

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
ESCUELA DE POST GRADO  
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

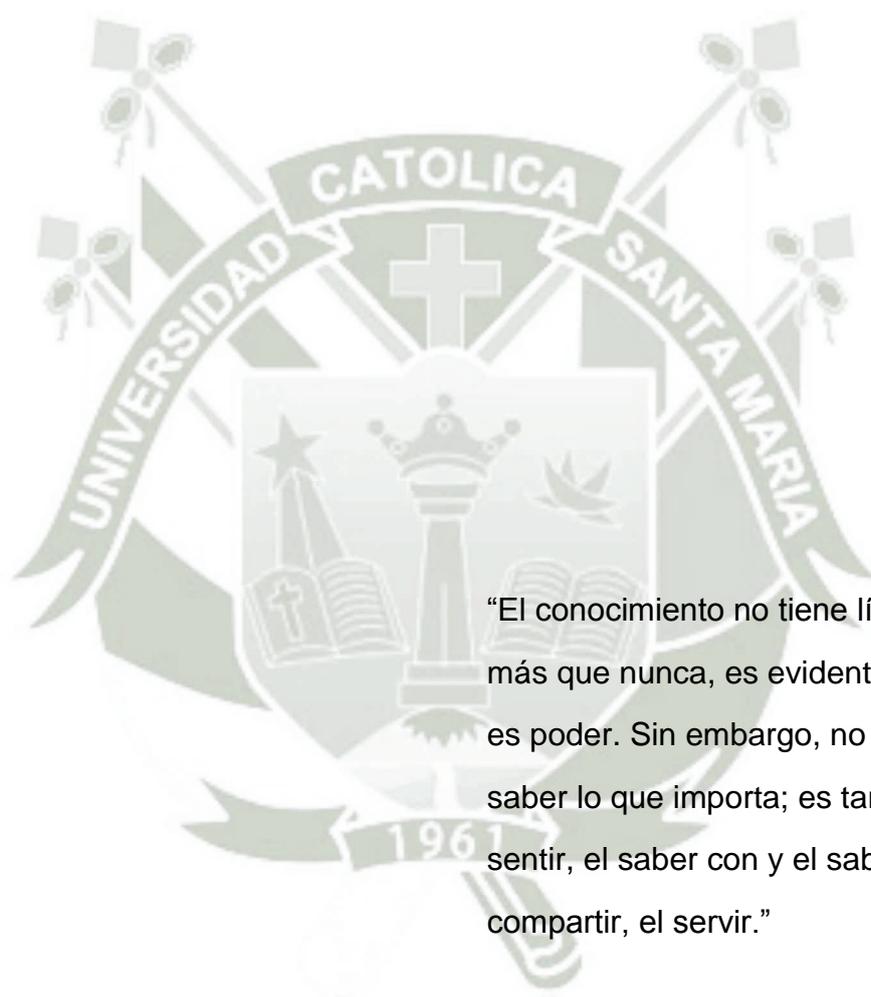


**“EFECTO DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN LA  
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HIPERTENSOS DEL HOSPITAL  
ANTONIO LORENA-CUSCO. 2006”**

Tesis Presentada por el Magister :  
**TIMOTEO DÍAZ DÍAZ.**

Para optar el grado académico de:  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD.**

**AREQUIPA - PERÚ  
2009**



“El conocimiento no tiene límites, y hoy, más que nunca, es evidente que saber es poder. Sin embargo, no es el mucho saber lo que importa; es también el sentir, el saber con y el saber para, el compartir, el servir.”

**Peter Hans Kolvenbach**



A mis padres Lorenzo, Díaz y Felicitas, Díaz a mi esposa Miriam, Mendoza, por su comprensión y Permanente apoyo y ser la persona más importante de mi vida y a mis hijos Patricia, Pepo y Daniela por ser todo para mi, son mi razón de existir y de realizar y cumplir todos mis objetivos.

## AGRADECIMIENTOS

- A los docentes de escuela de Post Grado de UCSM; por sus enseñanzas y experiencias vertidas en mi formación personal y profesional, gracias a la cual pude llegar a la mera trazada.
- A la Dra. Bethzabet, Pacheco Chirinos, al Dr. Abel, Tapia Fernández, y Dr. Benjamín, Paz Aliaga; Dictaminantes del presente trabajo, por su gran aporte y comprensión.
- A todas aquellas personas que desde la discreción constituyeron un aporte valioso.



## INDICE GENERAL

EPÍGRAFE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I:

RESULTADOS ..... 10

DISCUSIÓN ..... 27

CONCLUSIONES ..... 32

RECOMENDACIONES ..... 33

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 34

HEMEROGRFÍA ..... 37

INTERNET ..... 39

ANEXOS:

Anexo Nº 1: Proyecto de Tesis Doctoral ..... 41

Anexo Nº 2: Ficha de Recolección de Datos ..... 110

Anexo 3: Esquema de manejo del Paciente Hipertenso Hospitalizado  
para el Tratamiento Psicoterapéutico ..... 113

Anexo Nº 4: Matriz de Registro y Control ..... 115

Anexo Nº5: Secuencia Fotográfica ..... 120

Anexo Nº5: Solicitudes y Autorizaciones para la realización de la  
Investigación ..... 122

## RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo determinar el efecto del tratamiento psicoterapéutico en la ansiedad y depresión en hipertensos del hospital Antonio Lorena del Cusco, a efecto de dar respuesta a las interrogantes básicas se, requirió de 342 pacientes con hipertensión arterial divididos en dos grupos el primero con tratamiento psicoterapéutico (grupo 1, experimental) y el segundo sin tratamiento psicoterapéutico ( grupo 2, control), A los dos grupos se les aplicó una prueba de entrada, un pre test del nivel de ansiedad y depresión de acuerdo a la escala de Zung, luego se aplicó el tratamiento psicoterapéutico al grupo 1y posteriormente se les aplicó la prueba de salida, un post test del nivel de ansiedad y depresión a los dos grupos de acuerdo a la escala de Zung con la finalidad de analizar el efecto del tratamiento psicoterapéutico.

Los resultados obtenidos establecen que, los porcentajes de ansiedad y depresión disminuyeron después de aplicar el tratamiento psicoterapéutico siendo significativa esta disminución en el grupo experimental. Los porcentajes de ansiedad observadas fueron en la prueba de entrada y salida de (90.6% a 71.3% para el grupo control ( $p > 0.05$ ) y 96.3% a 16.4% para el grupo experimental, ( $p: 0.00$ )). En la depresión los porcentajes de las pruebas entrada y salida fueron de (96.5% a 85.4% para el grupo control ( $p > 0.05$ ) y 95.9% a 46.2% para el grupo experimental ( $p: 0.00$ )). El análisis de la diferencia de promedios obtenido mediante el test de Zung para los niveles de ansiedad y depresión en ambos grupos entre la prueba de salida versus el puntaje promedio obtenido en la prueba de entrada; no fue estadísticamente significativa en el grupo control, pero en el grupo experimental se observó una disminución de promedios, la diferencia de estos promedios fue estadísticamente significativa de acuerdo a la prueba T ( $p: 0.000$ ) observándose un efecto del tratamiento psicoterapéutico.

Consecuentemente se obtuvo sobre la disminución de los niveles de ansiedad y depresión con el tratamiento psicoterapéutico.

**Palabras Claves:** Ansiedad, Depresión, Tratamiento psicoterapéutico.

## ABSTRACT

This research aims to determine the effect of psychotherapy on anxiety and depression in hypertensive Antonio Lorena Hospital of Cusco, in order to provide answers to basic questions are, required 342 patients with hypertension divided into two groups, the first psychotherapeutic treatment (group 1, experimental) and the second without psychotherapeutic treatment (group 2, control), A the two groups had a test area, a pretest of the level of anxiety and depression according to the Zung scale after psychotherapeutic treatment was administered to group 1 and then were administered the test start, a post test of the level of anxiety and depression to two groups according to the Zung scale in order to analyze the effect of psychotherapy .

The results establish that the rates of anxiety and depression decreased after the application of psychotherapy is still significant decrease in the experimental group. The rates of anxiety were observed in the test input and output (90.6% to 71.3% for the control group ( $p > 0.05$ ) and 96.3% to 16.4% for the experimental group ( $p : 0.00$ )). In depression, the rates of input and output tests were (96.5% to 85.4% for the control group ( $p > 0.05$ ) and 95.9% to 46.2% for the experimental group ( $p : 0.00$ )). The analysis of the mean difference obtained by the Zung test for levels of anxiety and depression in both groups between the output test versus the average score obtained in the entrance test, it was not statistically significant in the control group, but the experimental group showed a decrease in average, the difference in these averages was statistically significant according to t test ( $p = 0.000$ ) observed an effect of psychotherapy.

Result was obtained on the lower levels of anxiety and depression with psychotherapy.

**Key words:**Anxiety, depression, psychotherapeutic treatment.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad una de las enfermedades con mayor incidencia y morbimortalidad en el mundo es la Hipertensión Arterial (HTA); diagnóstico que representa una experiencia inesperada y devastadora para el paciente, constituyendo así un elemento desestabilizador para él y su familia; la cual, independientemente de su capacidad de adaptación e integridad en situaciones de crisis, causa diferentes niveles de ansiedad y depresión.

El periodo comprendido entre la comunicación del diagnóstico y las sesiones de tratamiento puede experimentar diferentes reacciones emocionales en el paciente, no sólo porque la enfermedad amenaza su vida; sino también debido al tratamiento prolongado y al ambiente médico desconocido.

Todo esto, unido a los aspectos como la imposibilidad de curación, el temor y la incertidumbre sobre lo que sucederá, así como las implicancias de problemas familiares y económicos, etc.; puede generar estados de ansiedad, depresión y estrés crónico. Cada una de estas emociones es importante para entender el proceso por el que está atravesando el paciente y poder complementar la evaluación para proporcionar un tratamiento integral farmacológico y psicoterapéutico.

Teniendo como marco de referencia el enfoque de la psicología de la salud con una perspectiva biopsicosocial dentro del proceso salud-enfermedad, es que se plantea esta investigación para el estudio del efecto del tratamiento psicoterapéutico en hipertensos hospitalizados con diferentes niveles de ansiedad y depresión en el servicio de medicina del Hospital Antonio Lorena del Cusco, durante el periodo 2006 entendiéndola como discapacidad funcional que afecta el equilibrio emocional, calidad de vida y soporte social de la persona, ya que en nuestro país existe la necesidad de estudiar y comprender mejor no sólo

los procesos fisiopatológicos, sino también todos aquellos factores psicológicos, afectivos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales que actúan como mediadores en esta enfermedad y que inciden en la calidad de vida de la persona, y por tanto en la de su familia. La limitación existente que se puede generar en este estudio tiene relación con la proporción de casos encontrados para cada tipo de diagnóstico, niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con hipertensión (HTA).

En nuestra localidad un estudio en pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares concluyó que el tipo de personalidad predominante en la población de estudio es la de tipo sentimental, lo que hace que ejerza niveles de ansiedad y depresión con niveles porcentuales elevados de moderada a severa. Otro estudio en hipertensos concluye que existe correlación entre los niveles de ansiedad y depresión con la hipertensión arterial.

En el presente estudio se encontró un efecto del tratamiento psicoterapéutico en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes hipertensos. Los resultados encontrados son aplicables a pacientes con hipertensión arterial que presentan diferentes niveles de ansiedad y depresión.

La sección central de la tesis está dedicada a los resultados de la investigación en un capítulo único, los cuales han sido organizados en tablas y gráficos; así como, analizados e interpretados, teniendo muy en cuenta la operacionalización de variables, los objetivos y la hipótesis, en el afán de garantizar la necesaria coherencia interna del trabajo. Luego se incluye una discusión global, las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta la bibliografía, hemerografía, consulta a internet y consulta especializada, así como el proyecto de investigación en el que se explicita el planteamiento teórico y operacional de la investigación y los anexos correspondientes.



**CAPÍTULO ÚNICO**  
**ANÁLISIS DE LOS**  
**RESULTADOS**

## LISTA DE TABLAS

- TABLA Nº 1.- TEST DE ENTRADA DE ZUNG PARA EL NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006.**
- TABLA Nº 2.- TEST DE ENTRADA DE ZUNG PARA EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006.**
- TABLA Nº 3.- COMPARACION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA DE LOS GRADOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006.**
- TABLA Nº4.- COMPARACION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA DE LOS GRADOS DE DEPRESION EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006.**

## LISTA DE FIGURAS

- FIGURA Nº 1.-** COMPARACION DEL PUNTAJE OBTENIDO POR EL TEST DE ZUNG EN LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA PARA LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006.
- FIGURA Nº 2.-** COMPARACION DEL PUNTAJE OBTENIDO POR EL TEST DEZUNG EN LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA PARA LOS NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006.



TABLA N° 1

TEST DE ENTRADA DE ZUNG PARA EL NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES  
HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006

NIVEL DE ANSIEDAD (PRUEBA DE INGRESO)	GRUPO 1		GRUPO 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NORMAL	16	9.4%	16	9.4%	32	9.4%
LEVE	98	57.3%	100	58.5%	198	57.9%
MODERADA	42	24.6%	44	25.7%	86	25.1%
INTENSA	15	8.8%	11	6.4%	26	7.6%
TOTAL	171	100.0%	171	100.0%	342	100.0%

**Fuente:** Elaboración personal.

**Leyenda:**

- Grupo 1: Con tratamiento psicoterapéutico (grupo experimental)
- Grupo 2: Sin tratamiento psicoterapéutico (grupo control)

Prueba del Ji cuadrada y Tau c de Kendall para la comparación entre la prueba de entrada de los niveles de ansiedad en el grupo 1 y en el grupo 2.

	gl	p
$\chi^2$	0.682	0.877
<b>Tau – c de Kendall</b>	0.055	0.764
n = 342	p ≤ 0.05	

**Fuente:** Elaboración personal.

**Interpretación:** El cuadro 1 proporciona la distribución de los niveles de ansiedad en la prueba de entrada sobre el conjunto de los 342 pacientes observados. Como

se aprecia, del total de la población la distribución de los niveles de ansiedad fue el siguiente: 198 pacientes, que representa más de la mitad de la población (57.9%) tuvieron ansiedad en grado leve; seguido del grado moderado con 25.1% y sólo 32 de ellos que representa el 9.4% del total, tuvieron el nivel normal. Luego, en menor porcentaje estuvo el grado de ansiedad intensa con 7.6%.

La población total de hipertensos hospitalizados se dividió en 2 grupos: 171 hipertensos (grupo 1, grupo experimental) que recibió tratamiento psicoterapéutico, y otros 171 hipertensos (grupo 2) que forma el grupo control. En ambos casos el mismo número de ellos (16 hipertensos en cada grupo) estuvieron en el grado normal y más de la mitad de ambos grupos tuvieron ansiedad leve (57.3% para el grupo experimental y 58.5% para el grupo control), el grado moderado estuvo casi en el mismo porcentaje (24.6% en el grupo experimental y 25.7% en el grupo control).

Como se observa los pacientes hipertensos en los dos grupos presentan ansiedad en un porcentaje elevado (90.6%) de estos el grado leve es el que tiene mayor porcentaje en ambos grupos (57.3% para el grupo experimental y 58.5% para el grupo control). Estas observaciones podrían deberse a que los pacientes por su estado de salud tienen algún grado de ansiedad y depresión.

Para comprobar si los 2 grupos eran homogéneos se utilizaron 2 pruebas de contraste de hipótesis, la Prueba Ji cuadrado de Pearson y Tau- c de Kendall. Según la Prueba Ji cuadrado que compara el grado de asociación entre 2 variables se observa que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las frecuencias observadas en el tipo de ansiedad entre cada uno de los grupos ( $p: 0.877$ ); y de acuerdo a la prueba Tau -c de Kendall que compara si uno de los grupos tubo tendencia a presentar un nivel mayor de ansiedad se observa que , también en este caso no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p: 0.764$ ); por lo que podemos concluir que los 2 grupos tuvieron características similares en cuanto a los niveles de ansiedad antes de iniciar el tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico.

**TABLA N° 2**  
**TEST DE ENTRADA DE ZUNG PARA EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES**  
**HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006**

NIVEL DE DEPRESION (PRUEBA DE INGRESO)	GRUPO 1		GRUPO 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>NORMAL</b>	7	4.1%	6	3.5%	13	3.8%
<b>LEVE</b>	52	30.4%	37	21.6%	89	26.0%
<b>MODERADA</b>	93	54.4%	103	60.2%	196	57.3%
<b>INTENSA</b>	19	11.1%	25	14.6%	44	12.9%
<b>TOTAL</b>	171	100.0%	171	100.0%	342	100.0%

**Fuente:** Elaboración personal.

**Leyenda:**

- Grupo 1: Con tratamiento psicoterapéutico (grupo experimental)
- Grupo 2: Sin tratamiento psicoterapéutico (grupo control)

Prueba del Ji cuadrada y Tau c de Kendall para la comparación entre la prueba de entrada de los niveles de ansiedad en el grupo 1 y en el grupo 2.

	gl	p
<b>X<sup>2</sup></b>	3.933	0.269
<b>Tau – c de Kendall</b>	-0.104	0.06
n = 342	p ≤ 0.05	

**Fuente:** Elaboración personal.

**Interpretación:** El cuadro 2 proporciona el estudio descriptivo de la distribución de las cuatro modalidades del Nivel de Depresión (Prueba de Ingreso). Tal como

se observa; también en éste caso en cuanto al total de la población de estudio, 13 pacientes tuvieron el nivel normal de depresión que representa sólo el 3.8% del total y el nivel moderado se presentó en 196 pacientes que es más de la mitad del total de los pacientes (57.3%), seguido del grado de depresión leve con 26% y el grado severo con 12.9%.

En el grupo experimental, en la prueba de entrada el 4.1% presentó el grado normal y 54.4% se encontraba con depresión moderada, seguido del grado del grado leve con 30.4% y el grado intenso con 11.1%. En cuanto al grupo control el porcentaje de normalidad fue 3.5%, y más de la mitad de ellos tuvieron depresión moderada (60.2%). El grado de depresión leve se presentó en 37 pacientes (21.6%), y 25 pacientes tuvieron depresión intensa (14.6% de este grupo).

Como se observa los pacientes hipertensos en ambos grupos presentan algún grado elevado de depresión (96.2%). Siendo en este caso el grado moderado de depresión el que presentó los mayores porcentajes (54.4% para el grupo experimental y 60.2% para el grupo control). Estas observaciones podrían deberse a que los pacientes por su estado de salud tienen algún grado de ansiedad y depresión.

Para comprobar si los 2 grupos eran homogéneos en cuanto a los niveles de depresión se utilizaron también en este caso 2 pruebas de contraste de hipótesis, la Prueba Ji cuadrado de Pearson y Tau- c de Kendall. Según la Prueba Ji cuadrado que compara el grado de asociación entre 2 variables se observa que no hubo diferencias estadísticamente significativa en la distribución de las frecuencias observadas en el tipo de depresión entre cada uno de los grupos ( $p: 0.269$ ); y de acuerdo a la prueba Tau -c de Kendall que compara si uno de los grupos tuvo tendencia a presentar un nivel mayor de depresión se observa que, también en este caso no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p: 0.06$ ); por lo que podemos concluir que los 2 grupos tuvieron características similares en cuanto a los niveles de depresión antes de iniciar el tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico.

TABLA N° 3

COMPARACION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA DE LOS GRADOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006.

TRATAMIENTO RECIBIDO	NIVEL DE ANSIEDAD	PRUEBA DE ENTRADA		PRUEBA DE SALIDA		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%		
GRUPO 1	NORMAL	16	9.4%	143	83.6%	73.953	0.00
	LEVE	98	57.3%	23	13.5%		
	MODERADA	42	24.6%	5	2.9%		
	INTENSA	15	8.8%	0	.0%		
GRUPO 2	NORMAL	16	9.4%	49	28.7%	3.933	0.269
	LEVE	100	58.5%	96	56.1%		
	MODERADA	44	25.7%	24	14.0%		
	INTENSA	11	6.4%	2	1.2%		

**Leyenda:**

- Grupo 1: Con tratamiento psicoterapéutico (grupo experimental)
- Grupo 2: Sin tratamiento psicoterapéutico (grupo control)

Prueba del Ji cuadrada para la comparación entre la prueba de entrada y salida de los niveles de ansiedad en el grupo 1 y en el grupo 2.

	X <sup>2</sup>	gl	p
<b>Grupo 1</b>	1105.251	3	0.000
<b>Grupo 2</b>	20.682	3	0.877

n = 342

p ≤ 0.05

**Fuente:** Elaboración personal.

**Interpretación:** La tabla N° 3 compara la distribución numérica y porcentual de la prueba de entrada y salida de los niveles de ansiedad en el grupo experimental y en el grupo control.

Como se observa en el grupo experimental, que recibió tratamiento psicoterapéutico, el análisis de la diferencia entre la prueba de entrada y salida del nivel de ansiedad se observó que, el porcentaje de casos con normalidad ascendió 8.9 veces (más de 9.4% a 83.6%), es decir que más del 80% de ellos (143 pacientes) no presento ningún tipo de ansiedad, habiendo un descenso del grado leve de 57.3% al 13.5% de pacientes y del grado moderado de 24.6% a 2.9%, destacando que en la prueba de salida no se encontró ningún caso de ansiedad intensa. Las diferencias observadas de la disminución de los niveles de ansiedad en la prueba de salida y un aumento en los casos en la normalidad entre la prueba de entrada y salida del nivel de ansiedad, en este grupo fue estadísticamente significativa con un valor  $p < 0.00$ , observándose que el tratamiento psicoterapéutico disminuye los niveles de ansiedad en los pacientes hipertensos.

