 primer trimestre
	8871	9289	7812	9525	17135	3529

FUENTE: Estadística SILAIS RAAN

Objetivo I

Variables	sub-variables	Definición	Indicador	Valor
Característica Socio demográfico	Estado civil	Condición legal o social del encuestado.	Soltero Casado Acompañado Viudo	Si No
	Ingreso económico	Es la cantidad de dinero que percibe mensualmente el entrevistado	>1000 1100-2999 3000-3999 <5000	Si No
	Ocupación	Acción o efecto de ocuparse y/o trabajar	Ama de casa Profesor Profesional Buzo	Si No
	Etnia	Agrupación natural del individuo de igual idioma o cultura.	Miskito Criollo Mayagna Mestizo	Si No

Objetivo II

Variables	sub-variables	Definición	Nivel	Indicador	Valor
Estado Psicológico	Ansiedad	Depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa.	Nivel de ansiedad	0-15 Punto 15-20 Punto 20-25 Punto 25 a mas	Normal Media Alta Muy alta
	Depresión	Estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivía como una amenaza inminente y de causa indefinida.	Nivel de depresión	5-9 Punto 10-18 Punto 19-29 Punto 30-36 Punto	Normal Leve Moderado Severo

Objetivo III

Variables	sub-variables	Definición	Indicador	Valor
Manifestaciones de la Ansiedad y Depresión	Ansiedad	Son la diferentes manifestaciones en el individuo relacionada con la ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. síntoma físico: Taquicardia Mucho sudor Boca seca Poco apetito 2. Síntomas psíquicos Nerviosos Temores Tristes Melancólicos Inseguro 3. Síntomas conducta Siempre alerta Irritable Inquieto Inexpresivo 4. Síntoma intelectual Mala concentración Negativo Distraído No sirve para nada 	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>

Objetivo III

Variables	sub-variables	Definición	Indicador	Valor
Manifestaciones de la Ansiedad y Depresión	Depresión	Son las diferentes manifestaciones en el individuo relacionado con la depresión.	1. tristeza 2. pesimismo 3. sensación fracaso 4. insatisfacción 5. Auto desprecio 6. ideas suicidas 7. episodio de llanto 8. insomnio 9. irritabilidad 10. pérdida de peso 11. pérdida de apetito	Si No

TEST DE TRASTORNO DE ANSIEDAD

Síntomas físicos

- ¿Tiene palpitación o taquicardia? Si No
- ¿Se ruboriza o se pone pálido? Si No
- ¿Suda mucho? Si No
- ¿Se le seca la boca? Si No
- ¿Tiene tic o contractura musculares? Si No
- ¿Tiene ganas? Si No
- ¿Tiene vértigo o inestabilidad? Si No
- ¿Le cuesta quedarse dormido? Si No
- ¿Tiene poco apetito? Si No
- ¿Come excesivamente? Si No

Síntomas síquicos

- ¿Se nota inquieto o nervioso? Si No
- ¿Se siente como amenazado? Si No
- ¿Tiene temores exagerados? Si No
- ¿Tiene miedo o terrores? Si No
- ¿Siente vacío interior? Si No
- ¿Nota distinto? Si No
- ¿Este triste melancólico? Si No
- ¿Está asustado o le da mucho miedo la muerte? Si No
- ¿Tiene malo presentimiento? Si No
- ¿Se nota muy desganado? Si No
- ¿Le cuesta tomar una decisión? Si No

Síntoma de conducta

- ¿Está siempre alerta? Si No
- ¿Esta irritable? Si No
- ¿Tiene meno rendimiento? Si No
- ¿Está muy inquieto? Si No
- ¿Le ha cambiado la voz? Si No
- ¿Se nota torpe o rígido en sus movimientos? Si No
- ¿Tartamudea? Si No

- ¿Se quedad bloqueado si saber que decir o hacer? Si No
- ¿Tiene la frente con los parparos tensos? Si No
- ¿Tiene expresión de desagrado o preocupación? Si No
- ¿Este inexpressivo? Si No
- ¿Le irrita mucho los ruidos? Si No

Síntomas intelectuales

- ¿Le inquieta el futuro, ve todo negro, difícil, pesimista? Si No
- ¿Piensa que tiene mala suerte? Si No
- ¿Cree que no sirve para nada? Si No
- ¿Le cuesta recordar cosas reciente? Si No
- ¿Está muy distraído? Si No
- ¿Tiene ideas o pensamientos de lo que no se puede librar? Si No
- ¿Todo le afecta negativamente? Si No
- ¿Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo? Si No
- ¿Nota bloqueo intelectual? Si No
- ¿Piensa que su vida no ha merecido la pena? Si No
- ¿Cree que su única solución es u cambio profundo? Si No
- ¿Cree que es inútil al intentar cualquier cambio? Si No