En el grupo control, el análisis de la diferencia entre la prueba de entrada y salida del nivel de ansiedad se observó que los porcentajes de normalidad aumentaron de 9.4% a 28.7% (es decir 3.05 veces más), pero en cuanto al nivel de ansiedad leve los porcentajes no tuvieron cambios significativos, ya que se mantuvo casi igual (58.5% en la prueba de entrada y 56.1% en la prueba de salida). En cuanto al grado moderado el porcentaje de casos se redujo casi a la mitad (de 25.7% a 14%), mientras que el grado intenso se redujo 5.3 veces (de 6.4% a 1.2%). Pero a pesar de éstas diferencias observadas en los porcentajes no llegaron a ser estadísticamente significativos siendo el valor de  $p > 0.05$ . ( $p: 0.877$ ).

TABLA Nº 4

COMPARACION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA DE LOS GRADOS DE DEPRESIONEN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006

TRATAMIENT O RECIBIDO	NIVEL DE DEPRESION	PRUEBA DE ENTRADA		PRUEBA DE SALIDA		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%		
GRUPO 1	NORMAL	7	4.1%	92	53.8 %	73.95 3	0.00 0
	LEVE	52	30.4 %	54	31.6 %		
	MODERAD A	93	54.4 %	24	14.0 %		
	INTENSA	19	11.1 %	1	.6%		
GRUPO 2	NORMAL	6	3.5%	25	14.6 %	3.933	0.26 9
	LEVE	37	21.6 %	58	33.9 %		
	MODERAD A	103	60.2 %	81	47.4 %		
	INTENSA	25	14.6 %	7	4.1%		

**Leyenda:**

- Grupo 1: Con tratamiento psicoterapéutico (grupo experimental)
- Grupo 2: Sin tratamiento psicoterapéutico (grupo control)

Prueba del Ji cuadrado para la comparación entre la prueba de entrada y salida de los niveles de depresión en el grupo 1 y en el grupo 2.

	X <sup>2</sup>	gl	p
<b>Grupo 1</b>	73.953	3	0.000
<b>Grupo 2</b>	3.9333		0.269

n = 342

p ≤ 0.05

**Fuente:** Elaboración personal

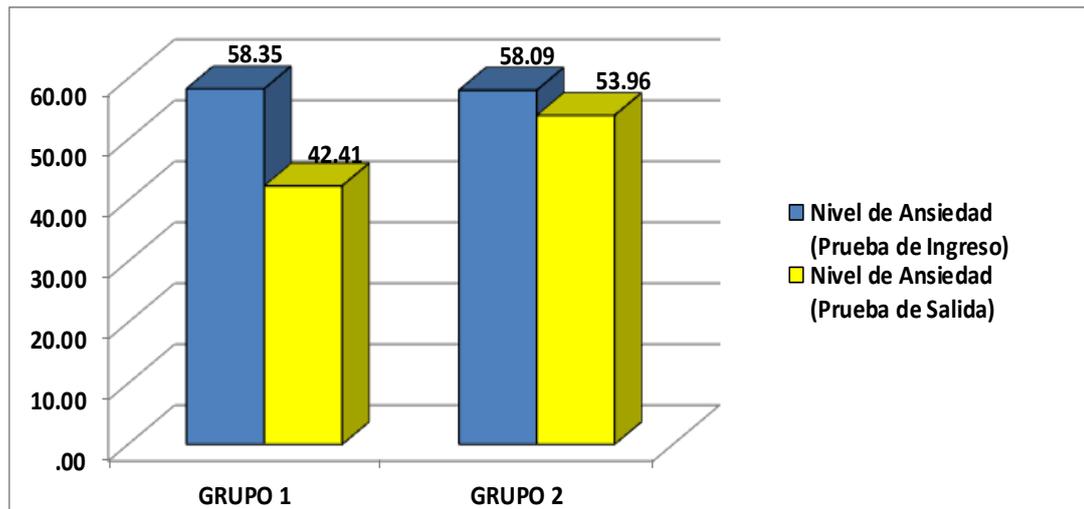
**Interpretación:** La tabla N° 4 analiza y compara la distribución numérica y porcentual de la prueba de entrada y salida de los grados de depresión en el grupo experimental y en el grupo control.

En el grupo experimental, el análisis de la diferencia entre la prueba de entrada y salida del grado de depresión se observó que, el porcentaje de casos con normalidad ascendió 13.1 veces (más de 4.1% a 53.8%), es decir que más de la mitad de ellos (92 pacientes) no presento ningún tipo de depresión. En cuanto al nivel de depresión el grado leve tuvo un ligero ascenso de 30.4% a 31.6%, pero el grado moderado e intenso tuvieron descensos significativos: de 54.4% a 14% y de 11.1% a 0.6% respectivamente. Las diferencias observadas de la disminución del nivel de depresión en la prueba de salida y un aumento en los casos en la normalidad entre la prueba de entrada y salida del nivel de depresión en este grupo fue estadísticamente significativa con un valor  $p < 0.05$  ( $p: 0.00$ ), observándose que el tratamiento psicoterapéutico disminuye los niveles de depresión en los pacientes hipertensos.

En cuanto al grupo control el análisis de la diferencia entre la prueba de entrada y salida del nivel de depresión se observó un aumento de los porcentajes de normalidad de 3.5% a 14.6% (es decir 4.17 veces más), y de los porcentajes del grado de depresión leve (21.6% en la prueba de entrada y 33.9% en la prueba de salida). En cuanto al grado moderado el porcentaje de casos se redujo 1.27 veces (de 60.2% a 47.4%), mientras que el grado intenso se redujo 3.56 veces (de 14.6% a 4.1%). Pero a pesar de éstas diferencias observadas, los cambios de porcentajes no llegaron a ser estadísticamente significativos siendo el valor de  $p > 0.05$ . ( $p: 0.269$ ).

**GRAFICO Nº 1**

**COMPARACION DEL PUNTAJE OBTENIDO POR EL TEST DE ZUNG EN LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA PARA LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006**



	GRUPO 1	GRUPO 2
	PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DEL NIVEL DE ANSIEDAD	PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DEL NIVEL DE ANSIEDAD
PRUEBA DE INGRESO	58.35	58.09
PRUEBA DE SALIDA	42.41	53.96

**Leyenda:**

- Grupo 1: Con tratamiento psicoterapéutico (grupo experimental)
- Grupo 2: Sin tratamiento psicoterapéutico (grupo control)

**Prueba T para la igualdad de medias para variables cuantitativas**

		t	gl	Sig. (bilateral)	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Nivel de Ansiedad (Prueba de Ingreso)	Se han asumido varianzas iguales	-.291	340	.772	-1.953	1.450
	No se han asumido varianzas iguales	-.291	334.540	.772	-1.953	1.450
Nivel de Ansiedad (Prueba de Salida)	Se han asumido varianzas iguales	15.194	340	.000	10.054	13.045
	No se han asumido varianzas iguales	15.194	306.509	.000	10.054	13.046

n = 342

p ≤ 0.05

**Fuente:** Elaboración personal.

**Interpretación:** El gráfico N° 1 compara el puntaje promedio obtenido mediante el test de Zung para los niveles de ansiedad en ambos grupos entre la prueba de salida versus el puntaje promedio obtenido en la prueba de entrada.

En el grupo experimental el puntaje promedio en la prueba de entrada fue de 58.35 (que corresponde al grado de ansiedad leve) y en la prueba de salida fue de 42.41 (valor que como se sabe corresponde a nivel normal). Como se observa en el grupo control el puntaje promedio en la prueba de entrada fue de 58.09 y en la prueba de salida fue de 53.96, los cuales corresponden al grado de ansiedad leve.

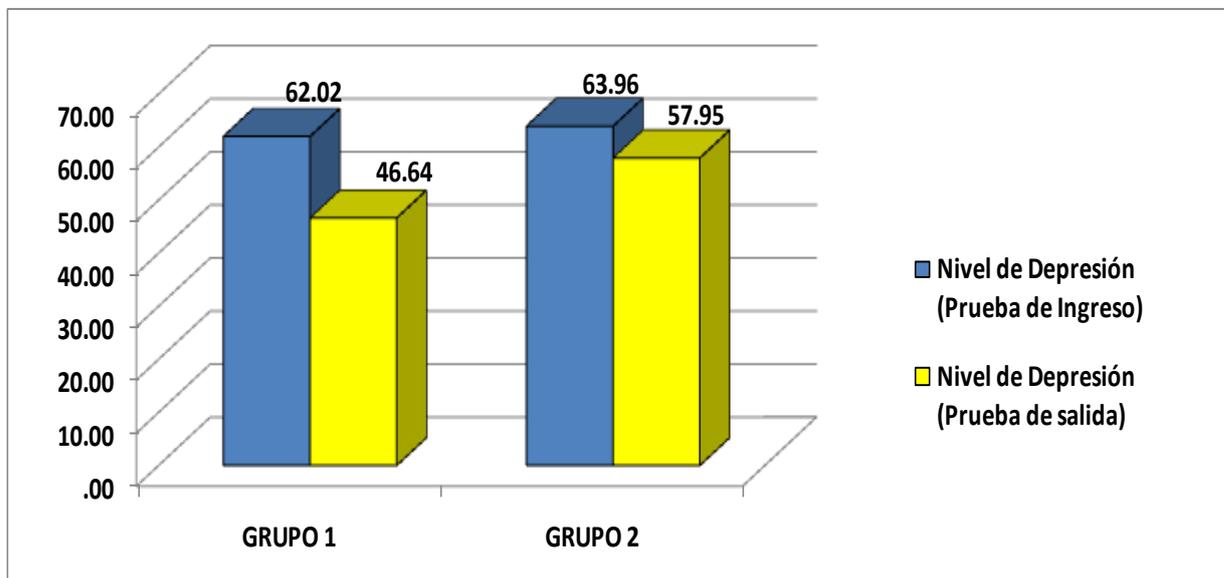
El análisis de la diferencia de promedio de la prueba de ingreso entre el grupo experimental y grupo control se observó que los puntajes del nivel de ansiedad entre ambos grupos no fue significativa con un valor  $p > 0.05$  ( $p=0.772$ ). Ya que la diferencia de promedios fue casi similar de 0.25 puntos más en el grupo control.

El análisis de la diferencia de promedios de la prueba de salida entre el grupo experimental y control se observa que el grupo control continuo con un puntaje mayor habiendo una diferencia de 11.55 puntos en relación al grupo experimental al que se le aplicó el tratamiento psicoterapéutico esta diferencia de promedios fue significativa ( $p= 0.000$ ), como era de esperar con el tratamiento psicoterapéutico los promedios de ansiedad disminuyen habiendo un efecto de este sobre los niveles de ansiedad en los pacientes hipertensos.



**GRAFICO Nº 2**

**COMPARACION DEL PUNTAJE OBTENIDO POR EL TEST DE ZUNG EN LA PRUEBA DE ENTRADA Y SALIDA PARA LOS NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2006**



	GRUPO 1	GRUPO 2
	PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DEL NIVEL DE DEPRESIÓN	PROMEDIO DEL PUNTAJE OBTENIDO DEL NIVEL DE DEPRESIÓN
PRUEBA DE INGRESO	62.02	63.96
PRUEBA DE SALIDA	46.64	57.95

**Leyenda:**

- Grupo 1: Con tratamiento psicoterapéutico (grupo experimental)
- Grupo 2: Sin tratamiento psicoterapéutico (grupo control)

**Prueba T para la igualdad de medias para variables cuantitativas**

		t	Gl	Sig. (bilateral)	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Nivel de Depresión (Prueba de Ingreso)	Se han asumido varianzas iguales	2.680	340	.074	.402	3.482
	No se han asumido varianzas iguales	2.680	338.211	.074	.401	3.482
Nivel de Depresión (Prueba de salida)	Se han asumido varianzas iguales	9.985	340	.000	9.077	13.531
	No se han asumido varianzas iguales	9.985	322.941	.000	9.077	13.531

n = 342

p ≤ 0.05

**Fuente:** Elaboración personal.

**Interpretación:** El gráfico N° 2 compara el puntaje promedio obtenido mediante el test de Zung para los niveles de depresión en ambos grupos entre la prueba de salida versus el puntaje promedio obtenido en la prueba de entrada.

En el grupo experimental el puntaje promedio en la prueba de entrada fue de 62.02 (que corresponde al grado de depresión moderada) y en la prueba de salida fue de 46.64 (valor que como se sabe corresponde a nivel normal). En el grupo control el puntaje promedio en la prueba de entrada fue de 63.96 (valor que corresponde al grado de depresión moderada) y en la prueba de salida fue de 57.95 (correspondiente al grado de depresión leve).

El análisis de la diferencia de promedio de la prueba de ingreso entre el grupo experimental y control se observó que los puntajes del nivel de depresión entre ambos grupos no fue significativa con un valor  $p > 0.05$  ( $p=0.074$ ). Ya que la diferencia fue de 1.94 puntos más en el grupo control.

El análisis de la diferencia de promedios de la prueba de salida entre el grupo control y experimental, se observa que el grupo control continuo con un puntaje mayor habiendo una diferencia de 11.3 puntos en relación al grupo experimental al que se le aplicó el tratamiento psicoterapéutico esta diferencia de promedios fue significativa ( $p= 0.000$ ), como era de esperar al igual que en la ansiedad con el tratamiento psicoterapéutico los promedios de depresión disminuyen habiendo un efecto de este sobre los niveles de depresión en los pacientes hipertensos.



## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre los niveles de ansiedad y depresión; la muestra estuvo constituida por pacientes hospitalizados con hipertensión arterial. Los resultados mostraron:

### **Del análisis Descriptivo de los Resultados, se observó que:**

Los niveles de ansiedad en la prueba de entradas sobre el conjunto de los 342 pacientes se observaron diferentes niveles de ansiedad con un total del 90.6% y resto que representa el 9.4% de la población total no presentó ningún nivel de ansiedad, el mayor porcentaje observado de ansiedad en los pacientes hipertensos se debe a que estos ya tienen algún grado de ansiedad por la enfermedad tal como lo demuestran los trabajos de Palomino M. Angela (Cusco – 2001). En su estudio “Niveles de Ansiedad y Depresión con Pacientes Hipertensos-Tratamiento Cardiovascular quien encontró una correlación entre los niveles de ansiedad y hipertensión arterial. Así mismo Meyer, Fdiedman y RayRosenmann (EEUU - 1984). En su estudio “Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes con Hipertensión Arterial encontró que la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial favorecen el desarrollo de conductas ansiosas y/o depresivas y estrés.

Con respecto a los niveles de ansiedad el mayor porcentaje presentó ansiedad leve con 57.9%, seguido de la ansiedad moderada con 25.1% y en menor porcentaje el nivel de ansiedad intenso con el 7.6% estos resultados son comparables con los de Ramírez, P. Roxana Año (Cusco – 2002). En su estudio “Personalidad y Niveles de ansiedad y depresión, en pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares del servicio de Medicina del Hospital Regional quien encontró en su estudio niveles porcentuales elevados de moderada a severa de la muestra de estudio. Infantas U. Penélope (España - 2002) En su estudio “variables psicológicas en pacientes cardiacas, hipertensión arterial y dolor crónico encontró niveles de ansiedad y depresión altos en los pacientes cardiacos e hipertensos.

La muestra de estudio se dividió en 2 grupos: 171 hipertensos (grupo 1, grupo experimental) que recibió tratamiento psicoterapéutico, y otros 171 hipertensos (grupo 2, que forma el grupo control). Ambos grupos tuvieron el mismo porcentaje de ansiedad normal. Con respecto a los grados más de la mitad de ambos grupos tuvieron ansiedad leve (57.3% para el grupo experimental y 58.5% para el grupo control), el grado moderado estuvo casi en el mismo porcentaje (24.6% en el grupo experimental y 25.7% en el grupo control). Como se observa los niveles de ansiedad en ambos grupos fueron los mismos en la prueba de entrada con 90.6%.

Con respecto al nivel de depresión en la prueba de ingreso en los sujetos de estudio el 96.3% presentó depresión, y el resto 3.6% no presentó depresión, de acuerdo a los niveles el mayor porcentaje presentó el nivel moderado (57.3%), seguido del grado de depresión leve con 26% y el grado severo con 12.9%. El mayor porcentaje observado de depresión en estos pacientes se debe a que estos ya tienen algún grado de depresión por su enfermedad tal como lo demuestran los trabajos realizados por Palomino M. Ángela (Cusco – 2001). En su estudio “Niveles de Ansiedad y Depresión con Pacientes Hipertensos-Tratamiento Cardiovascular” quien encontró una correlación entre los niveles de depresión y hipertensión arterial. Así mismo Meyer, Friedman y Ray Rosenmann (EEUU - 1984). En su estudio “Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes con Hipertensión Arterial” encontró que la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial favorecen el desarrollo de conductas ansiosas y/o depresivas y estrés. Infantas U. Penélope (España - 2002) En su estudio “variables psicológicas en pacientes cardíacas, hipertensión arterial y dolor crónico” encontró niveles de ansiedad y depresión altos en los pacientes cardíacos e hipertensos.

En cuanto a los niveles de depresión por grupo, en el grupo experimental, en la prueba de entrada el 4.1% presentó el grado normal y 54.4% se encontraba con depresión moderada. En el grupo control el porcentaje de normalidad fue 3.5%, y más de la mitad de ellos tuvieron depresión moderada (60.2%), depresión leve (21.6%), depresión intensa (14.6%).

Como se observa los porcentajes de depresión en ambos grupos fue casi similar en la prueba de entrada con 96.5% para el grupo experimental y 95.9% para el grupo control.

### **Del Análisis Estadístico Inferencial del Efecto del Tratamiento Psicoterapéutico sobre los Niveles de Ansiedad y Depresión se encontró:**

#### ***Efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre los niveles de ansiedad.***

En el grupo experimental (Con tratamiento psicoterapéutico) se observó un efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre los niveles de ansiedad ya que los porcentajes disminuyeron del 90.6 % en la prueba de entrada al 16.4% en la prueba de salida después de aplicar el tratamiento psicoterapéutico. De acuerdo a la prueba Chi cuadrado de Pearson esta diferencia de porcentajes en el grupo experimental fue estadísticamente significativo ( $p < 0.00$ ).

Se observó en el grupo control una disminución leve de los porcentajes de ansiedad del 90.6% en la prueba de entrada a 71.3% en la prueba de salida las diferencias de porcentajes no fueron estadísticamente significativas lo que nos hace pensar que esta disminución se debe a que el tratamiento de la hipertensión hace algún efecto sobre la ansiedad tal como lo demuestra los trabajos realizados por Vásquez .A. Jose (Lima. – 2002). En su estudio “Efecto del Tratamiento Antihipertensivo sobre la Ansiedad y Depresión” concluyó que frente a estado de enfermedad como la Hipertensión Arterial en varones y mujeres los niveles de ansiedad y depresión disminuyen después del tratamiento antihipertensivo.

### ***Efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre los niveles de depresión.***

En el grupo experimental se observó un efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre los niveles de depresión habiendo una disminución significativa de los porcentajes de depresión del 95.9% en la prueba de entrada al 46.2% en la prueba de salida después del tratamiento psicoterapéutico. De acuerdo a la prueba Chi cuadrado de Pearson esta diferencia de porcentajes en el grupo experimental fue estadísticamente significativo ( $p < 0.00$ ).

En el grupo control hubo una disminución de los porcentajes de depresión del 96.5% en la prueba de entrada al 85.4% en la prueba de salida. Pero a pesar de éstas observaciones encontradas los cambios de porcentajes no llegaron a ser estadísticamente significativos. Esta disminución observada al igual que en la ansiedad se debe a un efecto del tratamiento para la hipertensión arterial sobre los niveles de depresión tal como lo demuestran los trabajos realizados por Vásquez .A. José (Lima. – 2002). En su estudio “Efecto del Tratamiento Antihipertensivo sobre la Ansiedad y Depresión” concluyó que frente a estado de enfermedad como la Hipertensión Arterial en varones y mujeres los niveles de ansiedad y depresión disminuyen después del tratamiento antihipertensivo.

Con respecto a la comparación del promedio obtenido mediante el test de Zung para los niveles de ansiedad en ambos grupos entre la prueba de salida versus el puntaje promedio obtenido en la prueba de entrada para determinar el efecto del tratamiento psicoterapéutico, se observó:

Una ligera disminución del promedio en el grupo control de 58.09 (corresponde al grado de ansiedad leve) en la prueba de entrada al 53.96 en la prueba de salida (corresponde al grado de ansiedad leve). En el grupo experimental en el que se aplicó el tratamiento psicoterapéutico el puntaje promedio en la prueba de entrada fue de 58.35 (corresponde al grado de ansiedad leve) y en la prueba de salida fue de 42.41 (corresponde al nivel normal).

Al comparar los resultados en la prueba de ingreso se observa que los puntajes del nivel de ansiedad entre el grupo experimental y control no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. Al comparar los resultados en la prueba de salida la diferencias fueron de acuerdo a la prueba T estadísticamente significativa ( $p < 0.00$ ) observándose un efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre la ansiedad.

Con respecto al puntaje promedio obtenido mediante el test de Zung para los niveles de depresión en ambos grupos entre la prueba de salida versus el puntaje promedio obtenido en la prueba de entrada se observó:

En el grupo control el puntaje promedio tubo una disminución de 63.96 en la prueba de entrada (corresponde al grado de depresión moderada) a 57.95 en la prueba de salida (correspondiente al grado de depresión leve. En el grupo experimental fue de 62.02 en la prueba de entrada (corresponde al grado de depresión moderada) a 46.64 en la prueba de salida (corresponde a nivel normal).

Al comparar los resultados en la prueba de ingreso estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los puntajes del nivel de depresión en la prueba de salida entre el grupo experimental y control fue significativa de acuerdo a la prueba T ( $p < 0.00$ ), existiendo un efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre la depresión

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Los pacientes con hipertensión arterial presentaron un mayor nivel de ansiedad leve y depresión moderada según la prueba de ingreso.

### SUGUNDA

La prueba de salida del nivel de ansiedad y depresión en los hipertensos que recibieron tratamiento psicoterapéutico mostró una disminución de los niveles de ansiedad y depresión de leve y moderada a un grado normal.

### TERCERA

Se obtuvo un efecto sobre la disminución de los niveles de ansiedad y depresión con el tratamiento psicoterapéutico aceptándose la hipótesis planteada.



## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

Se sugiere a los médicos encargado de los pacientes con hipertensión arterial del los Hospitales del MINSA – Provincia del Cusco y a todos los psicólogos que laboran en instituciones prestadoras de servicio de salud incidir en tratamiento integral médico y psicológico.

### SEGUNDA

Utilizando este estudio como base, se sugiere a los profesionales de medicina y psicología, que realicen otras investigaciones, que tengan por objetivo establecer la relación y el efecto de las enfermedades cardiovasculares y otras patologías con las manifestaciones psicológicas.

### TERCERA

Se sugiere a los médicos clínicos encargados de tratar las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial y los psicólogos de las instituciones prestadoras de salud trabajar coordinadamente a través de las interconsulta de todo paciente con enfermedad cardiovascular al servicio de psicología para su identificación y tratamiento de la ansiedad y depresión; para un mejor tratamiento integral tanto psicológico como médico con la finalidad de mejorar el estado de salud del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AISEMBERG E. R. (1994) Modelos teóricos en psicopatología. Edit. Minter. Buenos Aires.
2. BELLOCH, Amparo (1999), Manual de Psicopatología. Mcgraw - Hill.
3. BISCHOF, Letford (1991) Interpretación de las teorías de la personalidad. Edic. Trillas. México.
4. BOCETA.J.M. y BUENO A.M. Psicología y Salud. (1995) Edit. Dykenson, Madrid- España.
5. BROWN, T.S.B. y VAL LACE (1987) Psicología y Fisiología. Edit. Interamericana. México.
6. CASO, Agustín (1987) Fundamentos de Psiquiatría. Edit. Limusa. Tercera Edición.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. (December 2003). «Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure». Hypertension 42 (6): pp. 1206–52.
8. DAVIDOFF, Linda (1995) Introducción a la Psicología. Ed.Mcgraw - Hill. Tercera Edición.
9. DIAZ, Mónica. ¿Cómo comenzar el tratamiento del paciente hipertenso?. Rev. argent. cardiol. [online]. 2006, vol.74, n.3 [citado 2010-07-23], pp. 191-193. ISSN 1850-3748.
10. DORSCH Friedrich (1992) Diccionario de Psicología. Ed. Herder. Barcelona.
11. Dreisbach, Albert W; SatSharma y Claude Kortas (feb de 2010). «Hypertension» (en inglés). Nephrology: Hypertension and theKidney. eMedicine.com. Consultado el 5 de julio de 2010.

12. ELLIS A. Manual de Terapia Racional – Emotiva 7ª Edición Edit. Limusa de Brower. S.A 1981 Henao, G. Bibao
13. French C, Del Aguila J, Perales L y col: Mortalidad cardiovascular asociada a hipertensión arterial enel Hospital Central E. Rebagliati M. (IPSS). Rev Per Card. 19:68, 1993.
14. Feng J. He; Graham A. MacGregor. HowFarShould Salt Intake Be Reduced? (artículo completo disponible en inglés). Hypertension. 2003;42:1093. Último acceso 27 de julio de 2010. BVB V
15. Harrison Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). «Capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva» (en español). Harrison online en español. McGraw-Hill. Consultado el 16 de junio de 2008.
16. HIDALGO, H. Psicología Clínica (1989) Ira. Edic. Edit. San Marcos. Lima-Perú.
17. José F. Guadalajara Boo. Jefe de Servicio Clínico. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Programa de Actualización continua para Cardiología. pp. p8.
18. KAPLAN Harold (1988) Compendio de Psiquiatría. Edit. Salvad 1996
19. Kumar, MBBS, MD, FRCPath, V.; Abul K. Abbas, MBBS, Nelson Fausto, MD and Jon Aster, MD (2009). «Ch.11 Hypertensive vascular disease». En Saunders (Elsevier). Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease (8th edición). ISBN 978-1-4160-3121-5.
20. LEVY Feinleib (1987) Factores de riesgo coronario y su tratamiento. Edit. Interamericana. México.
21. Organización Panamericana de la Salud: Las Condiciones de salud en las Américas, 1994.

22. Puffer RR and Griffith GW: Pattern of Urban Mortality. Panamerican Health Organization. Sc. Public. N° 151. Washington, 1967.
23. ROTONDO, H. (1991) Manual de Psiquiatría Edit. Emotria S.A. Lima-Perú.
24. RUSELL, GRIEBER Manual de Terapia Racional – Emotiva
25. SÁNCHEZ CARLESSI Hugo (1984) Metodología y Diseño en la Investigación Científica Edit. Printed.Lima-Peru.
26. SANCHEZ H. Y. REYES C. (1988) Metodología y Diseño en la Investigación Científica Lima.
27. SCCHNEIDER, D. Personalidad (1997) Edit. Grijalbo. México D.F.
28. Salud Mental (1997) Edit. Salvat. España.
29. SCHAPACHNIK Edgardo (1995) Lo psicossomático en diferentes corrientes teóricas Edit. Héctor A. Macchi. Chile.
30. Svetkey LP, Moore TJ, DASH collaborative research group y col. Angiotensinogen genotype and blood pressure response in the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) study (en inglés). J Hypertens. 2001 Nov;19(11):1949-56. Último acceso 27 de julio de 2010. PMID: 11677359
31. TORMO V., VELASCO J.A (1978) Valoración Funcional y Rehabilitación de la Cardiopatía Coronario Barcelona: Ed. Médica y Técnica
32. VALDEZ M (1997). El Estrés. España
33. VIDAL Alarcón Psiquiatría (1986) Edit. Panamericana. Buenos Aires.
34. VILLASANTE Marco (1993) Metodología de la Investigación Edit.IIUR. UNSAAC.
35. ZACK Melvin y COWEN Emory Sicopatología (1992) 3ra Edic. Edit. ínter-americana. México.

## HEMEROGRAFÍA

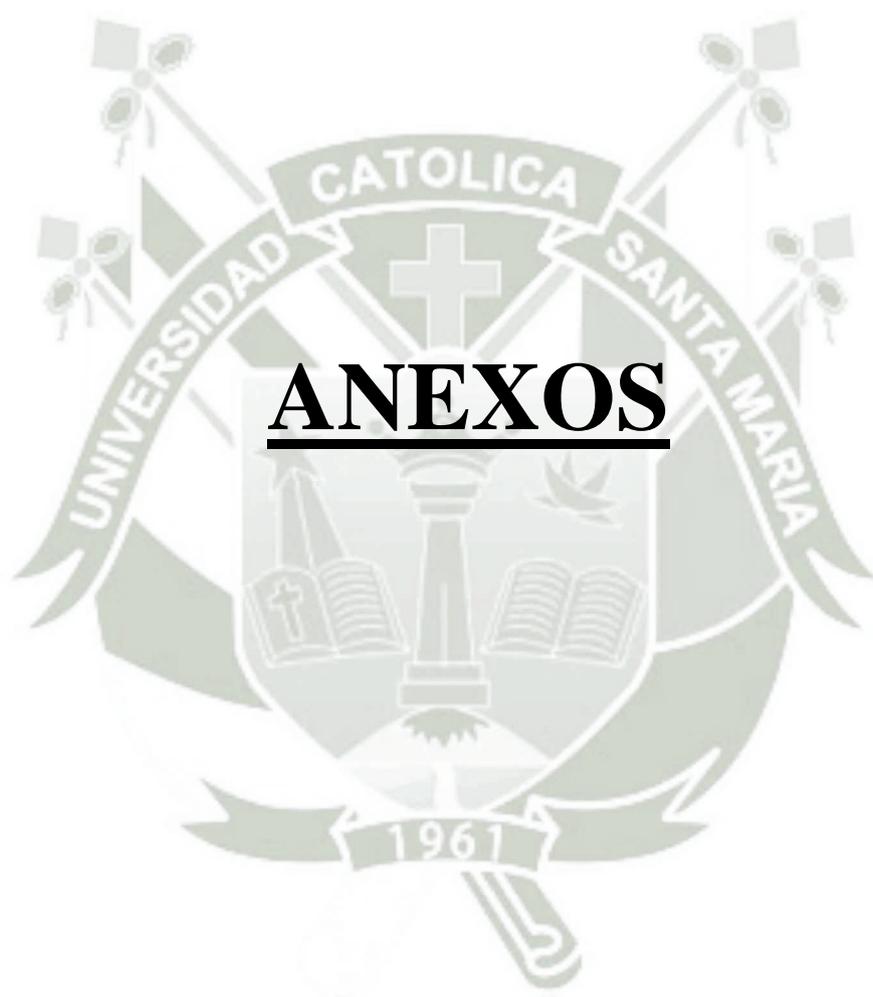
1. BENITEZ S. (1996) Factores de riesgo de enfermedad cardiovasculares en trabajadores de CERVESUR – Cusco tesis para optar el Título de Médico Cirujano Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
2. DE SOLDATI L. (1970). Enfermedades Cardiovasculares. Argentina: El Ateneo
3. FRENCH Y COLS; "Mortalidad Cardiovascular asociado a HTA enel hospital Rebagliati M. (IPSS)". Rev. Perúcardiolog. Vol.XIX. Nro.2 Oct. Dic. 93.pag.73.
4. FRENCH C. y COLS (1993) Mortalidad Cardiovascular asociado a HTA. XIX N° 2 Octubre-Diciembre
5. GESTIÓN MÉDICA. ACTUALIDAD "Existe mayor espacio para la Asistencia Psicológica a Pacientes Enfermos". 2000. p.8
6. PADILLA S. (1993) Insuficiencia Coronaria en la altura. Congreso Nacional de Medicina Jun-Jul Lima
7. PAREDES Y COLS. Estudio Clínico Epidemiológico del Infarto de Miocardio. CONCYTEC Lima: A y B.
8. PRADO A.I. (1994). Tipo de conducta en pacientes adultos con enfermedad coronario de un Hospital de las Fuerzas Armadas. Tesis para optar el Titulo de Licenciado en Psicología Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia
9. Revista Electrónica de Psicología Vol 3 N° 3 Enero 2000 ISSN 1137 – 8492
10. SANTOS PADILLA. "Insuficiencia Coronaria en la altura". UCI-IPSS Cusco. I Congreso de Medicina Lima. 1993.
11. SEIDEL, J.H. "PREVENTION of Cardiovascular Diesase by intervención", Fac.8, 1993, pag. 107

12. SENDER R. Valdez M. N. Martín M.J. (1993). El Patrón A. de Conducta y su modificación terapéutica Espinoza Martínez Roca
13. SANDOVAL, Lx.
14. TAFUR R. ((1995). La Tesis Universitaria Lima
15. VI Seminario Internacional de Psicología de la Salud (2000). Lima. Ediciones Universidad San Martín de Porres



## INTERNET

1. [Http://WWW.JStage.Jst.go.Jp/article/jphs//100/5/370/-pdf](http://WWW.JStage.Jst.go.Jp/article/jphs//100/5/370/-pdf)
2. <http://insp.mx/Centros/ciss/nls/boletines/ICCE-O2.pdf>.
3. [www.texasheartinstitute.org/HIC/.../hbp-span.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/HIC/.../hbp-span.cfm)
4. [Htp://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/ICC02.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/ICC02.pdf)
5. [www.texasheartinstitute.org/HIC/.../hbp-span.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/HIC/.../hbp-span.cfm)
6. [Bvs.sldd.cu/revista/mciego/.../r7-v11—supil205htm-en cachésimilare](http://Bvs.sldd.cu/revista/mciego/.../r7-v11—supil205htm-en cachésimilare)
7. [Bvs.sld.cu/revistas/scar/vol4/scar03205pdf](http://Bvs.sld.cu/revistas/scar/vol4/scar03205pdf)
8. [Reme.uji.es/artículos/aceauj7542404101/texto.html](http://Reme.uji.es/artículos/aceauj7542404101/texto.html)
9. [www.fac.org.ar/qcvc/c074e/grecaa.php-encaché-similares](http://www.fac.org.ar/qcvc/c074e/grecaa.php-encaché-similares)
10. [www.monografias.com\)salud-en caché](http://www.monografias.com)salud-en caché)
11. [www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci...pid... en caché](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci...pid... en caché)
12. [www.monografias.com/.../hipertensión/hipertensión.shtml](http://www.monografias.com/.../hipertensión/hipertensión.shtml)
13. [www.medwar.cl/atención/adultos/1.act](http://www.medwar.cl/atención/adultos/1.act)
14. [www.te3xaqsheartinstitute.org/HIC/...hbp-span...cfm](http://www.te3xaqsheartinstitute.org/HIC/...hbp-span...cfm)
15. [www.pulevasalud/.../contenido.jsp?](http://www.pulevasalud/.../contenido.jsp?)
16. [Dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo0=637429](http://Dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo0=637429)
17. [Reme.uji.es/articuloo/aceauj7542404101/texto.html](http://Reme.uji.es/articuloo/aceauj7542404101/texto.html)
18. [Emocionesysalud.es/M,enuDer/.../hipertensión arterial](http://Emocionesysalud.es/M,enuDer/.../hipertensión arterial)
19. [www-ucm.es/info/psclinic/estrés/-](http://www-ucm.es/info/psclinic/estrés/)
20. [www.cop.es/infocop/pdf/1969.pdf](http://www.cop.es/infocop/pdf/1969.pdf)
21. [SciELO.bvs—psi.org.br/scielo.php?pid=so257...scrpt...-](http://SciELO.bvs—psi.org.br/scielo.php?pid=so257...scrpt...-)
22. [bvs.sid.cu/revistas/scar/vol4/n02/03205.pdf](http://bvs.sid.cu/revistas/scar/vol4/n02/03205.pdf)
23. [www.invenia.es/inveniaextensiones:adherencia](http://www.invenia.es/inveniaextensiones:adherencia)
24. [Wwwmonografia.com.salñud enfermedades](http://Wwwmonografia.com.salñud enfermedades)
25. [Wwwpsicologiacientifica.com.../imprimir](http://Wwwpsicologiacientifica.com.../imprimir)
26. [www.efdeportess.com/efd59/rehab.htm](http://www.efdeportess.com/efd59/rehab.htm)
27. [www.seh-lelha.org/club/cuestion22.htm](http://www.seh-lelha.org/club/cuestion22.htm)
28. [www.scielo.orgco/scielo.php?pid=s1657...scrpt=sci](http://www.scielo.orgco/scielo.php?pid=s1657...scrpt=sci)



# **PRIMER ANEXO**

## **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA  
ESCUELA DE POST GRADO  
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**“EFECTO DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN LA  
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HIPERTENSOS DEL HOSPITAL  
ANTONIO LORENA-CUSCO. 2006”**

Proyecto de tesis presentado por el Magíster:  
**TIMOTEO DÍAZ DÍAZ**

Para optar el grado académico de:

**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AREQUIPA - PERÚ  
2009**

## I. PREÁMBULO

La Hipertensión Arterial (HTA) en la actualidad constituye uno de los males con mayor incidencia y mortalidad en el mundo siendo en algunos casos de larga evolución en otros no. El diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA), es siempre una experiencia inesperada y devastadora, constituye un elemento desestabilizador, para cualquier paciente y su familia, independiente de su capacidad de adaptación e integridad en situaciones de crisis causando diferentes niveles de ansiedad y depresión.

La persona que padece HTA puede experimentar diferentes reacciones emocionales, no sólo por la enfermedad que amenaza su vida; sino también por el tratamiento prolongado y al ambiente médico desconocido. Además tendrá que aceptar el diagnóstico de HTA en su máxima amplitud, es decir, no sólo las características médicas sino también a todo el conjunto de demandas creadas por la propia enfermedad, así como las diversas y cambiantes situaciones emocionales, preocupaciones, ansiedad y depresión que la acompañan. Todo esto, unido a los aspectos como la imposibilidad de curación, el temor y la incertidumbre sobre lo que sucederá, las implicancias de problemas familiares y económico, etc., lo que en suma puede generar estados de ansiedad, depresión y estrés crónico.

Cada una de estas emociones es importante para entender el proceso por el que está atravesando el paciente y poder complementar la evaluación para que pueda recibir un tratamiento integral farmacológico y psicoterapéutico.

En función de todo lo anteriormente mencionado y teniendo como marco de referencia el enfoque de la psicología de la salud con una perspectiva biopsicosocial como modelo de explicación del proceso salud-enfermedad, es que

se plantea esta investigación para el estudio del efecto del tratamiento psicoterapéutico en pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial con diferentes niveles de ansiedad y depresión en el servicio de medicina del Hospital Antonio Lorena de la provincia del Cusco, durante el periodo 2006 constituyendo como discapacidad funcional que afecta su equilibrio emocional, calidad de vida y soporte social de la persona, ya que en nuestro país existe la necesidad de estudiar y comprender mejor no sólo los procesos fisiopatológicos, sino también todos aquellos factores psicológicos, afectivos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales que actúan como mediadores en esta enfermedad y que inciden en la calidad de vida de la persona, y por tanto en la de su familia.



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del Problema.

Efecto del tratamiento psicoterapéutico en la ansiedad y depresión en hipertensos del hospital Antonio Lorena-cusco; 2006.

#### 1.2. Descripción del Problema.

##### 1.2.1. Área del Conocimiento.

- a) Campo : Ciencias de la Salud.
- b) Área Específica : Psicología.
- c) Especialidad : Psicología clínica
- d) Línea : Psicología de la salud

##### 1.2.2. Operacionalización de Variables.

###### 1.2.2.1. VARIABLES DE ESTÍMULO

A.- Tratamiento Psicoterapéutico.

###### 1.2.2.2. VARIABLES DE RESPUESTA.

A.- Nivel de Ansiedad.

B.- Nivel de Depresión.

VARIABLE ESTIMULO				
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	VALORACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Tratamiento Psicoterapéutico	Tratamiento recibido antes y durante la hospitalización del paciente con hipertensión arterial. <sup>(10)</sup>	<p>Sesiones psicoterapéuticas de la terapia cognitivo conductual.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reestructuración del esquema mental.</li> <li>2. Generar el tratamiento en la modificación de ideas.</li> <li>3. Terapia y análisis de problemas</li> <li>4. Consejo y orientación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>GRUPO 1</b> (Grupo experimental) Paciente con tratamiento psicoterapéutico</li> <li>2. <b>GRUPO 2</b> (Grupo control) Paciente sin tratamiento psicoterapéutico</li> </ol>	La variable Tratamiento Psicoterapéutico se expresará como paciente que recibe el tratamiento psicoterapéutico, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos.

VARIABLE RESPUESTA				
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	VALORACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Nivel de Ansiedad</b>	Miedo persistente con causa aparente, aprehensión, temblores, molestias corporales, fácil fatiga intranquilidad desde el inicio de la Hipertensión Arterial. <sup>(10)</sup>	1. Ansiedad Normal. 2. Ansiedad Leve. 3. Ansiedad Moderada. 4. Ansiedad Intensa.	1. < 45 Ansiedad Normal. 2. 45 – 59 Ansiedad Leve. 3. 60 - 74 Ansiedad Moderada. 4. > 75 Ansiedad Intensa	La variable nivel de ansiedad se expresará como ansiedad normal, leve, moderada y severa, utilizando como instrumento el test de Zung para el nivel de ansiedad.
<b>Nivel de Depresión</b>	Bajo estado de ánimo, baja autoestima, tristeza, melancolía, pérdida por interés por las actividades cotidianas, insomnio, pérdida del libido, desde el inicio de la Hipertensión Arterial. <sup>(8,10)</sup>	1. Depresión Normal. 2. Depresión Leve 3. Depresión Moderada. 4. Depresión Intensa	1. < 45 Depresión Normal. 2. 45 – 59 Depresión Leve 3. 60 - 74 Depresión Moderada. 4. > 75 Depresión Intensa	La variable nivel de depresión se expresará como depresión normal, leve, moderada y severa, utilizando como instrumento el test de Zung para el nivel de depresión.

### 1.2.3. Interrogantes Básicas.

1. ¿Cuáles el nivel de ansiedad y depresión antes del tratamiento psicoterapéutico en los pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión después del tratamiento psicoterapéutico en los pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial?
3. ¿Cuál es la diferencia entre el pretest y postestde los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial?

### 1.2.4. Tipo y nivel de investigación.

**Tipo** :experimental.

**Nivel** : explicativo.

## 1.3. Justificación del Problema.

El interés por investigar este tema surge del hecho que la ansiedad y depresión en la HTA, es un problema muy frecuente en la población en general al cual se le da muy poca importancia, el cual incide en la calidad de vida de las personas.

Estudios reportados por el Congreso Americano de Cardiología revelan que más del 90% de las personas que padecen de hipertensión, el 70% experimentan disfunciones psicológicas, una significativa reducción en sus actividades y capacidad del trabajo por diversas razones que también requieren una atención integral de salud en los hospitales generales<sup>(18)</sup>, la hipertensión es abordada principalmente desde un enfoque evidentemente específico ( solamente farmacológica) sin considerar el manejo de la prevención ni el tratamiento integral;

así como tampoco se consideran los factores psicológicos ni psicosociales relacionados con el problema, que son manifestados y observados durante su hospitalización a los cuales se les resta importancia por desconocimiento y no se les da la debida atención integral.