V. Culpa

- 0 no me siento culpable
- 1 me siento culpable
- 2 me siento culpable
- 3 me siento culpable

TEST DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN

I. Tristeza

0. no me siento triste
1. me siento triste
2. me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
3. me siento tan triste o de agraciado que no puedo soportarlo

II. Pesimismo

0. no me siento especialmente desanimado de cara al futuro
1. me siento desanimado de cara al futuro
2. siento que no hay nada por que luchar
3. el futuro es desesperanzador y las cosas no mejoran

III. Sensación de fracaso

0. no me siento fracasado
1. es fracasado más que la mayoría de la persona
2. cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso total
3. soy un fracaso total como persona

IV. Insatisfacción

0. la cosa me satisface tanto como ante
1. no disfruto de las cosa tanto como ante
2. ya no obtengo ninguna satisfacción de la cosas
3. estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

V. Culpa

0. no me siento especialmente culpable
1. me siento culpable en bastantes ocasiones
2. me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
3. me siento culpable constantemente

VI Expectativa de Castigo

0. no creo que este siendo castigado
1. siento que quizá esté siendo castigado
2. espero ser castigado
3. siento que estoy siendo castigado

VII Auto despreció

0. no estoy descontento de si mismo
1. estoy descontento de mi mismo
2. estoy a disgusto de mi mismo
3. me detesto

VIII Auto acusación

0. no me considero peor que cualquier otro
1. me autocrítica por mi debilitado por mis errores
2. continuamente me culpo por mis faltas
3. me culpo por todo lo malo que sucede

IX Ideas Suicidas

0. no tengo ningún pensamiento de suicida
1. a veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
2. desearía poner fin a vida
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

X Episodio de Llanto

0. no lloro más de lo normas
1. ahora lloro más que ante
2. lloro continuamente
3. no puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

XI Irritabilidad

0. no estoy especialmente irritado
1. me molesto o me irrito más fácilmente que ante
2. me siento irritable continuamente
3. ahora no me irrito en absoluto cosa que ante me molestaba

XII Retirada social

0. no he perdido el interés por lo demás
1. estoy meno interesado en lo demás que ante
 2. he perdido gran parte del interés por lo demás
 3. he perdido todo interés por demás

XII Indecisión

0. tomo mi propia decisiones igual ante
1. evito tomar decisiones más que ante
 2. tomar decisiones me resulta mucho más fácil que ante
 3. me es posible tomar decisiones

Sexo: Masculino

País: España

Edad:

Profesión:

Nivel de estudios: Secundaria, Primaria, Técnico, Superior, Universitario

Situación de familia: Soltero, Casado, Viudo, Divorciado

Estado de salud: Bueno, Regular, Malo, Muy malo

Ingresos económicos: Menos de 1000, 1000-2000, 2000-3000, Más de 3000

Ocupación: Sin ocupación, Obrero/a, Profesional, Perteneciente a la fuerza de trabajo

Trabajo actual: No tiene, Tiene

Trabajo anterior: No tiene, Tiene

Trabajo anterior: Si

Trabajo anterior: No

Trabajo anterior: No

Trabajo anterior: No

Trabajo anterior: No

ENCUESTA SOBRE CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

Introducción

Somos alumnos de la carrera de salud mental de la universidad URACCAN. Estamos realizando una investigación sobre los factores que influyen en la prevalencia de la hipertensión por lo que le pedimos cooperar con nosotros a responder esta encuesta, su información será de gran utilidad para el desarrollo de esta investigación y contribuirá a identificar qué factores están influyendo en la hipertensión y de esta manera tomar acciones para disminuir este mal, "será confidencial"

Datos socio-demográfico

Sexo Masculino
Femenino

Edad:

Procedencia: rural

Nivel de escolaridad: Analfabeta, Alfabeto, Primaria, Secundaria, Técnico y Profesional

Estado Civil: Soltero, Casado, Acompañado, Viudo y Separado

Ingreso económico: > 1000, 1100- 2999- 3000-3999, <5000

Ocupación: Ama de casa, profesor/a, profesional, buzo, conductor, y otros.

Trabaja actualmente:

Si:

No:

Número de personas adultas que viven en la casa

Números de niños que viven en la casa.

Números de personas que trabajan.

MAPA DE NICARAGUA UBICACIÓN DE LA AREA DE ESTUDIO



Santa
Martha

Puerto
Cabeza