La mayoría de las investigaciones a nivel internacional y nacional están centradas en la epidemiología y fisiopatología y muy poco en los aspectos psicológicos, por tanto es muy importante el estudio de los efectos de los tratamientos farmacológico y psicoterapéutico sobre los niveles de ansiedad y depresión en la HTA. Es por esto que surge la necesidad de estudiar y comprender mejor no solo los procesos fisiopatológicos o psicopatológicos que origina la HTA, que han actuado como mediadores para la ansiedad y depresión sobre la persona y en la de su familia. Entre estos factores que son observados en la práctica diaria se ha elegido para esta investigación los niveles de ansiedad y depresión por ser aspectos poco estudiados en relación con la hipertensión y tratamiento psicoterapéutico que afecta sobre estos niveles.

Se espera que la información que se obtenga permita discriminar qué factores son o no importantes de considerar al elaborar estrategias de prevención y de tratamiento integrales, que involucren de manera más activa a la persona en relación al manejo de factores emocionales, cognitivos, conductuales y sociales que además le dan un cierto sentido de control sobre la situación, lo que posibilitaría el manejo y recuperación de la salud de la persona.

Finalmente aportará información específica sobre este tipo de paciente con ansiedad y depresión con hipertensión (HTA), que permitirá una mejor comprensión de su problemática, así conocer el efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre los niveles de ansiedad y depresión lo cual ayudará a los profesionales de la salud a realizar un abordaje más eficaz, de modo que se produzca un mejor tratamiento sobre la ansiedad y depresión en pacientes con

hipertensión (HTA), se cuide la calidad de vida de la persona, ofreciéndole además un soporte emocional y alternativo que le permitan un manejo integral adecuado de su salud.

## 2. MARCO CONCEPTUAL.

En los servicios de salud pública y privada en las últimas décadas se viene dándose mayor importancia a las intervenciones psicológicas con el propósito de brindar una atención integral de la salud en los pacientes con diferentes tipos de enfermedades, especialmente los cardiovasculares, diabetes, gastrointestinales, alcoholismo y otros; que concurren a los servicios hospitalarios (Hospital Antonio Lorena Cusco) del ámbito del distrito de Santiago Cusco. Cada vez se da una mayor apertura de la intervención y participación del Psicólogo, en la atención de la salud integral.

Los seguros de salud comienzan a incluir el servicio psicológico como un bien añadido a un valor agregado. La valoración de la asistencia psicológica en las enfermedades, pasa por reconocer que las enfermedades solo afectan físicamente al paciente, sino de manera integral con su correlato psicológico y emocional.

“Que el psicólogo se introduzca en estos ámbitos depende de la aceptación progresiva de los profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos y del cambio de mentalidad respecto al tratamiento, a la enfermedad y la calidad de vida” (GESTIÓN MÉDICA ACTUALIDAD, existe mayor espacio para la Asistencia Psicológica a Pacientes Enfermos 2003 p.3).<sup>(14)</sup>

La asistencia psicológica a pacientes con enfermedades cardiovasculares tiene patrones parecidos que se enmarcan en la concepción de atención a pacientes de alto riesgo, aunque hay particularidades que tienen que ver con la connotación de la propia enfermedad.

El objetivo de la asistencia psicológica en las enfermedades cardiovasculares es llegar a un nivel de estabilidad emocional, lo más adecuado posible. Pero no a partir de la negación de la enfermedad o como que no pasa nada, sino a partir del poder hablar de lo que se siente, se piensa y los medios que se tiene. <sup>(16,17)</sup>

"Que disfrute de las cosas y se distinga como persona mas allá de la enfermedad y que no opte por retirarse de su marco de vida y siga trabajando manteniendo sus amistades y funcionando como madre, padre, pareja, o persona en los diferentes contextos. (GESTION MÉDICA. ACTUALIDAD. Existe mayor espacio para la Asistencia Psicológica a Pacientes Enfermos" 2000. p.8)

Se busca que la enfermedad tenga un lugar en su vida. lo entienda y acepte como tal, pero que continúe con su vida. La duración del apoyo psicológico depende del paciente y su motivación puede ser temporal o permanente. Este tipo de asistencia no solo favorece al bienestar emocional del paciente, sino también al tratamiento médico. Permite que la persona asuma una posición más activa con respecto a su tratamiento.

No se cree que la terapia psicológica pueda curar en términos físicos, pero si logra una mayor estabilidad emocional la cual repercute en no generar mayores desequilibrios en el nivel corporal. Si una persona se encuentra muy ansiosa, deprimida, existe mayor posibilidad de que se complique su cuadro clínico y pueda agudizarse la enfermedad cardiovascular. Por eso se debe estabilizar a una persona a nivel psicológico para no generar mayores complicaciones. <sup>(21, 22,23)</sup>

## 2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mm Hg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mm Hg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa. <sup>(14)</sup>

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal. <sup>(10)</sup>

La hipertensión arterial, de manera silente, produce cambios en el flujo sanguíneo, a nivel macro y microvascular, causados a su vez por disfunción de la capa interna de los vasos sanguíneos y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, que son las responsables de mantener el tono vascular periférico. Muchos de estos cambios anteceden en el tiempo a la elevación de la presión arterial y producen lesiones orgánicas específicas.

En el 90% de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina "hipertensión arterial esencial", con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina "hipertensión arterial secundaria" que no sólo puede en ocasiones ser tratada y

desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.<sup>(13)</sup>

Los diuréticos y los betabloqueantes reducen la aparición de eventos adversos por hipertensión arterial relacionados con la enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, los diuréticos son más eficaces en la reducción de eventos relacionados con la enfermedad cardíaca coronaria. Los pacientes hipertensos que cumplen su tratamiento tienen menos probabilidades de desarrollar hipertensión severa o insuficiencia cardíaca congestiva.[4] En la mayoría de los casos, en los ancianos se utilizan dosis bajas de diuréticos como terapia inicial antihipertensiva. En pacientes ancianos con hipertensión sistólica aislada suele utilizarse como terapia alternativa un inhibidor de los canales de calcio de acción prolongada, tipo dihidropiridina. En pacientes ancianos con hipertensión no complicada, aún se están realizando ensayos para evaluar los efectos a largo plazo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores del receptor de la angiotensina-II. <sup>(8)</sup>

### **2.1.1. EPIDEMIOLOGIA**

Datos recientes del Estudio Framingham del Corazón sugieren que aquellos individuos normotensos mayores de 65 años de edad tienen un riesgo de por vida aproximado de 90% de tener hipertensión arterial. Desde los años 1980, el número de pacientes no diagnosticados ha aumentado de 25% hasta casi un 33% en los años 1990, la prevalencia de insuficiencia renal aumentó de menos de 100 por millón de habitantes hasta más de 250 por millón y la prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva se duplicó. <sup>(12)</sup>

## Epidemiología en el Perú

Una investigación realmente seria e importante, pero poco difundida, para penetrar en la realidad de la mortalidad de las grandes comunidades urbanas de las Américas, y en particular de Lima para nosotros, es el estudio de Puffer y Griffith realizado con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y los gobiernos nacionales correspondientes. <sup>(18)</sup>

Examinó muertes de adultos residiendo habitualmente en la ciudad respectiva, elegidas por muestreo sistemático para que el grupo fuese representativo, y cada una de ellas fue investigada cuidadosamente: entrevistas con los médicos tratantes y la familia, revisión de historias y evaluación de hallazgos quirúrgicos, exámenes de laboratorio (incluyendo electrocardiogramas) y radiológicos, exámenes patológicos ante-mortem, etc.

En el caso de Lima se estudió 3,955 defunciones por causas naturales (2,083 varones y 1872 mujeres).

Aunque deben ser interpretados con reserva, los datos concernientes a hipertensión en defunciones pueden ser considerados como un indicador de la frecuencia de hipertensión en los seres vivos. Y por lo cuidadoso del estudio, adquiere una importancia mayor si se le compara con las tablas de mortalidad oficiales, que para nuestro país en el año 1992 adolecen de un subregistro general de defunciones igual al 47.3%, el que para Lima es de 37.4%, y estando certificadas por médico sólo el 35% de las defunciones nacionales, llegando al 60% para Lima. <sup>(19)</sup>

Es llamativo al respecto, que la mortalidad por enfermedad hipertensiva (sin cardiopatía) es más de tres veces mayor en Lima que en San Francisco y más de cuatro veces mayor que en Bristol (Inglaterra); y que la mortalidad por cardiopatía hipertensiva y por hemorragia cerebral, separadamente, es dos veces mayor en

Lima que en estas otras dos ciudades. Podría considerarse que las bajas tasas de mortalidad por enfermedad hipertensiva, sin cardiopatía y con cardiopatía, y por hemorragia cerebral en San Francisco y Bristol (las más bajas del estudio, mientras que la enfermedad hipertensiva sin cardiopatía en Lima fuera la más alta del estudio) son atribuibles al beneficio de tratamiento capaz de controlar apropiadamente la hipertensión arterial, más accesible en esas ciudades que en Lima en la época de la investigación (1962-1964).

Por otra parte, aunque los datos no fueron analizados pormenorizadamente a este respecto, la hipertensión arterial (definida para el estudio como una presión diastólica igual o mayor a 100 mmHg) estuvo presente de manera importante en otras condiciones responsables de mortalidad vinculadas menos directa y estrechamente con ella: en el 50% de otras lesiones vasculares y en el 40% de la enfermedad aterosclerótica del corazón; y también estuvo presente de manera llamativa en condiciones responsables de mortalidad pero sin vinculación con ella: en el 20% de enfermedades degenerativas y otras del corazón y en el 20% de enfermedades no cardiovasculares.

Recientemente se ha reportado prevalencia de hipertensión arterial de 35% en fallecidos por todas las causas, lo que se correlacionó con una prevalencia de hipertensión arterial de 37% en pacientes internados en el Servicio de Medicina del mismo hospital. <sup>(19)</sup>

### **2.1.2. CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Las normas para la clasificación clínica de la hipertensión arterial publicadas reciente y casi conjuntamente por el NIH americano (JNC VII) y las Sociedades Europeas de Hipertensión Arterial y Cardiología (SEH-C) coinciden en considerar como hipertensión arterial al promedio de dos o tres mediciones consecutivas iguales o superiores a 140/90 mmHg, en posición sentada. La presión normal es definida por el JNC VII como inferior a 120/80 mmHg, siendo considerados los

valores intermedios como estadio prehipertensivo. La SEH-Cextiende, como fue clásico en las normativas previas, el valor de normotensión hasta 134/84 mmHg, denominando presión arterial óptima a los valores menores de 120/80 mmHg y presión normal alta a los valores entre 135-139/85-89 mmHg. Las normativas europeas asocian a la clasificación cuantitativa la presencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular y/o enfermedades cardíacas, definiendo riesgo bajo, intermedio, alto o muy alto cuando existen dichas asociaciones, destacando en particular la presencia de diabetes y la comorbilidad cardiovascular. Estas normativas diferencian también la hipertensión arterial sistólica aislada, de particular prevalencia en la población mayor de 65 años, y destacan el valor de la presión de pulso como factor de riesgo cardiovascular independiente. La investigación de las complicaciones orgánicas, así como la posibilidad de hipertensión secundaria, ha sido enfocado con mayor detalle en las normativas europeas.<sup>(7)</sup>

Clasificación de la Hipertensión arterial			
Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120	y	< 80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Estadio 1	140-159	o	90-99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	o	≥ 100

Clasificación de la Hipertensión arterial			
Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión Grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión Grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

### 2.1.3. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El tratamiento de la hipertensión arterial está asociado con una reducción de la incidencia de derrame cerebral de un 35-40%, de infarto agudo de miocardio entre 20-25% y de insuficiencia cardíaca en más de un 50%. Se indica tratamiento para la hipertensión a:<sup>(18,30)</sup>

- \* Pacientes con cifras tensionales diastólicas mayores de 90 mmHg o sistólica mayores de 140 mmHg en mediciones repetidas;

- \* Pacientes con una tensión diastólica <89 mmHg con una tensión sistólica mayor de 160 mmHg;

- \* Pacientes con una tensión diastólica de 85 a 90 mmHg que tengan diabetes mellitus o con arteroesclerosis vascular demostrada.

En pacientes prehipertensos o que no califiquen para recibir tratamiento específico deben ajustar sus hábitos modificables, entre ellos:

\* Pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, fundamentalmente con ejercicio y una dieta rica en frutas, vegetales y productos lácteos libres de grasa;

\* Limitación del consumo de licor y bebidas alcohólicas a no más de 30 ml de etanol diarios en personas masculinas (es decir, 720 mL [24 oz] de cerveza, 300 mL [10 oz] de vino, 60 mL [2 oz] de whisky) o 15 mL (0.5 oz) de etanol por día en personas femeninas o aquellos con peso más liviano;

\* Reducción de la ingesta de sal a no más de 2,4 gramos de sodio o 6 gramos de cloruro de sodio;

\* Mantener una ingesta adecuada de potasio en la dieta (frutas y vegetales);

\* Mantener una ingesta adecuada de calcio y magnesio;

\* Cesar el consumo de cigarrillos u otras formas de nicotina y cafeína y reducir la ingesta de grasas saturadas y colesterol.

El séptimo comité sugiere como línea inicial medicamentosa para la hipertensión las siguientes estipulaciones:

1. Pacientes pre-hipertensos, es decir, con una presión arterial de 120-139/80-89: no se indican medicamentos.

2. Hipertensión arterial estadio 1 (140-159/90-99): diuréticos tipo tiazida se recomiendan para la mayoría de los pacientes. Los IECA, ARA-II, beta bloqueantes, bloqueante de los canales de calcio o una combinación de éstos puede que sea considerada.

3. Hipertensión arterial estadio 2, con una presión arterial mayor de 160/100: combinación de dos fármacos, usualmente un diurético tiazida con un IECA, ARA-II, beta bloqueante o BCC.

Además del tratamiento medicamentoso, en todos los pacientes (independientemente del estadio), se procurará ajustar los hábitos modificables anteriormente señalados.

## 1.2. TRASTORNO PSICOSOMATICO

### 1.2.1. CONCEPTO.

De acuerdo con Margetts en 1950, el término psicossomático fue utilizado por primera vez en 1818 por el psiquiatra alemán Johan C. Heinroth al referir que el origen del insomnio es psicossomático. Dicho término apenas aparece en la literatura médica y no médica durante el siglo XIX estando avanzado siglo XX, cuando empieza a usarse de manera formal por Lipowski en 1986.<sup>(5, 7, 35,38)</sup>

Según afirma este autor la introducción en 1922 del término "Medicina Psicossomática por Félix Deutsch y la publicación en 1935 por flendersDiumbar del Libro Emociones and BodylyChamges; constituyeron dos hitos importantes para la posterior consolidación del concepto "Psicossomético", el desarrollo de este concepto se produce en el contexto de la denominada medicina Psicossomática.

Esta denominación de medicina Psicossomática surgió como un enfoque médico de la enfermedad que se opone a la tradicional orientación dualista sobre el ser humano de la mente - cuerpo separados proponiendo en su lugar la idea de inseparabilidad entre lo psíquico y lo somático.<sup>(9)</sup>

Un paso notablemente influyente en la delimitación del campo de la medicina psicossomática se produjo con la proclamación oficial de los objetivos de la nueva disciplina a propósito de la fundación en 1939 de la American PhicosomaticSociety y la publicación en este mismo año del primer- número de la revista Psicossomatic. "Su objeto es estudiar en su interrelación los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las funciones corporales normales y anormales y por consiguiente integrar la terapia somática y la psicoterapia".

La medicina psicosomática se puede resumir en:

- a. Consiste en una aproximación.
- b. Psicológica a la medicina general y a todas sus sub especialidades.
- c. Interés en las interrelaciones entre la vida emocional y todos los procesos corporales.
- d. Se basa en la premisa de que no existe una distinción lógica entre la mente y el cuerpo e implica investigar la correlación entre los procesos psicológicos y los fisiológicos en el ser humano.

Desde estos momentos también pareció claro lo que no es la medicina psicosomática no equivale a la psiquiatría ni a cualquier otra especialidad de la medicina o área de patología médica específica, no se trata, como ha señalado Henry Ey, de una nueva especialidad médica, sino de una nueva concepción de la Medicina.

### **2.2.2.TEORÍAS PSICOSOMATICAS.**

La primera fase del desarrollo de la medicina psicosomática estuvo representada por Investigaciones de casos y por modelos específicos.

"Sobre todo bajo la gran influencia del movimiento psicobiológico liderado por A. Meyer se fue imponiendo una orientación holista en la forma de entender la relación mente cuerpo, es decir como más tarde diría David Graham los términos Psicológico y Somático no indican diferentes fenómenos sino dos formas de hablar del mismo fenómeno". (1,3)

Durante esta fase predomina en su más pura forma la orientación psicogénica, considerándose los problemas emocionales como los principales factores de etiología de la enfermedad. En realidad el enfoque de la Psicología

En esta primera fase del desarrollo de la Psicósomática la teoría psicodinámica ejerce un dominio preponderante siendo su máximo representante F. Alexander el cual desarrolla la teoría de la existencia de conflictos específicos inconscientes. De forma paralela se ve plasmado otras orientaciones de clara proyección Psicósomática tales como la hemostática de V.B. Canon que resalta la interacción entre el sistema nervioso autónomo y las reacciones emocionales. Así surgen varias aproximaciones apoyadas en principios de especificidad que pretenden explicar diferencialmente mucho de los trastornos orgánicos.<sup>(3)</sup>

La mayoría de ellas corresponde al menos en su inicio a esta primera fase. No obstante deben ser consideradas ya que aparte de su inevitable influencia sobre lo psicósomático actual, algunos, de los enfoques modernos mantienen postulados de estas teorías lo psicósomático mediante formulaciones más sofisticados, incluyendo connotaciones en la respuesta no solo fisiológicas son también psicológicas.

### **2.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSAS**

El interés para la relación de los aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares ha resurgido gracias a la nueva aportación de evidencias respecto a la interrelación que hay entre estas dos áreas que de manera empírica anteriormente/ y científica/ en la actualidad, siempre se ha observado. <sup>(9)</sup>

El riguroso manejo de la información hospitalaria ha permitido observar las consecuencias adversas agudas en la irrigación cardiaca en la población que es sometida a un bombardeo. Además:

Brown T.S. 1987 "El advenimiento de pruebas de laboratorio que condicionan estrés mental ha permitido comprobar los efectos psicológicos inmediatos que se producen por diversos estímulos tensionales en los sujetos con angina; pero

más aún, se ha observado que los cardiopatas con un evento isquémico condicionado por el estrés tienen, a largo plazo, un mayor número, y en un tiempo menor, episodios cardiacos fatales y no fatales en comparación con los que no presentan estos fenómenos.<sup>(9, 12,13)</sup>

Respecto a los trastornos afectivos, en los últimos años se ha confirmado una alta prevalencia de síndromes depresivos en esta población; además, los hallazgos recientes permiten identificar a la depresión como un importante preeditor de complicaciones cardiológicas en este padecimiento, así como una mayor mortalidad en el seguimiento aun después de controlar las variables cardiológicas de mayor riesgo para la sobrevivencia.

Aunque una proporción importante puede estar constituida por cuadros depresivos de características menores, es frecuente que puedan complicarse con cuadros mayores, y por regla general no existe tratamiento psiquiátrico alguno, todo lo cual indica la importante que tiene administrar un tratamiento especializado oportuno.<sup>(13)</sup>

#### **2.4 ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS.**

Aun cuando las investigaciones no han llegado a un acuerdo con relación al papel que desempeñan los rasgos de personalidad como factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial y de la ECV, no se puede negar la importancia que tienen en el análisis y comprensión del problema.

Posiblemente fue Alexander el primero en señalar la relación entre los aspectos emocionales y la enfermedad hipertensiva esencial (1939). Dicho autor describió la personalidad del paciente hipertenso en términos de un conflicto permanente entre sus impulsos hostiles y sus necesidades pasivo-dependientes.

Otros autores han descrito al hipertenso como alguien incapaz de expresar ira o descontento, que en ocasiones adopta una conducta obsequiosa como medida de control contra tales sentimientos. (Schapiro y Cols., 1975, en Surwit et al. pág. 134). El papel de la represión de la ira ha aparecido una y otra vez en las investigaciones realizadas, no sólo con hipertensos arteriales esenciales sino, en general, con los enfermos cardiovasculares (Jenkins, 1976; Dongier, 1974; Gómez y Usler, 1974; Bonami y Rime, 1972, 1974; Reisci, 1969; Cleveland y Johnson, 1962).

Al analizar los mecanismos de defensa involucrados, Hackett y Cols, y Wynn y Van Der Vaik (en Jenkins 1976) han encontrado que los pacientes con patología de ECV hacen uso exagerado de la negación y la represión. Estos planteamientos son congruentes con los de Croog y Levine (1969) relativos a la tendencia del enfermo CVC a utilizar mecanismos defensivos poco sofisticados, como la exagerada negación.

Por su parte, Dongier (1974) encontró que la represión, el control rígido de las emociones, el pensamiento pragmático, la fantasía pobre y las defensas típicas del tipo obsesivo-compulsivo se dan en forma característica en este tipo de pacientes. Estos rasgos fueron comprobados por Gómez y Usler (1974) aplicando el Rorschach a hipertensos esenciales. Bonami y Rime (1972) identificaron elevados índices de autocontrol y rigidez en la sujeción a las normas, utilizando el mismo procedimiento.

Con propósitos semejantes Jenkins y Cols. (1969) aplicando el Inventario de Personalidad de California (CPI) pudieron establecer una correlación positiva entre el aumento de lípidos y la personalidad concienzuda, moralista, escrupulosa y trabajadora. Determinaron, además, que la correlación era negativa y significativa con los niveles de autoaceptación del sujeto.

Examinando pacientes psiquiátricos afectados por angina de pecho, Lovell y Verghese (en Jenkins 1976) establecieron características de compulsividad exagerada y un super yo altamente desarrollado. Por su parte, Reisel (1969) informó sobre rasgos obsesivo-compulsivos y marcadas tendencias a reprimir la agresividad. Rasgos semejantes y componentes anales fueron encontrados por Cleveland y Johnson (1962).

Labilidad emocional y quejas de tipo hipocondríaco fueron establecidas a través del MMPI y del 16PF por Ostfeld y Cols. (1964). Además, encontraron como rasgos característicos de los anginosos e infartados, la sugestionabilidad y la suspicacia.

Morales (1975) encontró que sujetos de ambos sexos, afectados por enfermedad coronaria prematura presentaban, además, perturbaciones de la vida sexual y rasgos compasivos.

El análisis psicodinámico de treinta sujetos varones, mayores de 56 años, afectados por infarto del miocardio (Van Heijnengen y Treurnier, 1966) indicó que este tipo de pacientes se caracteriza por una necesidad urgente. de trabajar - adición al trabajo- y por la tendencia a dominar al otro como una defensa contra una pasividad subyacente enmascarada. Koble y Simón (1970) encontraron en sus pacientes necesidades orales reprimidas y anales retentivas, inhibidas e insatisfechas.

La hipertensión en varones negros ha sido asociada con sentimientos de impotencia y frustración por las limitaciones correspondientes a su condición social en EEUU. (Naditch, 1974; en: Surwit y Cols, 1982). Así mismo este cuadro hallado en mujeres entre los 45 y los 55 años de edad y con conductas característica patrón Tipo A ha sido relacionado con estados de apresuramiento, agresividad y excesiva compulsividad (Shekeite, y Cols., 1976). También hay

evidencia de correlaciones existentes entre hipertensión arterial lábil y rasgos hipocondríacos, histéricos e impulsivos (Ostfeld y Lebovits, 1960).

Vanthier (1974) encontró que sus pacientes afectados por enfermedad CVC se caracterizaban por una concepción de la vida muy superyóica, en la que primaba un ideal del Yo poco funcional, a pesar de las apariencias, y en los que se daba una necesidad fundamental de ser amado, necesidad ésta poco verbalizada y expresada a través de una hiperactividad comportamental, una imagen de sí rígida y un autoconcepto pobre.

Algunos trabajos realizados para comparar grupos de control con grupos de hipertensos arteriales con el propósito de detectar posibles rasgos psicológicos característicos de estos últimos, no han arrojado diferencias significativas entre unos y otros (Surwit, y Cols., 1982). Sin embargo, un análisis general de las investigaciones dirigidas a la identificación de rasgos de personalidad característicos de los hipertensos esenciales y de los enfermos cardiovasculares permiten deducir la existencia de ciertos elementos comunes: dificultad en ajuste personal, fuerza yóica disminuida, características asociadas a conductas neumáticas (Harburg y Cols., 1964; Kasi y Cobb, 1970; Pilowsky y Cols., 1973) como la rigidez, la falta de espontaneidad, la tendencia a utilizar mecanismos adaptativos poco sofisticados como la exagerada negación y represión (Gómez y Usier, 1974; Grool y Cols., 1971; Dongier, 1974) y las conductas obsesivo-compulsivas (Reisel, 1969; Rime y Bonami, 1973, Cleveland y Johnson, 1962; Gómez y Usier, 1974; Dongier, 1974).

Esta revisión del estado actual de la investigación quedaría incompleta si no mencionamos las críticas que se les han hecho y las recomendaciones que han sido formuladas para futuras investigaciones.

Jenkings (1976) al referirse al Patrón Ostensible de conducta Tipo A señala como éste describe un cuadro comportamental observable en el enfermo CVC, pero ignora la dinámica subyacente a este tipo de enfrentamiento con el mundo e insiste en la necesidad de profundizar en este aspecto y de tener en cuenta los factores sociales, culturales y psicológicos que definen el espacio complejo en el cual evoluciona la enfermedad CVC, no sólo como un fenómeno individual, sino como un problema de salud pública.

Madkoff y Parsons (en Del Dowiakoski y Luminet, 1969) hacen críticas metodológicas serias a las investigaciones realizadas hasta la fecha, de entre las cuales sobresalen las siguientes: deficiencia en los procedimientos de recolección de datos dado que los grupos de sujetos escogidos carecen de representatividad de la población; deficiencia en la definición de los criterios de trabajo e investigación y característica retrospectiva de las investigaciones, lo que impide establecer la personalidad premórbida de los pacientes. Surwit y Cols (1982) hacen críticas metodológicas semejantes.

Por su parte, Del Dowiakowski y Luminet (1969) señalan que la enfermedad cardiovascular es multideterminada y que tal hecho ha sido en la mayoría de las investigaciones descuidada.

Finalmente, Dongier (1973, 1974) es enfático en señalar su escepticismo sobre un perfil específico y único de la personalidad del enfermo CVC y, aunque algunos patrones neuróticos de reacción parecen prevalecer en él, pueden estar presente también en otras categorías diagnósticas. Su pregunta, básica, es si estos rasgos están presentes en los sujetos antes de aparecer la enfermedad o si constituyen una reacción secundaria a la condición cardiovascular. Para él la respuesta metodológica está en los estudios prospectivos.

Como intentos metodológicos llevados a cabo para resolver estas críticas Dongier (1973-1974) cita los trabajos de Rosenman y Cols. (1964, 1966a a 1966b, 1967 y 1970) quienes han tratado de enfocar el problema desde un punto de vista longitudinal-prospectivo, en términos de patrones conductuales; a Ostfeld y Cols. (1964), quienes dentro del mismo enfoque longitudinal, han trabajado con pruebas de personalidad y, Finalmente, a Jouve y Cols. (en Dongier 1974) quienes han intentado identificar la presencia de algunos rasgos de personalidad típicos que estén presentes con anterioridad a la enfermedad.

A estas críticas, enumeradas en párrafos anteriores, queremos añadir un comentario de orden metodológico observado en los trabajos que hemos revisado: hasta el momento no hemos encontrado un trabajo que busque relacionar las características psicodinámicas y los mecanismos adaptativos con los patrones ostensibles observados y los factores de riesgo asociados. Más aún, no hemos visto tampoco un trabajo que busque relacionar los resultados en muchas ocasiones semejantes a pesar de estar inscritos en marcos teóricos diferentes y que trate de trazar una hipótesis explicativa de ello. Más bien, lo que se observa es una tendencia a trabajar independientemente dentro de esquemas o marcos teóricos particulares -enfoque dinámicos, descripciones comportamentales, categorías gnoscológicas- que limitan las posibilidades de una contrastación metodológica y sistemática entre las diversas investigaciones que permita abrir paso a la formulación de nuevas hipótesis sobre el problema.

## **2.5 FACTORES PSICOLÓGICOS Y ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES.**

Los factores clásicos de riesgo no es suficiente para explicar el elevado porcentajes de muertes producidas por enfermedades cardiovasculares, algunos de estos factores constituyen hábitos de conducta relacionados con la salud e influidos por procesos psicológicos que al mismo tiempo pueden servir al sujeto como estrategias de afrontamientos del estrés o la ansiedad.<sup>(13)</sup>

Además de esta influencia indirecta asociadas a conductas implicadas con la salud fumar, hacer ejercicios, hábitos de alimentación.

Recientemente se ha venido destacando la particular relevancia que presentan los factores psicológicos relacionados de forma más o menos directa con el estrés

## **2.6 ESTRÉS PSICOSOCIAL.**

Una línea predominante de investigación del estrés psicosocial es la que se ha centrado en el estudio de los sucesos vitales, desarrollados inicialmente por Thokas H. Holmes. Según este grupo/ el efecto negativo del estrés psicosocial, por ejemplo los niveles de elevación de cambio vital, influye negativamente sobre la salud física general/ incluida la asociada la función cardiovascular.<sup>(2)</sup>

Varios autores vinculados a este grupo o línea de investigación han aportado evidencia empírica que demuestra claramente que los individuos que han padecido infarto de miocardio o muerte súbita por causas cardíacas han experimentado un exceso de sucesos vitales durante las semanas o meses precedentes y que existe una asociación entre la severidad del problema cardíaco y él número de cambios vitales.<sup>(2,16)</sup>

## **2.7.PERSONALIDAD Y PROPENSIÓN A LOS TRASTORNOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Ya vimos a propósito de analizar los trastornos el modelo incluye un tipo “A” que define a las personas predispuestas al desarrollo de cardiopatías, así como también a la mortalidad por estos trastornos. EL modelo ha sido propuesto por los autores como la alternativa allá insuficiencia de otras teorías tales como la asociada al propio tipo.

Esta teoría ha sido probada en varios estudios longitudinales llevados a cabo por dichos autores.

## **2.8.MECANISMOS PSICOFISIOLÓGICOS (neurotrasmisores).**

El eje del hipotálamo-hipófisis-médula suprarrenal ha sido considerado como el principal nexo sobre el que han formulado, fundamentalmente, aunque no siempre con buena fortuna, las hipótesis que vinculan las variables psicológicas al trastorno cardiovasculares. La médula suprarrenal secreta las hormonas catecolaminas (adrenalina y noradrenalida).<sup>(1,8)</sup>

La adrenalina es vasopresora, aumenta la presión arteria, estimula el músculo cardiaco y aumenta el output y del corazón. La noradrenalida se libera en especial como respuesta a la hipotensión, siendo un potente vasopresor.

El incremento de catecolaminas plasmáticas se relaciona con la hipertensión esencial importante factor de riesgo en la enfermedad cardiaca, que se ha demostrado a su vez relacionado con factores genéticos ambientales y psicológicos.

Si se incrementa estas hormonas, puede también intensificar o descompensar una insuficiencia cardiaca y otros en pacientes con reserva cardiaca disminuida. Además las catecolaminas pueden actuar indirectamente sobre enfermedades cardiacas favoreciendo el desarrollo de ateromas ya que facilitan la liberación de triglicéridos y formación de grasa en el corazón.

Distintos factores psicológicos influyen por mediación del sistema nervioso autónomo, en otros mecanismos patofisiológicos como las arritmias, patologías de miocardio, tono vascular. Centrándonos en la agresión y hostilidad se ha propuesto que este factor contribuye a los trastornos, cardiovasculares a través

de su asociación con reactividad cardiovascular que es el incremento en presión sanguínea y tasa cardiaca y neuro endocrina incremento en la secreción de hormonas como adrenalina y noradrenalina.

Finalmente un pequeño número de estudios sugieren que más que existir una relación causal entre ciertos rasgos psicológicos y la salud, ambas variables podrían ser reflejo de un factor constitucional común.

Sobre el estudio de las correlaciones de los fenómenos psicológicos y sociales con las funciones fisiológicas normales psicopatológicas y sobre la interrelación de los factores biológicos y psicosociales en el desarrollo, curso y resultado de las enfermedades la defensa de una aproximación holista al cuidado del paciente y la aplicación de métodos derivados de las ciencias conductuales para la prevención y tratamiento de la morbilidad humana.<sup>(15)</sup>

## **2.9.ANSIEDAD**

La ansiedad es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o -por el contrario- ante el temor de perder un bien preciado.

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

### **2.9.1. ANGUSTIA**

La angustia es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración

excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”). En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a ansiedad extrema o miedo. Sin embargo, por ser un estado afectivo de índole tan particular, ha sido tema de estudio de una disciplina científica: la psicología, y especialmente del psicoanálisis, que ha realizado los principales aportes para su conocimiento y lo ha erigido como uno de sus conceptos fundamentales. Como todos los conceptos freudianos, el de Angustia fue construido por Freud poco a poco, articulándose a la vez con los demás que integraban la teoría psicoanalítica en pleno desarrollo, y creciendo a la luz de los nuevos descubrimientos que el maestro vienés realizaba en su práctica clínica.

### **2.9.2.DESCRIPCIÓN DE LA ANSIEDAD**

Hay varias características de la ansiedad, pero estas propiedades no le pertenecen en forma exclusiva. La ansiedad es una emoción de naturaleza habitualmente desagradable que puede ser casi intolerable no obstante algunas personas pueden buscar activamente la ansiedad, por ejemplo competir en deportes. (5, 7,8)

Una segunda propiedad de la ansiedad consiste en que se trata de una emoción prospectiva, dirigida hacia el remordimiento y la culpa que proceden de acontecimientos del pasado.

Las cualidades singulares de la ansiedad sólo pueden describirse en términos sinónimos y el lenguaje está repleto de expresiones que sugieren sentimientos de ansiedad como: agitación, alarma, angustia, aprehensión, preocupación, consternación, temor, impaciencia, susto y nerviosismo.

"La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante la experiencia conocida comúnmente como miedo".

A nuestro juicio, el componente subjetivo es el elemento central ya que sin el difícilmente la ansiedad puede tener algún valor clínico.

### **2.9.3. BASES FISIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD**

Al analizar las bases fisiológicas de la Ansiedad se establece una diferencia entre las reacciones agudas que son las inmediatas y las crónicas que son demoradas y persistentes.

**Ansiedad Aguda.** La secuencia de la tensión comienza un mensaje de peligro que proviene del entorno el cual procesa el sistema nervioso central. formación reticular una red de células nerviosas en el tallo cerebral avisan a la corteza que existe información sensorial importante. Conforme los datos sobre sucesos con posibilidades peligrosas pasan a través del sistema reticular estos se clasifican como importantes entonces, la formación reticular activa la corteza, que toda su atención al asunto.

La corteza cerebral está implicada en la identificación, evaluación y toma de decisiones. <sup>(7)</sup>

### **2.9.4. ENFERMEDADES CARDÍACAS Y ANSIEDAD**

El corazón es un músculo especializado, bombea la sangre llevando oxígeno y nutrientes a las células del cuerpo a través de vasos llamados arterias después de retirar el bióxido de carbono y otros productos de desperdicios, la sangre regresa al corazón por otros vasos denominados venas.

La enfermedad cardíaca se refiere a una serie de males que se presentan cuando una o más de las tres arterias coronarias se bloquean de manera parcial o total a causa de los depósitos que se acumulan en las paredes arteriales.

Las arterias coronarias engrosadas se hacen rígidas y estrechas y pueden interrumpir el suministro de sangre de varias porciones del corazón de modo temporal o permanente.

Muchos factores contribuyen a los problemas cardiacos, ya que con frecuencia la hipertensión esencial precede la enfermedad cardiaca, También la herencia, fumar, obesidad, dieta poca actividad. El género también desempeña una función a cualquiera edad, es más probable que los hombres mueran de enfermedades cardiacas que las mujeres. Las tensiones y opresiones de la vida también aportan a la enfermedad.

Aquí se hace hincapié en un segmento de la población que está expuesta a dificultades cardiacas, individuos con personalidad Tipo A.

Las personas Tipo A luchan continuamente por lograr mucho en poco tiempo o contra demasiados obstáculos, aparentan ser agresivas a veces hostiles.

Los sujetos Tipo A, ambiciosos por poder y logros a y muy pocas veces lo hacen. Hablan fuerte, rápido y en forma explosiva. Los hallazgos preliminares sugieren que de todos estos componentes, la elevada hostilidad hace que la gente este en mayor nesgo de enfermedad cardiaca. <sup>(8)</sup>

Cuando se miden las respuestas fisiológicas de los Tipos A y de otros llamados Tipo 5, se encuentran pocas diferencias si están en reposo sin embargo en tareas desafiantes y que provocan tensión en especial las competitivas dependientes de tiempo o incontrolables, los individuos Tipo A muestran mayor reactividad en presión arterial, tasa cardiaca y catecolaminas del plasma que las personas tipo 5 (Glas y Cefrada, 1984).

Balcer y Cols señalan: "Una serie de investigaciones bien controladas relacionan la conducta Tipo A con la enfermedad cardiaca".BELLOCK, A.

Manual de Psicopatología 1999 Edit. Mac Gram-Hill. En un estudio característico se evalúa y clasifican como Tipo A o B participantes de investigaciones sin antecedentes de problemas cardíacos. Después se examina a las personas en búsqueda de signos de enfermedad cardíaca.

## **2.10. DEPRESIÓN**

La depresión es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Hay indicios que apuntan a que se trate, también, de un trastorno cerebral, y que la principal zona del cerebro responsable del mismo se halle en una diminuta región de la corteza prefrontal, el área 25.

### **2.10.1. TEORÍAS PSICOLÓGICAS AFECTIVAS.**

Plantean que el trastorno del pensamiento que manifiestan las personas deprimidas es una consecuencia de una alteración básica del estado de ánimo. (5,7)

Akisbai y Yerevian, revisaron la literatura acerca de la relación entre la personalidad y trastorno del afecto. Cuatro hipótesis reúnen las posibles interacciones (SLIPAK O. (1992): Estrés <http://www.com 12/5/0205-05 htm.>)

- Ciertos rasgos de personalidad predisponen al individuo a desarrollar trastornos afectivos.
- La personalidad subyacente modifica la forma clínica de presentación de los trastornos afectivos.
- Alteraciones de la personalidad evidencian en casos la presencia de un trastorno subyacente del afecto,

- Ciertos trastornos de la personalidad representan formas atenuadas de un trastorno afectivo.

### **2.10.2. TEORÍAS PSICOANALÍTICAS.**

La observación de que muchos pacientes deprimidos tienen rasgos distintivos, semejantes de personalidad, hizo que Freud y otros consideren a la depresión como un mecanismo de separación psicológica.<sup>(9,15)</sup>

Sigmund Freud, en su artículo "Duelo y Melancolía" afirma que la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión radica en que en esta última hay una pérdida acentuada de autoestimación. Sostenía que en la pesadumbre el mundo se torna pobre y vacío, en la melancolía se torna pobre y vacío el yo mismo. (UNQUIJO, S. (2000) "Personalidad y Enfermedades Cardiovasculares, Proyecto de Investigación <http://www.mdpedu.ar/psicologiaunquijo2.htm>)

### **2.10.3. ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DEL PENSAMIENTO DEPRESIVO.**

Este concepto se usa para explicar porque el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y que le son contraproducentes, incluso en contra de que existen en su realidad factores positivos de vida cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos la persona atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación.<sup>(16)</sup>

Este segundo componente del modelo cognitivo se basa también al modelo de esquemas. El término esquema, se refiere a los patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones para localizar, diferenciar y "edificar el

estímulo con que se enfrenta el individuo. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias.

Un esquema puede permanecer inactivo durante mucho tiempo y ser activado luego. En los estados psicológicos como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajusta a esquemas inadecuados el empareamiento adecuado de un esquema, con un estímulo concreto se ve alterado.

A medida que la depresión se agrave su pensamiento está cada vez más dominado por- las ideas negativas aunque no exista lógica en las situaciones reales y sus interpretaciones, negativas, por lo que cada vez se sienten más incapacitados para considerar la idea de que sus interpretaciones erróneas son negativas. En los estados depresivos más graves el paciente puede estar completamente dominado por los esquemas de pensamiento depresivo, hallándose absorto en pensamiento negativo, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias, en tales casos se infiere que la organización cognitiva de la depresión puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno.<sup>(16, 32,35)</sup>

#### **2.10.4. CLASIFICACIÓN (OMS), FORMAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN.**

Factores reactivos y los endógenos la historia clínica de algunos pacientes muestran causas ambientales y psicológicas como los factores determinantes aparentemente obvias, entonces la depresión es llamada límites entre estos dos supuestos sub - grupos. A fin de colaborar con el clínico en la codificación del cuadro diagnóstico. La organización Mundial de la salud, incremento de la IX revisión la clasificación Internacional de Enfermedades (CIC-10) de 10 a 19 categorías que a nivel de cuatro dígitos podrían corresponder a este cuadro,

agregando una nueva categoría. Actualmente las clasificaciones mas usadas son las publicadas por la Organización Mundial de la salud y de la American Psychiatry Association.<sup>(26, 32,35)</sup>

## **2.10.5.CATEGORÍAS DE LA DEPRESIÓN:**

### **PSICOSIS AFECTIVA.**

Son los desórdenes mentales, en su mayoría constituidos por depresión y ansiedad, se acompaña por uno o más de los siguientes síntomas: Delusiones, perfil ansiedad, actitud perturbada hacia si mismo, desordenes de la percepción y del comportamiento.

### **DESORDENES NEURÓTICOS Y DEPRESIÓN NEURÓTICA.**

Es un desorden neurótico desproporcionado que generalmente tiene un inicio reconocible en una experiencia desagradable y a menudo hay preocupación con el trauma psíquico que precede a la enfermedad.

La ansiedad también se encuentra frecuentemente y los estados mixtos de ansiedad y depresión se deben incluir.

### **DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES BIOLÓGICAS**

De los trastornos psiquiátricos, las depresiones son probablemente los que con más frecuencia se encuentran en la práctica médica. A veces se trata de depresiones biológicas primarios o mayores. Se calcula que alrededor del 5% de la población masculina y el 10% de la población femenina puede sufrir de una depresión primaria durante el transcurso de su vida.

El 90% serán depresiones de tipo unipolar y el 10% de tipo bipolar. Pero las más de las veces, las depresiones que ve el médico general son formas menores o

leves, las depresiones que ve el médico general son formas menores o leves, casi siempre ambulatorias y que habitualmente no llegan a la psiquiatría.

Son las depresiones larvadas o enmascaradas en las que los síntomas somáticos se presentan en primer plano y los equivalentes depresivos en los que faltan las manifestaciones psíquicas.

## **2.11. ESCALAS DE USO ACTUAL PARA MEDIR LA DEPRESIÓN.**

Algunas escalas están diseñadas para ser usadas por expertos y otros por personas sin entrenamiento personal algunas pueden ser aplicadas por el mismo enfermo o porta persona que hace la entrevista.<sup>(2,3)</sup>

Las escalas de autoaplicación pueden ahorrar tiempo al evaluador, pero tienen algunas limitaciones y que la paciente debe tener- la capacidad de entender y resolver la prueba, lo que no siempre sucede cuando está muy deprimido. Cuando personal entrenado realiza la entrevista el rendimiento mejora i se evita errores.

El resultado es óptimo cuando el propio psicólogo aplica las pruebas, esto permite no sólo obtener un solo reporte que ayudara en él diagnóstico y en la valoración de la evaluación sino al mismo tiempo efectuar una observación colateral de la capacidad y seguridad del enfermo para realizar la prueba.

Los resultados solo dan una orientación como primera etapa, sobre la probable existencia de un cuadro depresivo en determinadas personas,- la segunda etapa consiste en una entrevista directa que corroborara o descartara el cuadro, cuando las escalas se utilizan para valorar la respuesta terapéutica con

antidepresivos, el estudio comparativo de los resultados previos y posteriores al tratamiento, permite encontrar el nivel de cambio.

## **2.12. TRATAMIENTO.**

Se sabe que lo que lleva al paciente deprimido al especialista es el empeoramiento de su conducta y de su influencia social, por lo tanto es necesario evaluar no solo su malestar, inactividad sino también la capacidad de su ambiente, para buscar apoyos externos.

Las dificultades obvias de la evaluación de los factores sociales o intrapsíquicos atribuyen a subrayar la importancia de determinar los factores biológicos. Por lo tanto las terapias de los cuadros depresivos consideran el tratamiento farmacológico, psicológico, electroconvulsivo y el social.

## **2.13. PSICOTERAPIA**

En la tercera edad la psicoterapia adquiere características en la función a la patología de la depresión y las particulares situaciones psicosociales que la persona debe afrontar. Lo que quiere decir que generalmente ninguna psicoterapia puede realizarse aisladamente sin apoyo social, o tratamiento farmacológico.<sup>(1,3)</sup>

Los estudios terapéuticos con enfoque psicoanalítico han tenido enorme valor para generalizar los estudios psicodinámicos a cerca de la depresión patológica.

La intervención clínica de una orientación psicodinámica ha hecho emerger a la práctica tradicional una relación más humana terapeuta paciente, que enriquece y completa y el simple acto de prescribir fármacos, dar consejos y en última instancia de utilizar el electroshock".

La psicoterapia debe ser planificada ajustándose en sus técnicas, plazos y objetivos a las modalidades de cada tipo de depresión y a cada paciente, ya que muchas veces la patología del envejecimiento aparece, como una búsqueda intuitiva para compensar una pérdida y es necesario sopesar cuidadosamente el equilibrio entre las fuerzas en juego para optar por una solución más ventajosa para el paciente.

## **2.14. ORIENTACIONES TEÓRICAS EN LA PSICOTERAPIA COGNITIVA**

Se proponen seis orientaciones teóricas actuales en la psicoterapia cognitiva: (1) Terapia cognitiva conductual, (2) Terapia cognitiva- dinámica, (3) Terapia cognitiva-humanista, (4) Terapia cognitiva-procesual, (5) Terapia cognitiva-sistémica y (6) Terapia cognitiva-constructivista.

### **2.14.1. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL**

Parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.

Esas estructuras de significado regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación. Básicamente, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo

(constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales) y un sistema primitivo o irracional (constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psico-evolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales). Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en preponderancia, produciendo "círculos viciosos" rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología.

La terapia consistiría en que el paciente tomara conciencia de cómo sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales).

Podemos distinguir dos enfoques generales dentro de la orientación cognitivo-conductual (Meichenbaum, 1989): (1) Terapias cognitivas semánticas y (2) Teoría del aprendizaje social (actualmente denominada como socio-cognitiva).

**(1) Terapias cognitivas semánticas:** Representadas fundamentalmente por la Terapia Racional Emotiva (R.E.T) de Ellis y la Terapia cognitiva (C.T) de Beck. En el capítulo 2 de esta obra se recogen sus premisas básicas.

**(2) Teoría del aprendizaje social (Teoría socio-cognitiva):** Representada sobre todo por Bandura (1984, 1990) . Su teoría trata de conjugar la importancia de los factores ambientales (conductismo) y personales (cognitivismo) en la determinación de la conducta en el contexto del aprendizaje social.

### **Los principales conceptos de la teoría del aprendizaje social son:**

1) Determinismo recíproco tríadico: La conducta, los factores cognitivos y las influencias ambientales operan como determinantes unidos y recíprocos que determinan el comportamiento (pensamiento, afecto, conducta) de la persona. El peso de cada factor varía para cada comportamiento y persona dada, así como para cada circunstancia.

2) Los humanos aprenden su comportamiento en un contexto social mediante tres tipos de experiencias de aprendizaje: condicionamiento clásico (relación de acontecimientos entre sí; predicciones); condicionamiento operante (relación de un modelo observado y los resultados). Estas formas de aprendizaje están mediadas cognitivamente, las personas aprenden relaciones entre eventos y resultados, y esas relaciones son representadas mentalmente mediante reglas o creencias personales.

Igualmente esas experiencias de aprendizaje pueden ser "distorsionadas" por reglas previas, de modo que las representaciones no se correspondan con la "realidad". Los aprendizajes humanos más complejos y significativos dependerían del aprendizaje mediante modelos; ese aprendizaje estaría regulado cognitivamente (atención, memoria, codificación, etc.) en su adquisición, aunque su ejecución dependería más de claves ambientales (refuerzo, castigo, etc.)

3) La terapia consiste básicamente en proporcionar un aprendizaje correctivo.

Ese aprendizaje correctivo está mediado cognitivamente; pero la modificación cognitiva se facilita mucho más cuando se proporciona al paciente experiencias de habilidad como resultado de dominio de actividades, que cuando la terapia se queda solo a nivel de intercambio verbal. Cualquier procedimiento psicoterapéutico trata de modificar las expectativas del sujeto respecto a su propia

eficacia personal (expectativas de auto-eficacia: creencia del sujeto de que puede efectuar cambios con éxito mediante determinadas conductas).

Bandura (1984) clasifica los procedimientos terapéuticos en función del grado en que pueden lograr modificaciones en las expectativas de auto-eficacia: los menos potentes para producir estas modificaciones serían los procedimientos de persuasión verbal (interpretativos, sugerencias, debate verbal, etc.), algo más eficaces serían los procedimientos basados en producir activación emocional (exposición, desensibilización); y los más eficaces serían los procedimientos basados en el aprendizaje vicario (modelado), y sobre todo los basados en el logro de ejecución (modelado participante, exposición en vivo, ensayo real de conducta, etc.). Mediante el modelado y la participación activa del sujeto se logran los cambios cognitivos más rápidos y eficaces. Desde este punto de vista no se rechazan los otros procedimientos (que suelen ser complementarios de la terapia), pero si se matizan su contribución real al cambio.

#### **2.14.2. TERAPIA COGNITIVA-DINÁMICA**

Los autores más significativos de este enfoque son: Arieti, Peterfreund y Bowlby. Todos ellos parten de la práctica clínica del psicoanálisis y de sus limitaciones teóricas. Encuentran que la teoría cognitiva es más abarcadora en su poder explicativo y más coherente con los datos de investigación. El antecedente más remoto de esta línea de pensamiento es Lungwitz, psicoanalista alemán, que en sus obras "Lehrbuch der psychobiologie" (1933) y "Erkennistherapie" (1955/1980) enfatiza una aproximación cognitiva a la psicoterapia.

El terapeuta, metafóricamente hablando, sería como un guía de montañismo para el paciente (rol educador); el paciente sufriría emocionalmente debido a que habría desarrollado concepciones o creencias erróneas en su etapa infantil en relación con sus progenitores, y que son ahora inconscientes y activas; y el

terapeuta asignaría actividades entre las sesiones para la corrección de estas concepciones erróneas (tareas para casa).

El desarrollo de esta corriente coincide con las críticas y abandono de la terapia psicoanalítica de Ellis y Beck, los principales fundadores de la terapia cognitiva. Se genera un contexto de disidencia con el psicoanálisis ortodoxo freudiano alrededor de los años 50 de este siglo, que en los años 70 da lugar a una escuela de psicología dinámica (paralela a la psicología del yo y el neo-psicoanálisis) llamada "Escuela cognitiva-volicional" (Arieti, 1974 y 1983):

- \* a) Rechazo, más o menos extremo, de la meta-psicología freudiana.
- \* b) Aceptación de la relevancia de ciertos factores clínicos de la práctica psicoanalítica (historia personal, factores inconscientes, transferencia y contratransferencia).
- \* c) Utilización de las teorías y lenguaje de la psicología cognitiva y del procesamiento de la información como una aproximación más científica a la psicopatología y la psicoterapia.

Por otro lado Arieti (1980) afirma que el axioma básico de los psicoanalistas cognitivos es que en el ser humano existirían pocos conflictos si este no fuera capaz de pensar, de formular ideas, de asimilarlas, de hacerlas parte de si mismo, de enfrentarlas y compararlas, de distorsionarlas, de atribuirles a otros y, finalmente de reprimirlas. Tanto Bowlby (1979) como Arieti (1980) conceden un papel capital a la experiencia infantil en el desarrollo de la psicopatología. Las experiencias negativas con los progenitores producirían conflicto cognitivo inconsciente que sería repetido en determinadas situaciones interpersonales (transferencia). La terapia consistiría básicamente en (Bowlby, 1979):

\* 1º Establecer la conexión adecuada entre los síntomas y su fuente original: experiencias infantiles y las repercusiones de estas en la formación de creencias inconscientes.

\* 2º Ayudar al paciente a tomar conciencia del contexto experiencial bajo el que se formaron esas creencias inconscientes.

\* 3º Ayudar al paciente a descubrir como aplica de modo erróneo estas creencias a distintas situaciones (transferencia hacia otros y el terapeuta a partir de la experiencia con sus progenitores) y permitir que el paciente experimente alternativas a esas concepciones erróneas.

Estos autores mantendrían que las concepciones de sus "colegas" cognitivo-semánticos sobre los significados personales responderían a niveles cognitivos más pre-conscientes; y ellos defenderían niveles más inconscientes que estarían a la base de la psicopatología. Por ejemplo: la ansiedad aguda y crónica sería una respuesta a la creencia inconsciente de tipo amenazante de que la expresión de ciertos deseos personales conlleva automáticamente el abandono afectivo de los padres y/u otros significativos; y la depresión crónica respondería a que la persona cree que habría sido abandonada deliberadamente como un castigo de la persona fallecida (se está hablando en realidad del duelo complicado).

### **2.14.3. TERAPIA COGNITIVA-HUMANISTA**

Aunque Ellis (1989) relaciona la R.E.T con un enfoque humanista de la psicoterapia, un análisis detenido de sus planteamientos la sitúan más bien como terapia cognitiva-conductual, aunque asuma mucho de los planteamientos humanistas de la psicoterapia.

Un planteamiento cognitivo-humanista más desarrollado puede encontrarse en Bohart (1982, 1990 y 1991). Desde esta perspectiva se considera al ser humano como propositivo y constructor activo de su experiencia; experiencia que va siendo modificada en función de su viabilidad. La psicopatología sería

básicamente el producto de procesos disfuncionales de tipo cognitivo de relación del sujeto consigo mismo. Los problemas psicológicos serían el resultado de estrategias disfuncionales de solución de problemas aplicadas a problemas vitales.

Esas estrategias serían disfuncionales porque el individuo es incapaz de aprender del feedback procedente de sus encuentros fallidos con las situaciones problemas. Ese fallo en el feedback experiencial sería consecuencia no de un fallo perceptivo o distorsión cognitiva, sino de que el sujeto es incapaz de darse cuenta de que percibe mal y de corregir esa percepción. Esa incapacidad de darse cuenta del feedback erróneo se produce como un desarrollo improductivo de relaciones con uno mismo (que refleja en formas improductivas de afrontar los problemas). Esas formas improductivas serían: como amenazantes sin ninguna ganancia, lo que haría que no las atendiera y no aprendiera de ellas y (2) Relaciones de uno consigo mismo: no aceptación del malestar sentido o de las deficiencias para afrontarlo.

El planteamiento terapéutico implicaría que el terapeuta ha de ser "paciente con su cliente y tolerar el, malestar presentado, los bloqueos y recaídas; y ve los de una forma aceptante más que eliminarlos cuando aparecen inmediatamente, ya que el análisis de estas experiencias permite corregir los errores en el feedback experiencial. Por otro lado no es necesario que la terapia elimine los problemas o modifique los esquemas cognitivos nucleares para producir cambios relevantes. Ciertos cambios en esquemas cognitivos periféricos pueden ser suficientes y muy relevantes (p.e el trabajo de auto-aceptación de ciertas características personales, tendencias, "rasgos" o esquemas nucleares).

#### 2.14.4. TERAPIA COGNITIVA-PROCESUAL

Este enfoque estaría directamente relacionado con la psicología del procesamiento de la información. Básicamente parte de la idea de que la psicopatología respondería más a procesos u operaciones mentales disfuncionales de procesamiento de la información que a sus contenidos cognitivos. Esta corriente ha tenido relativamente pocas aplicaciones clínicas, exceptuando algunos elementos terapéuticos de trastornos psicóticos en adultos y niños y el campo de la deficiencia mental y otros trastornos neuro-psicológicos. (Ver capítulo 19). Este enfoque pretende ser el verdadero representante cognitivo que relaciona la psicología teórica- experimental del procesamiento de la información y el campo clínico. Sin embargo la psicoterapia cognitiva y la psicología cognitiva no se puede reducir a este enfoque (Mahoney, 1974).

#### 2.14.5. TERAPIA COGNITIVA-SISTEMÁTICA

Existen dos grandes líneas que relacionan los enfoques cognitivos y sistémicos:

**(1) La terapia familiar racional emotiva (TFRE):** Ellis (1978) presentó un formato de terapia R.E.T aplicable al grupo familiar que fundamentalmente seguía las líneas cognitivas-conductuales de su enfoque terapéutico.

Básicamente este enfoque consistía en detectar el acontecimiento perturbador para la familia (A), las respuestas emocionales y conductuales de cada miembro ante el mismo de tipo irracional o perturbador (C) y las creencias irracionales (B) que podían estar manteniendo cada miembro para contribuir al problema común. Una vez detectada la secuencia A-B-C, se debatían (D) las creencias irracionales y se generaban alternativas cognitivas, emotivas y conductuales a las mismas (E).

Posteriormente Nina Woulf (1983) no solo aplicó la R.E.T en terapia familiar sino que combinó este enfoque con el sistémico en el tratamiento de problemas infanto-juveniles. Esta autora conceptualiza que una de las tareas de la familia (los padres fundamentalmente) es llevar a cabo la tarea de facilitar el desarrollo de la personalidad e inserción social del niño. Para ello el subsistema parental tiene que funcionar de modo cooperador y ser capaces de modificar las reglas y expectativas a medida que el niño va creciendo. Además han de ser capaces de mantener las fronteras, límites y responsabilidades de cada subsistema familiar. Cuando aparece un niño identificado como "paciente identificado en la consulta casi siempre casi siempre es un producto de una o varias alteraciones en los puntos y funciones familiares antes mencionados. A su vez esas alteraciones funcionales y organizacionales de la familia son el resultado de la creencia irracional mantenida por cada uno de los miembros de la familia.

A menudo las creencias más irracionales que afectan al funcionamiento familiar suelen ser compartidas por los miembros de este sistema (p.e "El otro debe solucionar este problema"). El terapeuta detecta estas creencias y sus repercusiones sobre los intentos de solución fallidos, las presenta a las familias como hipótesis y sugiere tareas o actividades fuera de la sesión para su modificación. Normalmente aparecen "resistencias" antes estas tareas.

Lejos de ser esto un gran inconveniente se convierte en la vía principal para detectar las creencias irracionales más básicas y preparar alternativas a las mismas. Huber y Baruth (1991) han desarrollado aún más este modelo, extendiéndolo a la terapia en general, y no solo al campo infanto-juvenil (ver capítulo 9) (aunque en esta obra se recomienda su uso en este campo en especial).

**(2) Enfoque sistémico constructivista:** Relaciona los enfoques sistémicos y constructivistas de la psicoterapia. Sus representantes fundamentales son los italianos Boscolo y Cecchin (1987). La finalidad de la terapia es comprender la historia que cuenta la familia en relación a la conducta definida como problema, y las premisas y mitos familiares que han contribuido a tal definición o etiquetación (construcción).

El terapeuta a base de preguntas circulares a la familia va detectando las circunstancias históricas que determinaron tal etiquetación y las creencias o mitos familiares que le sirven de base. Una vez realizada esta tarea se va presentando una hipótesis alternativa que cuestiona los mitos y permite reconstruir la historia y las conductas etiquetadas como problema de forma alternativa. Hoffman (1988) en la misma línea sintetiza este enfoque apuntando que el foco inicial de la terapia sistémica se centró en las pautas interaccionales (conductuales) y que se ha ido desplazando hacia los significados compartidos de la familia (cogniciones, mitos, creencias, construcciones). Feixas y Villegas (1990) resumen espléndidamente este enfoque en el contexto de los enfoques constructivistas.

#### **2.14.6. TERAPIA COGNITIVA-CONSTRUCTIVISTA**

Feixas y Villegas (1990) recogen los fundamentos de este enfoque y el tipo de psicoterapia que proponen. El autor originario de esta corriente sería G. Kelly y su psicología de los constructos personales (Kelly, 1955), y los representantes más destacados actualmente serían Neimeyer (en la línea de Kelly), Guidano y Liotti (relacionados con el enfoque cognitivo- semántico) y Mahoney.

Básicamente estas teorías tienen un alto interés epistemológico (teoría del conocimiento) y cuestionan el "estatus" de lo que denominamos como "real".

El ser humano construye continuamente "su realidad", como un científico formula hipótesis sobre su experiencia en forma de constructos (representaciones

cognitivas organizadas de la experiencia) y utiliza estos constructos como forma de manejar las experiencias venideras. Se cuestiona la validez de las teorías cognitivas que defienden la existencia de un sistema racional cognitivo y otro sistema irracional o primitivo, pues suelen mantener el "principio de realidad" como forma de verificar las hipótesis derivadas del sistema primitivo; cuando ese "principio de realidad" también es una construcción personal y/o social particular más que un hecho trascendente e independiente del sujeto. Lo real pues sería inaprensible e incognoscible independientemente del sujeto que siempre está construyendo "su realidad" presionando más o menos por determinados grupos socio-familiares y momentos históricos.

La psicopatología sería el producto de incongruencias en los sistemas de construcción personal o en su inutilidad para predecir los hechos experienciales.

Constructos rígidos o demasiado laxos impedirían que el sujeto revisara adecuadamente sus experiencias (ciclo de experiencia); el terapeuta ayudaría al sujeto a reorganizar sus constructos de modo que estos puedan seguir siendo útiles en su revisión experiencial. Las tareas del terapeuta serían: (1) detectar el sistema de constructos implicados en el problema y su organización (p.e laxo, rígido), (2) determinar el "bloqueo" del ciclo de experiencia, en qué punto se ha producido (anticipación, implicación, encuentro, validación y revisión) y (3) ayudar a su cliente a realizar una revisión del sistema de constructos que sea más funcional para este.

## **2.15. FARMACOTERAPIA.**

En 1959 la imipramina fue presentada en el Canadá, en 1960 Jean Delay le dio el nombre de tomoléptico para diferenciar su efecto de los demás anfetaminas.

Más tarde su empleo terapéutico creó, las condiciones necesarias para profundizar el estudio de las depresiones en sus aspectos biológicos.

Alrededor de esta época se confirmó que muchas personas que habían ingerido reserpina y sus derivados solían presentar cuadros de erosivos en esta edad.<sup>(16,35)</sup>

Durante ese tiempo se han empleado muchos medicamentos antidepresivos los más conocidos son: Tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, los tetracíclicos y el litio.

En el tratamiento farmacológico los Tricíclicos es la primera gran alternativa por su gran poder terapéutico clonmipramina y el doxepin pueden producir efectos terapéuticos colaterales, favorables en tres o 4 semanas.

La utilidad terapéutica de los psicofarmacos en las personas debe ser rigurosamente valorada por el clínico, debido que pueden originar cuadros peligrosos, aspectos sociales del tratamiento de la depresión.

## **2.16. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y DEPRESIÓN**

En el proceso de desarrollo puede completarse una serie de cambios sociales y culturales que caracteriza a este periodo de la vida habitualmente los ancianos no reciben una adecuada "valoración social, más bien constituyen una carga de las personas de las que dependen, así la dependencia, el aislamiento y el abandono de la actividad, se constituyen en algunos de los grandes factores sociológicos, que recién de la actividad psíquica i emocional de la persona.<sup>(1,2)</sup>

Estudios estadísticos han demostrado que después de los 65 años, va aumentando, él número de personas solas en una proporción que va del 21% l 531%.

Otro aspecto importante desde el punto de vista social es el retiro de la actividad, a personas con capacidad de trabajar y es caer en la inactividad produciéndose sentimientos de frustración e inseguridad.<sup>(2)</sup>

Es necesario recordar que las personas no han perdido la actitud para aprender de ahí que para su bienestar sea una necesidad fundamental, que se mantenga la mayor actividad posible. Por otra parte se ha demostrado que un medio ambiente carente de estímulos.

## **2.17.TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La terapia cognitivo-conductual es un término donde se engloban la terapia cognitiva y la terapia de conducta, como aplicación clínica de la psicología cognitiva y la psicología conductista.

Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características.

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el

entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente.

Está centrada en los síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia donde apunta la terapia.

Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento.

Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato "único" para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona.

### **3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.**

### 3.1. En el Ámbito Local.

Palomino M. Ángela (Cusco – 2001). En su estudio “Niveles de Ansiedad y Depresión con Pacientes Hipertensos-Tratamiento Cardiovascular. ESSALUD” Estudio en 102 varones y 310 mujeres entre 18-50 años, sometidos a tratamientos cardíacos en los hipertensos. Encontraron un nivel de ansiedad mínima mayor en varones que en mujeres (48%, 38% respectivamente) la ansiedad moderada fue mayor en mujeres (27%) y la ansiedad máxima fue igual en varones que en mujeres (11%). Concluye que existe correlación entre los niveles de ansiedad y depresión con la hipertensión arterial.

Ramírez, P. Roxana Año (Cusco – 2002). En su estudio “Personalidad y Niveles de ansiedad y depresión, en paciente que presentan enfermedades cardiovasculares del servicio de Medicina del Hospital Regional. Su objetivo fue determinar los tipos de personalidad, la ansiedad y depresión en una muestra de 114 pacientes con Hipertensión Arterial utilizó como instrumento la Escala de autoevaluación de ansiedad Zung. La ansiedad mostró resultados similares de 54.22% en varones y 49.03% mujeres, severa en menor porcentaje de 5.56% en la muestra, en cuanto a la depresión: Se encontró que el género masculino tiene una mayor tendencia hacia la depresión que es de 53.17% y 51.78% en el fenómeno. Tanto en los niveles moderados a severa para ambos sexos. Concluyó que el tipo de personalidad predominante en la población de estudio es la de tipo sentimental, lo que hace que ejerza niveles de ansiedad y depresión, con niveles porcentuales elevados de moderada a severa de la muestra de estudio.

### 3.2. En el Ámbito Nacional.

Vásquez .A. Jose (Lima. – 2002). En su estudio “Efecto del Tratamiento Antihipertensivo sobre la Ansiedad y Depresión” Estudió una muestra de 84 pacientes diagnosticados con trastornos cardíacos. Utilizó la escala Zung para determinar los diferentes niveles de ansiedad y presión y analizar los efectos del tratamiento antihipertensivo. Encontró que los niveles de ansiedad y depresión disminuían con el tratamiento antihipertensivo. Se concluyó que frente a estado de enfermedad como la Hipertensión Arterial en varones y mujeres los niveles de ansiedad y depresión disminuyen después del tratamiento antihipertensivo.

### **3.3. En el Ámbito Internacional.**

Infantas U. Penélope (España - 2002) En su estudio “variables psicológicas en pacientes cardíacas, hipertensión arterial y dolor crónico” . El objetivo fue evaluar la relación existente entre variables emocionales (depresión y ansiedad) y rasgos de personalidad en pacientes cardíacas e hipertensos con dolor crónico. Se evaluó una muestra de 101 que asistían a la clínica del dolor del Hospital “PARC TAULI” de Barcelona. La información se obtuvo en dos momentos distintos, durante el momento de la entrevista y durante un seguimiento de 15 días. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario autoaplicado depresión de Zung y ansiedad. (Spielberg-1974), Inventario de temperamento y carácter (TCI) (Cloninger y Cols-1994) se encontró alta prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad con niveles alto y mederada (65%,70% respectivamente). Las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en síntomas depresivos y ansiosas que los hombres. Concluyeron que los niveles de ansiedad y depresión fueron altos en los pacientes cardíacos e hipertensos.

Meyer, Fdiedman y RayRosenmann (EEUU - 1984). En su estudio “Niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes con Hipertensión Arterial”. El objetivo fue determinar la relación entre la HTA y los niveles de depresión y ansiedad. El estudio se hizo en forma doble ciego en 113 individuos. publicaron los resultados de su investigación realizada en el Mt. Zion Hospital And Medical Center en San Francisco. Utilizaron como instrumento la escala de Zung. Encontraron que los pacientes con HTA manifestaron diferentes niveles de ansiedad (leve 28%, moderada 52%, intensa y depresión 20%) y depresión (leve 15%, moderada

40%, intensa y depresión 45%). Concluyeron que el patrón de conducta de la persona es uno de los factores de riesgo significativo más importante de la enfermedad coronaria con el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial que favorecen el desarrollo de conductas ansiosas y/o depresivas y estrés.

Bages N.L. Feldmante y Chacón G. (Venezuela - 1991). “Los efectos de la enfermedad cardiovascular sobre variables psicológicas”. El objetivo fue establecer los efectos de las enfermedades cardiovasculares sobre la depresión y ansiedad. Se llevó a cabo en un grupo de pacientes del Hospital Simón Bolívar de Venezuela. Asimismo, se evaluó la presión arterial sistólica, y diastólica y la frecuencia cardiaca ante estímulos cognitivos estresantes. Los resultados mostraron que las enfermedades cardiovasculares tienen efecto sobre los niveles de ansiedad y depresión y en la medida de la percepción subjetiva de tensión. En conclusión: Se encontró, una alta proporción del 85% de los participantes tenían rasgos ansiedad y depresión asociadas por riesgo cardiovascular.

Robles, H. Nieves, P.M. Reyes G. Fernández, F.R. (España - 1997). En su estudio “Indicadores Psicológicos y Psicofisiológicos de Riesgo Coronario” un estudio transversal en pacientes cardíacos el objetivo del estudio fue estudiar la prevalencia de determinadas características psicológicas de riesgo coronario que presentaban características psicológicas, ansiedad y estrés, personas afectadas de cardiopatía isquémica, se trabajó con dos grupos: uno de pacientes cardíacos y un grupo control. Los resultados mostraron que los pacientes con cardiopatía isquémica con diferentes niveles de hipertensión presentaron mayor puntuación en determinadas características psicológicas de hostilidad y depresión, ansiedad, que el grupo control.

#### **4. OBJETIVOS.**

- Determinar el nivel de ansiedad y depresión antes del tratamiento psicoterapéutico en los pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial en el servicio de medicina del Hospital Antonio Lorena de la provincia del Cusco, 2006.
- Determinar el nivel de ansiedad y depresión después del tratamiento psicoterapéutico en los pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial en el servicio de medicina del Hospital Antonio Lorena de la provincia del Cusco, 2006.
- Evaluar la diferencia entre el pretest y posttest de los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial en el servicio de medicina del Hospital Antonio Lorena de la provincia del Cusco, 2006.

## 1. HIPÓTESIS.

Dado que, la Hipertensión Arterial (HTA); representa una experiencia inesperada y devastadora para el paciente, causando diferentes niveles de ansiedad y depresión:

- Es probable que, el tratamiento psicoterapéutico disminuya los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados con Hipertensión Arterial en el servicio de medicina del Hospital Antonio Lorena de la provincia del Cusco.

## III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

## 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. TÉCNICA.

Se empleará una sola técnica, la entrevista, para recoger información de las variables (nivel de depresión, nivel de ansiedad).

A la aseveración expuesta, corresponde la siguiente esquematización:

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Nivel de depresión	Entrevista	Escala de Depresión Züng
Nivel de ansiedad		Escala de Ansiedad Züng

- Se solicitó el permiso correspondiente al Director, jefe del Servicio de Medicina y Jefe del departamento de psicología para poder obtener la muestra de estudio (pacientes hipertensos hospitalizados).
- Se formarán al azar a dos grupos de estudio, el primero grupo 1 formará el grupo experimental al que se aplicará el tratamiento psicoterapéutico y el grupo 2 formará el grupo control.
- Se le hace la entrevista de un pre test de ansiedad y depresión a los pacientes que formarán los dos grupos y se recopilan los datos para su medición.
- Se aplicó el tratamiento psicoterapéutico del tipo cognitivo conductual de cuatro sesiones cada 3 días a los pacientes que formarán el grupo experimental que consiste en: primero reestructuración de ideas del esquema mental, segundo generar el tratamiento en la modificación de ideas, tercero

terapia y análisis de problemas, y cuartoconsejo y orientación; al grupo control no se le aplica el tratamiento.

- Por último se le hace la entrevista del post test de ansiedad y depresión a los dos grupos y se recopilan los datos para su medición.

## 1.2. INSTRUMENTOS.

### a.- Test de la Escala de Ansiedad Züng.

La escala de la evaluación de la Ansiedad comprende un número de 20 ítems cada uno de ellos referidos a manifestaciones características de ansiedad como síntoma o signo, como expresión de trastornos emocionales.

Los párrafos están divididos en 4 columnas encabezadas por: Muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y casi siempre. Se hace las preguntas al paciente de la lista de párrafos.

Para obtener el grado de Ansiedad del paciente se compara la escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, el valor indicado para cada párrafo se escribe al margen y luego se suman todos los valores parciales.

Los párrafos en el test están escritos en el idioma cotidiano del paciente. En la confección de la EAMD se ha tomado ciertas precauciones necesarias para la confección de test psicológicos.

Al paciente le es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los Ítems están escritos como síntomas positivos y la otra mitad como negativos. Por ejemplo la primera afirmación "Me siento triste y decaído es positiva. La segunda Por las mañanas me siento mejor es una declaración negativa.

### **Interpretación de los promedios de la escala en la ansiedad**

La ansiedad es una palabra que puede ser usada para describir:

- Una variante de la duración del tono subjetivo, emocional, sensación de pequeña Ansiedad.
- Lugar y tiempo Un momento de tensión
- Se intenta hacer el estimado de la ansiedad como un trastorno emocional.

Sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la Ansiedad al margen de la causa.

### **Índice de impresión global de equivalencia clínica**

- Debajo de 45 Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente
- 45 a 59 Presencia de ansiedad leve
- 60 a 74 Presencia de ansiedad moderada
- 75 a más Presencia de ansiedad severa.
- 

### **b.- Escala de Depresión Zung.**

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 ítems. Cada ítem se refiere a una característica específica y común de la depresión los 20 ítems esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente conocidos como desordenes depresivos.

Los párrafos están divididos en 4 columnas encabezadas por: Muy pocas veces, Algunas veces. Muchas Veces y Casi siempre.

Se hace las preguntas de los ítems a los pacientes . Para obtener el grado de depresión del apaciente se compara la escala obtenida con la escala clave para

efectuar el recuento, el valor indicado para cada párrafo se escribe al margen y luego se suman todos los valores parciales.

El total de la suma se convierte un índice basado sobre 100. La escala está construida de tal modo que un índice bajo indica una pequeña depresión o su ausencia y un índice alto indica la presencia de una depresión de significación clínica.

Los párrafos en el test están escritos en el idioma cotidiano del paciente. En la confección de la EAMD se ha tomado ciertas precauciones necesarias para la confección de test psicológicos.

Al paciente le es imposible falsificar tendencias en sus respuestas porque la mitad de los Ítems están escritos como síntomas ' positivos y la otra mitad como negativos.

Por ejemplo la primera afirmación "Me siento triste y decaído es positiva. La segunda Por las mañanas me siento mejor es una declaración negativa.

Se ha omitido una posible columna cuyo encabezamiento sería nunca que algunas veces podría ser apropiada, para que se puedan elegir respuestas significativas y cuantitativamente mensurables.

#### **Índicede impresión global de equivalencia clínica**

- Debajo de 45 Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
- 45 a 59 Presencia de ansiedad leve
- 60 a 74 Presencia de ansiedad moderada.
- 75 a más Presencia de ansiedad severa.

### **1.3. MATERIALES.**

- **Útiles de escritorio.**

- 01 millar de papel bond A4 de 80gr.
- 150 fotocopias de la ficha de exclusión.
- 01 docena de fólder manila.
- 01/2 docena de lapiceros azules.
- 01 correctores y/o borradores.
- 01 Calculadora.
- Tinta para la impresora.



## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

## 2.1. Ubicación Espacial.

La investigación se realizará el Hospital Antonio Lorena considerados como Hospital de referencia, se ubica en la Región, Departamento y Provincia del Cusco; la dirección del Hospital Antonio Lorena es en la Plaza Belén, de la provincia del Cusco se ubicada en la sierra a 3320 msnm, latitud sur 14° 12'50" a 14°41'16" el clima principalmente es frío y seco, con una temperatura promedio de 18°C.

Con respecto a los servicios de medicina del Hospital Antonio Lorena del Cusco pertenecen al departamento de consulta externa, la demanda de coincide en el orden de frecuencias poblacionales de los distritos más poblados del departamento Cusco (Cusco, Santiago, Wanchaq, San Sebastián, Santa Ana, San Jerónimo). Inclusive de departamentos aledaños como Apurímac y Madre de Dios. El 60.9% de la demanda en consulta externa corresponde al sexo femenino. Las enfermedades cardiovasculares y de hipertensión arterial representan un 2.5% del total de la consulta externa.

En la población estudiada se encontró comprendida entre 18 a 60 años con un promedio de 36 años, con un grado de instrucción secundaria en su mayor porcentaje y en menor porcentaje de de grado de instrucción superior, con respecto a la ocupación los mayores porcentajes estuvo constituida por comerciantes, profesionales y técnicos.

## 2.2. Ubicación temporal

- **Cronología** : Enero a diciembre del 2006
- **Visión temporal** : Prospectivo.
- **Corte Temporal** : Longitudinal.

## 2.3. Unidades de Estudio

- a) **Naturaleza:** Pacientes con hipertensión arterial como unidades de análisis.

**b) Opción metodológica: Grupos**

**a. Características de los grupos**

**Criterios de Inclusión:**

- Pacientes con hipertensión arterial hospitalizados en los servicios de medicina del hospital Antonio Lorena del distrito de Santiago del Cusco.
- Pacientes sexo masculino y sexo femenino.
- El paciente no debe padecer otra enfermedad crónica que no sean trastornos cardiovasculares.
- Formar parte de una de las tres categorías de pacientes con trastornos cardiovasculares

**Criterios de Eliminación:**

- Se excluyó a pacientes con hipertensión arterial que no deseaban participar del estudio.
- Pacientes cuya religión les impide responder a preguntas de la entrevista.

**b. Cuantificación.**

Procedimiento

- $E/S = 1.00$  (tamaño estandarizado del efecto)
- Error alfa = 0.05 (0.1 – 0.10)
- Error beta = 0.10 (0.05 – 0.20)
- Cruce

E/S

alfa = 0.05

Beta = 0.10

0.10

N =

171 Pacientes con hipertensión para cada grupo

**c. Representatividad.**

Grupo estudiados.

**d. Asignación.** Aleatoria para cada grupo.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### 3.1. Organización

- **Autorización**

Se solicitará la autorización del director del hospital Antonio Lorena y del jefe de Medicina del mismo nosocomio.

- **Capacitación**

Se procederá a la capacitación y calibración del personal auxiliar que va colaborar en la investigación.

- **Coordinación**

Con los responsables.

#### 3.2. Recursos

##### a) Recursos Humanos

- El Investigador: Timoteo Díaz Díaz.
- El asesor de la investigación.
- El asesor para el análisis estadístico.
- El personal auxiliar de apoyo (,técnicos en enfermería del Servicio de medicina)
- El personal de apoyo administrativo.

**b) Recursos Físicos**

- Constituido por las instalaciones del Servicio de Medicina del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

**c) Recursos Institucionales**

- Biblioteca de UCSM
- Biblioteca de la Universidad Andina del Cusco
- Biblioteca de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

**3.3. Validación del instrumento**

La Escala del test de Zung esta validada intencionalmente, se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desordenes emocionales,este instrumento tiene una fiabilidad que oscila entre 0.3 y 0.7, con una validez concurrente con otras escala que va de  $r=0.56$  a  $0.80$  y una validez concurrente con valoraciones clínicas de  $r=0.69$ , por lo que se ha determinado como una escala que logra distinguir adecuadamente sujetos depresivos de los no depresivos y de la ansiedad y que es sensible a la mejora tras un período de tratamiento. Por otra parte según el Journal of Psychiatry, la sensibilidad del instrumento ha demostrado ser adecuada y en estudios realizados una alta correlación con el Hamilton Rating Scale, por lo que el instrumento es descrito como válido y sensible para detectar depresión clínica en pacientes y se recomienda su uso como herramienta de detección.

**4. Criterios para el manejo de los Resultados****4.1. Plan de procesamiento de datos**

Se empleará un procesamiento manual y computarizado acorde a las siguientes operaciones:

- a) Clasificación: Una vez obtenida la información esta será ordenada en una matriz de registro y control.
- b) Recuento: La información clasificada luego será contabilizada en matrices computacionales.
- c) Tabulación: Se emplearán tablas numéricas de doble entrada en respuesta a los objetivos e hipótesis.

#### 4.2. Plan de análisis de datos

##### a) Metodología a interpretar las tablas:

- Jerarquización de la información.
- Establecer vinculación entre los datos.
- Unir los datos de la realidad con la teoría.
- Apreciar críticamente los datos.

##### b) Modalidad de Interpretación:

Se utilizará la interpretación subsecuente a cada tabla y gráfico.

##### c) Operaciones Interpretativas:

- Análisis.
- Síntesis.
- Deducción.
- Inducción.

##### d) Niveles Interpretativos: Explicativo

##### e) Tratamiento Estadístico.

VARIABLES	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA ESTADÍSTICA
Nivel de depresión	Cualitativo	Ordinal	Frecuencias absolutas y relativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jicuada</li> <li>• Prueba T</li> <li>• Tau - c de Kendall</li> </ul>
Nivel de ansiedad				



#### IV CRONOGRAMA DE TRABAJO.

TIEMPO ACTIVIDAD	P E R I O D O 2 0 0 6																															
	Enero				Abril				Julio				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del Proyecto.	x	x	x	x	x	x	x																									
Aprobación del Proyecto.							x																									
Elaboración del instrumento.						x																										
Validación del Instrumento.							x																									
Recolección de datos									x	x	x																					
Estructuración de resultados													x	x	x	x	x	x	x	x												
Informe Final.																					x	x	x	x	x							
Sustentación de la tesis.																													x	x	x	x

# **SEGUNDO ANEXO**

## **CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

CODIGO.....

FECHA.....

GRUPO: (1) Sin tratamiento Psicoterapéutico.

(2) Con tratamiento Psicoterapéutico.

PRUEBA: (1) Ingreso.

(2) Salida.

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

PREGUNTAS	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Se siente triste y con ganas de llorar					
2. Por las mañanas es cuando se siento mejor					
3. Tiene accesos de llanto o ganas de llorar					
4. Duerme mal					
5. Tiene tanto apetito como antes					
6. Le tiemblan los brazos y las piernas					
7. Nota que estoy perdiendo el peso					
8. Tiene trastornos intestinales y estreñimiento					
9. Le late el corazón más a prisa que antes					
10. Se cansa sin motivo					
11. Tiene la mente tan clara como antes					
12. Hace las cosas con la misma facilidad					
13. Se siente nervioso y no puedo estar quieto					
14. Tiene esperanzas en el futuro					
15. Esta más irritable que antes					
16. Le es fácil tomar decisiones					
17. Me siento útil y necesario					
18. le satisface su vida actual					
19. Cree que los demás estarían mejor si semuriera					
20. Disfruta de las mismas cosas que antes					
PUNTUACIÓN TOTAL					

### ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

PREGUNTAS	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Se siente más tranquilo y nervioso que de costumbre					
2. Se siente asustado sin motivo					
3. Se altera o se angustia fácilmente					
4. Siente como si estuviera desasiendo en pedazos					
5. Cree que todo está bien y que no va pasar nada malo					
6. Le tiemblan los brazos y las piernas					
7. Sufre de dolores de cabeza, del cuello y de la espalda					
8. Se siento débil y me canso fácilmente					
9. Se siente tranquilo y le es fácil estar quieto					
10. Siente que el corazón me late a prisa					
11. Sufre de mareos					
12. Se desmaya o siente que va a desmayarme					
13. Puede respirar fácilmente					
14. Se le duerme y me hormigean los dedos de las manos y los pies					
15. Sufre dolores de estómago o indigestión					
16. Tiene que orinar con mucha frecuencia					
17. Generalmente tiene las manos secas					
18. La cara se le pone caliente y roja					
19. Se duerme fácilmente y descansa bien por las noches					
20. Tengo pesadillas					
PUNTUACIÓN TOTAL					

# **TERCER ANEXO**

## **ESQUEMA DEL MENEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO HOSPITALIZADO PARA EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

## ESQUEMA DEL MENEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO HOSPITALIZADO PARA EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO



# **CUARTO ANEXO**

## **MATRIZ DE REGISTRO Y CONTROL**

Nº	Test de Ingreso del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de ansiedad	Test de Ingreso del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de Depresión	tipo de tratamiento	Test de Salida del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de ansiedad	Test de Salida del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de depresión
1	Ansiedad intensa	70	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión leve	53
2	Ansiedad leve	54	Depresión leve	54	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión normal	48
3	Ansiedad leve	59	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión leve	52
4	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	76	Sin tratamiento	Ansiedad normal	36	Depresión leve	51
5	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión leve	54
6	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	36	Depresión normal	43
7	Ansiedad moderada	63	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad normal	43	Depresión normal	25
8	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	38	Depresión normal	38
9	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	37	Depresión normal	25
10	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	25
11	Ansiedad moderada	65	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	25
12	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión leve	51
13	Ansiedad moderada	66	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión leve	50
14	Ansiedad moderada	68	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad normal	43	Depresión normal	43
15	Ansiedad leve	53	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión normal	39
16	Ansiedad normal	35	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	61
17	Ansiedad leve	53	Depresión normal	45	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	54
18	Ansiedad leve	56	Depresión intensa	70	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	64
19	Ansiedad normal	43	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad normal	45	Depresión normal	35
20	Ansiedad leve	58	Depresión leve	53	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	25
21	Ansiedad normal	42	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad normal	29	Depresión normal	46
22	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión normal	33
22	Ansiedad leve	58	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	25
23	Ansiedad moderada	66	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	62	Depresión normal	29
24	Ansiedad leve	56	Depresión leve	56	Sin tratamiento	Ansiedad normal	45	Depresión normal	43
25	Ansiedad intensa	80	Depresión normal	49	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión normal	38
26	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión normal	25
27	Ansiedad normal	41	Depresión leve	51	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión leve	51
28	Ansiedad normal	40	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	61
29	Ansiedad leve	51	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	44
30	Ansiedad leve	56	Depresión normal	46	Sin tratamiento	Ansiedad normal	31	Depresión normal	25
31	Ansiedad normal	38	Depresión leve	53	Sin tratamiento	Ansiedad leve	55	Depresión leve	56
32	Ansiedad normal	41	Depresión leve	56	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	60
33	Ansiedad leve	51	Depresión normal	40	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	40
34	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión normal	45
35	Ansiedad leve	58	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión normal	28
36	Ansiedad moderada	61	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	33
37	Ansiedad leve	54	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión leve	53
38	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad leve	54	Depresión intensa	75
39	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad normal	43	Depresión normal	49
40	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	64
41	Ansiedad leve	56	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	35	Depresión normal	45
42	Ansiedad moderada	65	Depresión leve	53	Sin tratamiento	Ansiedad normal	38	Depresión normal	39
43	Ansiedad leve	55	Depresión intensa	73	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión normal	49
44	Ansiedad leve	54	Depresión normal	28	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión normal	35
45	Ansiedad leve	56	Depresión normal	46	Sin tratamiento	Ansiedad normal	45	Depresión normal	31
46	Ansiedad moderada	65	Depresión normal	42	Sin tratamiento	Ansiedad leve	59	Depresión normal	25
47	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	43
48	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión normal	43
49	Ansiedad moderada	65	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad leve	57	Depresión normal	43
50	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	75	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	68
51	Ansiedad moderada	63	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad leve	57	Depresión normal	41
52	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión normal	48
53	Ansiedad intensa	85	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad leve	54	Depresión leve	53
54	Ansiedad moderada	64	Depresión normal	49	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	63	Depresión normal	40
55	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	38
56	Ansiedad moderada	65	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión normal	35
57	Ansiedad moderada	61	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	43	Depresión normal	38
58	Ansiedad leve	51	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión leve	58
59	Ansiedad leve	58	Depresión intensa	78	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	46
60	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	63
61	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	65
62	Ansiedad leve	59	Depresión normal	45	Sin tratamiento	Ansiedad leve	51	Depresión moderada	66
63	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	76	Sin tratamiento	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	61
64	Ansiedad moderada	61	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	40
65	Ansiedad leve	52	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	63
66	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	61
67	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión leve	54
68	Ansiedad leve	54	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión normal	44
69	Ansiedad leve	54	Depresión leve	54	Sin tratamiento	Ansiedad normal	43	Depresión normal	39
70	Ansiedad moderada	66	Depresión leve	56	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión normal	45
71	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	70	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	39
72	Ansiedad moderada	69	Depresión intensa	70	Sin tratamiento	Ansiedad normal	33	Depresión leve	53
73	Ansiedad moderada	64	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad leve	59	Depresión normal	49
74	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad normal	37	Depresión normal	31
75	Ansiedad leve	58	Depresión leve	51	Sin tratamiento	Ansiedad normal	36	Depresión normal	40
76	Ansiedad moderada	66	Depresión leve	56	Sin tratamiento	Ansiedad leve	55	Depresión normal	39
77	Ansiedad normal	41	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	25
78	Ansiedad leve	55	Depresión leve	56	Sin tratamiento	Ansiedad normal	36	Depresión normal	45
79	Ansiedad normal	44	Depresión leve	56	Sin tratamiento	Ansiedad normal	30	Depresión normal	25
80	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión leve	54
81	Ansiedad leve	56	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	34	Depresión normal	25
82	Ansiedad moderada	63	Depresión leve	54	Sin tratamiento	Ansiedad leve	51	Depresión normal	29
83	Ansiedad normal	46	Depresión leve	51	Sin tratamiento	Ansiedad normal	34	Depresión normal	25
84	Ansiedad normal	25	Depresión normal	25	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	25
85	Ansiedad normal	36	Depresión leve	53	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	25

Nº	Test de Ingreso del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de ansiedad	Test de Ingreso del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de Depresión	tipo de tratamiento	Test de Salida del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de ansiedad	Test de Salida del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de depresión
86	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión normal	45
87	Ansiedad normal	41	Depresión leve	53	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	46
88	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión leve	56
89	Ansiedad normal	43	Depresión normal	49	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	44
90	Ansiedad normal	47	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión normal	43
91	Ansiedad leve	55	Depresión leve	54	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	44
92	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	53	Sin tratamiento	Ansiedad leve	54	Depresión leve	52
93	Ansiedad normal	44	Depresión leve	53	Sin tratamiento	Ansiedad normal	25	Depresión leve	53
94	Ansiedad leve	59	Depresión normal	49	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión normal	33
95	Ansiedad leve	58	Depresión leve	56	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión leve	53
96	Ansiedad leve	51	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	63
97	Ansiedad leve	54	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad leve	52	Depresión leve	55
98	Ansiedad intensa	76	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	66	Depresión leve	55
99	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	67
100	Ansiedad leve	52	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	62
101	Ansiedad moderada	66	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión leve	54
102	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad leve	50	Depresión leve	59
103	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad leve	54	Depresión leve	54
104	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión leve	55
105	Ansiedad moderada	61	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad leve	55	Depresión normal	45
106	Ansiedad intensa	73	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	65	Depresión moderada	62
107	Ansiedad moderada	63	Depresión intensa	71	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión normal	48
108	Ansiedad leve	56	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	65
109	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	73	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión normal	25
110	Ansiedad leve	55	Depresión leve	50	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión normal	48
111	Ansiedad moderada	66	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	61
112	Ansiedad leve	58	Depresión leve	55	Sin tratamiento	Ansiedad leve	50	Depresión leve	53
113	Ansiedad moderada	63	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad leve	55	Depresión leve	56
114	Ansiedad leve	58	Depresión intensa	71	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	49
115	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad normal	26	Depresión normal	29
116	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad normal	26	Depresión normal	36
117	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad leve	57	Depresión leve	55
118	Ansiedad leve	57	Depresión leve	50	Sin tratamiento	Ansiedad normal	29	Depresión normal	25
119	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad normal	28	Depresión normal	34
120	Ansiedad leve	58	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión normal	48
121	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	20	Depresión leve	51
122	Ansiedad normal	29	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad leve	54	Depresión intensa	75
123	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión normal	25
124	Ansiedad leve	55	Depresión normal	40	Sin tratamiento	Ansiedad normal	30	Depresión normal	25
125	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	30	Depresión leve	58
126	Ansiedad normal	38	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	41
127	Ansiedad leve	54	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión leve	56
128	Ansiedad normal	41	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	64
129	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión leve	53
130	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	65	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión leve	50
131	Ansiedad leve	54	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión leve	55
132	Ansiedad leve	50	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión leve	59
133	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	65
134	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	63
135	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión normal	45
136	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad leve	52	Depresión moderada	60
137	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión normal	45
138	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión leve	52
139	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión moderada	60
140	Ansiedad normal	39	Depresión leve	58	Sin tratamiento	Ansiedad normal	39	Depresión normal	48
141	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	62	Sin tratamiento	Ansiedad normal	38	Depresión normal	32
142	Ansiedad normal	44	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión moderada	65
143	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	60	Sin tratamiento	Ansiedad normal	41	Depresión normal	45
144	Ansiedad leve	51	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	43
145	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión leve	50
146	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	67	Sin tratamiento	Ansiedad normal	40	Depresión normal	40
147	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad leve	57	Depresión leve	54
148	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	62
149	Ansiedad leve	53	Depresión leve	59	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión leve	57
150	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión leve	52
151	Ansiedad moderada	62	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad normal	45	Depresión normal	48
152	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión normal	44
153	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	64	Sin tratamiento	Ansiedad leve	50	Depresión normal	33
154	Ansiedad leve	52	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	62
155	Ansiedad intensa	75	Depresión intensa	74	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	69	Depresión normal	45
156	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad normal	45	Depresión leve	55
157	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad leve	59	Depresión leve	53
158	Ansiedad leve	52	Depresión intensa	71	Sin tratamiento	Ansiedad leve	56	Depresión intensa	71
159	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	64
160	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	61	Sin tratamiento	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	60
161	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	63	Sin tratamiento	Ansiedad normal	48	Depresión leve	53
162	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	70	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	66
163	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	66	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión leve	55
164	Ansiedad leve	57	Depresión intensa	75	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	64
165	Ansiedad moderada	64	Depresión intensa	70	Sin tratamiento	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	60
166	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	69
167	Ansiedad intensa	70	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad normal	46	Depresión leve	53
168	Ansiedad leve	56	Depresión intensa	78	Sin tratamiento	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	64
169	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad leve	59	Depresión leve	55
170	Ansiedad intensa	71	Depresión moderada	69	Sin tratamiento	Ansiedad moderada	65	Depresión moderada	66
171	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	68	Sin tratamiento	Ansiedad normal	44	Depresión leve	56

Nº	Test de Ingreso del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de ansiedad	Test de Ingreso del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de Depresión	tipo de tratamiento	Test de Salida del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de ansiedad	Test de Salida del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de depresión
172	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	41	Depresión leve	50
173	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	44	Depresión leve	52
174	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	76	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión leve	56
175	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	62
176	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	42	Depresión leve	54
177	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	65	Depresión moderada	67
178	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	44	Depresión leve	51
179	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	60
180	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión moderada	61
181	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	65
182	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	65
183	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	67	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	66
184	Ansiedad intensa	79	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad intensa	74	Depresión moderada	61
185	Ansiedad normal	45	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	44	Depresión normal	33
186	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	41	Depresión moderada	63
187	Ansiedad intensa	72	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	57	Depresión leve	55
188	Ansiedad moderada	69	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	57	Depresión normal	45
189	Ansiedad intensa	76	Depresión intensa	72	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad intensa	71	Depresión leve	55
190	Ansiedad leve	59	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	56	Depresión leve	55
191	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión normal	43
192	Ansiedad intensa	76	Depresión intensa	71	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	55	Depresión normal	43
193	Ansiedad normal	41	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	33	Depresión leve	55
194	Ansiedad intensa	75	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	69	Depresión intensa	76
195	Ansiedad moderada	69	Depresión moderada	67	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	66
196	Ansiedad moderada	69	Depresión moderada	63	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	61
197	Ansiedad moderada	68	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	63
198	Ansiedad leve	53	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión intensa	70
199	Ansiedad intensa	75	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	64	Depresión leve	54
200	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	63
201	Ansiedad moderada	68	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	68
202	Ansiedad leve	59	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	57	Depresión normal	43
203	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión leve	54
204	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	57	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	46	Depresión normal	40
205	Ansiedad moderada	61	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión normal	40
206	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	66
207	Ansiedad moderada	66	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	55	Depresión leve	55
208	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	57	Depresión normal	44
209	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	59	Depresión leve	55
210	Ansiedad leve	53	Depresión intensa	76	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	69
211	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	73	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	68
212	Ansiedad leve	55	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	46	Depresión leve	55
213	Ansiedad moderada	67	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	64	Depresión leve	53
214	Ansiedad moderada	69	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	64
215	Ansiedad moderada	68	Depresión leve	55	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	59	Depresión normal	34
216	Ansiedad intensa	73	Depresión leve	55	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	68	Depresión leve	53
217	Ansiedad moderada	61	Depresión moderada	61	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión normal	44
218	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	63	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión leve	59
219	Ansiedad moderada	68	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	63	Depresión leve	56
220	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión leve	55
221	Ansiedad leve	58	Depresión leve	56	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	66
223	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	64
224	Ansiedad leve	58	Depresión leve	53	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	66
225	Ansiedad moderada	67	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	65
226	Ansiedad intensa	79	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	63	Depresión normal	43
227	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	55	Depresión leve	54
228	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión intensa	71
229	Ansiedad leve	58	Depresión intensa	79	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	45	Depresión moderada	65
230	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	65
231	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	63
232	Ansiedad moderada	66	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión leve	50
233	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	61	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	44	Depresión leve	58
234	Ansiedad moderada	64	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	66
235	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	38	Depresión leve	50
236	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión moderada	64
237	Ansiedad leve	56	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	65
238	Ansiedad intensa	73	Depresión intensa	74	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión normal	43
239	Ansiedad leve	57	Depresión leve	57	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión leve	55
240	Ansiedad leve	53	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	36	Depresión normal	43
241	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	41	Depresión leve	56
242	Ansiedad normal	39	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	41	Depresión moderada	65
243	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	73	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	65
244	Ansiedad leve	58	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión leve	54
245	Ansiedad leve	57	Depresión intensa	74	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión moderada	65
246	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	46	Depresión leve	56
247	Ansiedad moderada	67	Depresión leve	58	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión leve	54
248	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	59
249	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	63
250	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	39	Depresión moderada	63
251	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión leve	58
252	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	62
253	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	40	Depresión moderada	61
254	Ansiedad moderada	64	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	66
255	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	65
256	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	63
257	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	55	Depresión normal	44

Nº	Test de Ingreso del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de ansiedad	Test de Ingreso del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de ingreso del nivel de Depresión	tipo de tratamiento	Test de Salida del Nivel de Ansiedad	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de ansiedad	Test de Salida del Nivel de Depresión	Puntuación de la Prueba de Salida del nivel de depresión
258	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	58	Depresión intensa	71
259	Ansiedad leve	56	Depresión intensa	73	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	64
260	Ansiedad intensa	73	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	65	Depresión moderada	66
261	Ansiedad leve	51	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	40	Depresión leve	53
262	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	36	Depresión moderada	66
263	Ansiedad moderada	65	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	63
264	Ansiedad moderada	64	Depresión intensa	75	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	64
265	Ansiedad leve	56	Depresión leve	56	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión leve	54
266	Ansiedad moderada	66	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	58	Depresión leve	58
267	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión leve	59
268	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión leve	55
269	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	64
270	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	58	Depresión leve	58
271	Ansiedad moderada	66	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión leve	50
272	Ansiedad moderada	66	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión leve	51
273	Ansiedad moderada	60	Depresión moderada	61	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión leve	50
274	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	69
275	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	54
276	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	46	Depresión moderada	61
277	Ansiedad normal	44	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión intensa	73
278	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	45	Depresión normal	48
279	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	63	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	48	Depresión moderada	63
280	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	63
281	Ansiedad moderada	61	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	61
282	Ansiedad moderada	61	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	64
283	Ansiedad normal	45	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	45	Depresión moderada	64
284	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión leve	57
285	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	63
286	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	40	Depresión leve	53
287	Ansiedad moderada	61	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	57	Depresión moderada	64
288	Ansiedad leve	58	Depresión leve	55	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	38	Depresión normal	41
289	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión leve	58
290	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	65
291	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	71	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	65
292	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	53	Depresión moderada	68
293	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	63	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	61
294	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	44	Depresión leve	54
295	Ansiedad leve	58	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	64
296	Ansiedad leve	55	Depresión leve	58	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	47	Depresión leve	56
297	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión moderada	63
298	Ansiedad intensa	73	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	55
299	Ansiedad leve	54	Depresión intensa	74	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	51	Depresión normal	33
300	Ansiedad leve	54	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	38	Depresión leve	56
301	Ansiedad leve	57	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	40	Depresión normal	33
302	Ansiedad leve	56	Depresión leve	54	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	38	Depresión leve	51
303	Ansiedad leve	55	Depresión moderada	63	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión normal	23
304	Ansiedad leve	56	Depresión leve	58	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	38	Depresión normal	47
305	Ansiedad moderada	62	Depresión leve	56	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	42	Depresión normal	44
306	Ansiedad moderada	62	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	60	Depresión leve	54
307	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	61	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión leve	58
308	Ansiedad leve	52	Depresión leve	58	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	36	Depresión normal	46
309	Ansiedad moderada	65	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	45	Depresión normal	48
310	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	40	Depresión leve	56
311	Ansiedad leve	55	Depresión leve	55	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	34	Depresión normal	42
312	Ansiedad leve	54	Depresión leve	52	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	41	Depresión leve	51
313	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	42	Depresión normal	46
314	Ansiedad leve	54	Depresión leve	58	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	38	Depresión normal	47
315	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	66	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	44	Depresión normal	49
316	Ansiedad leve	52	Depresión leve	50	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	36	Depresión normal	29
317	Ansiedad leve	50	Depresión normal	33	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	26	Depresión normal	22
318	Ansiedad moderada	62	Depresión moderada	61	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	42	Depresión leve	58
319	Ansiedad normal	49	Depresión leve	56	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión normal	34
320	Ansiedad intensa	76	Depresión moderada	68	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	56	Depresión normal	49
321	Ansiedad intensa	75	Depresión moderada	65	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	64	Depresión leve	53
322	Ansiedad moderada	63	Depresión leve	56	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión normal	43
323	Ansiedad leve	58	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	45	Depresión normal	46
324	Ansiedad leve	53	Depresión leve	54	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	43	Depresión leve	53
325	Ansiedad leve	58	Depresión moderada	69	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	66
326	Ansiedad leve	56	Depresión intensa	70	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	64
327	Ansiedad leve	53	Depresión intensa	72	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión moderada	63
328	Ansiedad moderada	65	Depresión leve	58	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	57	Depresión leve	57
329	Ansiedad leve	58	Depresión leve	55	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	45	Depresión leve	53
330	Ansiedad leve	51	Depresión moderada	62	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	37	Depresión leve	51
331	Ansiedad leve	56	Depresión moderada	60	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión leve	53
332	Ansiedad moderada	67	Depresión leve	56	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	49	Depresión normal	41
333	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	64	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	44	Depresión leve	51
334	Ansiedad intensa	76	Depresión leve	58	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	63	Depresión normal	42
335	Ansiedad moderada	69	Depresión leve	52	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	64	Depresión leve	53
336	Ansiedad moderada	66	Depresión leve	53	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	50	Depresión normal	38
337	Ansiedad moderada	60	Depresión normal	47	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad leve	51	Depresión normal	44
338	Ansiedad intensa	75	Depresión intensa	72	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad moderada	63	Depresión moderada	61
339	Ansiedad leve	59	Depresión moderada	67	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	45	Depresión leve	54
340	Ansiedad moderada	63	Depresión leve	59	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	33	Depresión normal	39
341	Ansiedad normal	46	Depresión leve	54	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	35	Depresión leve	53
342	Ansiedad leve	59	Depresión intensa	74	Tratamiento Psicoterapéutico	Ansiedad normal	41	Depresión moderada	68

# QUINTO ANEXO

## SECUENCIA FOTOGRÁFICA





Servicio de medicina del Hospital  
Antonio Lorena del Cusco



Aplicación del Cuestionario a una  
paciente con hipertensión arterial  
de sexo femenino del Servicio de  
medicina del Hospital Antonio  
Lorena del Cusco



Aplicación del Cuestionario a un  
paciente con hipertensión arterial  
de sexo masculino del Servicio de  
medicina del Hospital Antonio  
Lorena del Cusco

# **SEXTO ANEXO**

## **AUTORIZACIONES**



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

Unidad Ejecutora Hospital Antonio Lorena N° 1568

Plazoleta Belén N° 1358-Santiago

Teléfono 22551

VALOR Si. 1.00

FORMULARIO MÚLTIPLE DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS

SEÑOR DIRECTOR HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL COSCO

DIAZ DIAZ TIMOTEO
APELIDO PATERNO APELIDO MATERNO NOMBRES

D.N.I. N°...23802026.....LT. N

DOMICILIO: TIRBATdIZACION "LOS SAUCES" D-1 Distrito Wtnchaq-Clueco.
CENTRO DE TRABAJO: ...HOSPITAL...A.14TUN1.O..LORENA .....

PETICIONA (Marcar en el casillero con un aspa (X))

- Constancia de Prácticas de Trabajo
Certificado MédicoConstancia de Nacimiento
Constancia de Atención Médica
Certificado de Pagos y Descuentos Resumen de Historia Clínica
Otros

Alicación de instrumento para Investigación."EFECTO DEL TRATAMIENTO FARMACOÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO EN HIPERTENSOS HOSPITALIZADOS PERIODO 2006".

Datos de la petición más específico (Requisitos Adicionales) Opcional
Que, teniendo que Aplicar un Instrumento de Investigación, que permitirá determinar "EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA CON DIFERENTES NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO" El motivo que me dirijo a, su despacho, con la finalidad de solicitarle tenga Ud. a bien de concederme las facilidades para aplicación de dicho instrumento de investigación...
Que, espero alcanzar.
FIRMA:.. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA-Cusco.

SOLICITA ATORIZACION PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO
Asunto: ...PARA INVESTIGACIÓN EN LE SERVICIO DE MEDICINA

Para.....

(Talón desglosable para el usuario)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Le agradecemos leer el siguiente documento mediante el cual USTED AUTORIZA SU PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA, EN ESTE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN QUE ES PARTE DE UNA TESIS DE GRADO EN PSICOLOGÍA.**

Confidencialidad de la información: Los datos personales son confidenciales. (Explicación: los datos solo nos interesan para comparar entre los grupos las edades, la ocupación etc, no serán divulgados ni publicados. Si desea puede dar solo sus iniciales).

### Estudio de Investigación

Nombre: ."efecto del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en hipertensos hospitalizados periodo 2006". (Explicación: Como actúan las personas cuando tienen dolor de cabeza muy frecuente y por mas de tres meses. Y también cuando se sienten molestos y siente cólera, como la expresan con las personas a su alrededor).

### Propósito del estudio

Conocer y comparar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes hospitalizados con hipertensión arterial en el servicio de medicina mediante la aplicación del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

### Procedimiento

Se le harán preguntas de un cuestionario. (Explicación: usted deberá contestar verbalmente las preguntas que un psicólogo le haga, quien anotará sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas).

### Posibles beneficios

Le permitirá conocer mejor su manera de actuar. Con los resultados de la investigación se tendrá información que ayude a comprender que el tratamiento psicoterapéutico ayuda a mejorar los diferentes niveles de ansiedad y depresión que padeces estas personas.

### Posibles riesgos o molestias.

Ninguno.

Muchas gracias por su participación.

Nombre del participante:.....

Firma.....

Fecha:.....