

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



Relación entre la frecuencia de ansiedad, depresión, estrés y la hipertensión arterial en pacientes hospitalizados del servicio de medicina en un Hospital Público, Arequipa 2024

Tesis presentada por los Bachilleres:

Del Mar Ramírez, Oscar Albano

ORCID: 0009-0000-8341-0838

Melgarejo Rodriguez, Rosa Gabriela

ORCID: 0009-0008-1218-0914

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Sanchez Sanchez, Ernan Jorge

ORCID: 0009-0001-6085-2673

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 01 de Febrero del 2025

Dictamen: 013723-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 013723, presentado por:

2018245801 - DEL MAR RAMÍREZ OSCAR ALBANO

2018100722 - MELGAREJO RODRIGUEZ ROSA GABRIELA

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS Y LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA EN UN HOSPITAL
PÚBLICO, AREQUIPA 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29220477 - LINARES MORANTE LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR**



**29416969 - LLERENA NAVARRO NASSIP CARLOJUSTO
DICTAMINADOR**



**45044338 - LUZA CASAVARDE EDWIN WILDER
DICTAMINADOR**



Relación entre la frecuencia de ansiedad, depresión, estrés y la hipertensión arterial en pacientes hospitalizados del servicio de medicina en un Hospital Público, Arequipa 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	9%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia Trabajo del estudiante	1%
6	buscador.una.edu.ni Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	www.merckmanuals.com Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

Para mis padres que me apoyaron en este largo camino, siempre con una sonrisa y predisposición a ayudarme en todo lo que pueden.

A mi abuelita Yolanda, que le hubiera encantado verme culminando la carrera, de ti aprendí a nunca rendirme y seguir adelante a pesar de las piedras en el camino.

A los amigos que hice en la carrera, son la familia que la vida me puso.

Oscar Albano Del Mar Ramírez

A mis padres quienes me enseñaron la resiliencia en un camino lleno de pruebas durante todos estos años, acompañándome con amor y bondad en cada paso, impulsándome a seguir adelante.

A mis hermanos: María Fernanda quien siempre estuvo dispuesta a darme sus cálidos abrazos cuando más lo necesitaba, y Carlos regalándome risas y ocurrencias de su infancia en los días difíciles.

Rosa Gabriela Melgarejo Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitir que pueda despertar cada día para seguir adelante y luchar por mis sueños

A mi madre que siempre permaneció conmigo, en los buenos momentos pero sobre todo en los malos.

A todos los docentes y amigos del hospital, por permitirme aprender de ellos y brindarme ayuda cuando la necesite.

Al hospital Honorio Delgado Espinoza y a su personal porque conocí personas increíbles, me llevo tantos conocimientos y experiencias que me cambiaron como persona y como futuro médico.

Oscar Albano Del Mar Ramirez

A Dios y sus ángeles gracias porque me acompañaron desde mis inicios y estuvieron en cada momento, guiando y protegiendo mis pasos con amor.

A mi madre, pilar importante en mi vida a quien le agradezco por celebrar mis logros como suyos, así como enseñarme la fortaleza y consuelo en aquellos días grises.

A mis amigos quienes fueron un apoyo incondicional durante la carrera y grandes compañeros que el camino de la vida me permite conservar en adelante.

A la Universidad Católica de Santa María y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza por brindarme a todos aquellos docentes que me compartieron sus conocimientos y experiencias a través de cada clase contribuyendo no sólo en mi formación como médico sino también en mi desarrollo personal enseñándome a crecer como mejor persona y ser humano.

Rosa Gabriela Melgarejo Rodríguez.

RESUMEN

La hipertensión arterial es uno de los principales problemas de salud pública y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. La presencia de factores psicológicos como ansiedad, depresión y estrés, puede agravar la progresión clínica y hospitalaria. El objetivo de este estudio fue determinar la relación de la frecuencia de los niveles emocionales con el diagnóstico de hipertensión arterial en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina de un hospital del ámbito público de Arequipa durante 2024. Se realizó una investigación de campo de tipo descriptivo de asociación simple transversal, no experimental. El tamaño de la muestra fue 227, aplicándose un muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de la información se llevó a cabo a través de la aplicación de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y revisión de historias clínicas. La asociación estadística fue analizada mediante la prueba de chi cuadrado. Los hallazgos hallaron una asociación significativa entre la hipertensión arterial con la ansiedad ($p=0.041$) y la depresión ($p=0.001$), evidenciándose que los hipertensos presentan más frecuentemente estas variaciones emocionales. Al momento de cruzar la hipertensión arterial respecto de los niveles de estrés no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.499$). Estos hallazgos demuestran la importancia de evaluar y manejar los trastornos emocionales en hipertensos porque podrían influir en la evolución de la enfermedad. En conclusión, esta investigación proporciona evidencia correspondiente a la interacción de los factores emocionales junto con las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. Los hallazgos resaltan la importancia de realizar un enfoque interdisciplinario en el cuadro médico, que aborde no solo los aspectos fisiológicos, sino que también incluya el aspecto emocional, todo ello con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes y los resultados del manejo de la enfermedad.

Palabras clave: Hipertensión arterial, ansiedad, depresión, estrés.

ABSTRACT

Arterial hypertension is one of the main public health problems and one of the main causes of morbidity and mortality in the world. The presence of psychological factors such as anxiety, depression and stress can aggravate clinical and hospital progression. The objective of this study was to determine the relationship of the frequency of emotional levels with the diagnosis of arterial hypertension in patients hospitalized in the medicine service of a public hospital in Arequipa during 2024. A descriptive, non-experimental, cross-sectional simple association field research was carried out. The sample size was 227, using non-probabilistic convenience sampling. The information was collected through the application of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and review of medical records. The statistical association was analyzed using the chi-square test. The findings showed a significant association between high blood pressure and anxiety ($p=0.041$) and depression ($p=0.001$), showing that hypertensive patients more frequently present these emotional variations. When crossing high blood pressure with stress levels, no statistically significant differences were found ($p=0.499$). These findings demonstrate the importance of evaluating and managing emotional disorders in hypertensive patients because they could influence the evolution of the disease. In conclusion, this research provides evidence corresponding to the interaction of emotional factors together with chronic diseases such as high blood pressure. The findings highlight the importance of taking an interdisciplinary approach to the medical picture, which addresses not only the physiological aspects, but also includes the emotional aspect, all with the purpose of improving the quality of life of patients and the results of disease management.

Keywords: High blood pressure, anxiety, depression, stress.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. Problema de investigación	4
1.1. Determinación del problema.....	4
1.2. Enunciado del problema	4
1.3. Problemas específicos.....	4
1.4. Descripción del problema	5
1.4.1. Área de intervención de conocimiento	5
1.5. Análisis de variables	5
1.5.1. Operacionalización de variables.....	5
1.5.2. Tipo de investigación	6
1.5.3. Diseño de la investigación.....	6
1.5.4. Nivel de investigación	6
1.6. Justificación del problema	7
1.6.1. Justificación científica	7
1.6.2. Justificación social.....	7
1.6.3. Justificación práctica	8
1.6.4. Factibilidad	8
2. Objetivos	8
2.1. Objetivo general.....	8
2.2. Objetivos específicos	9

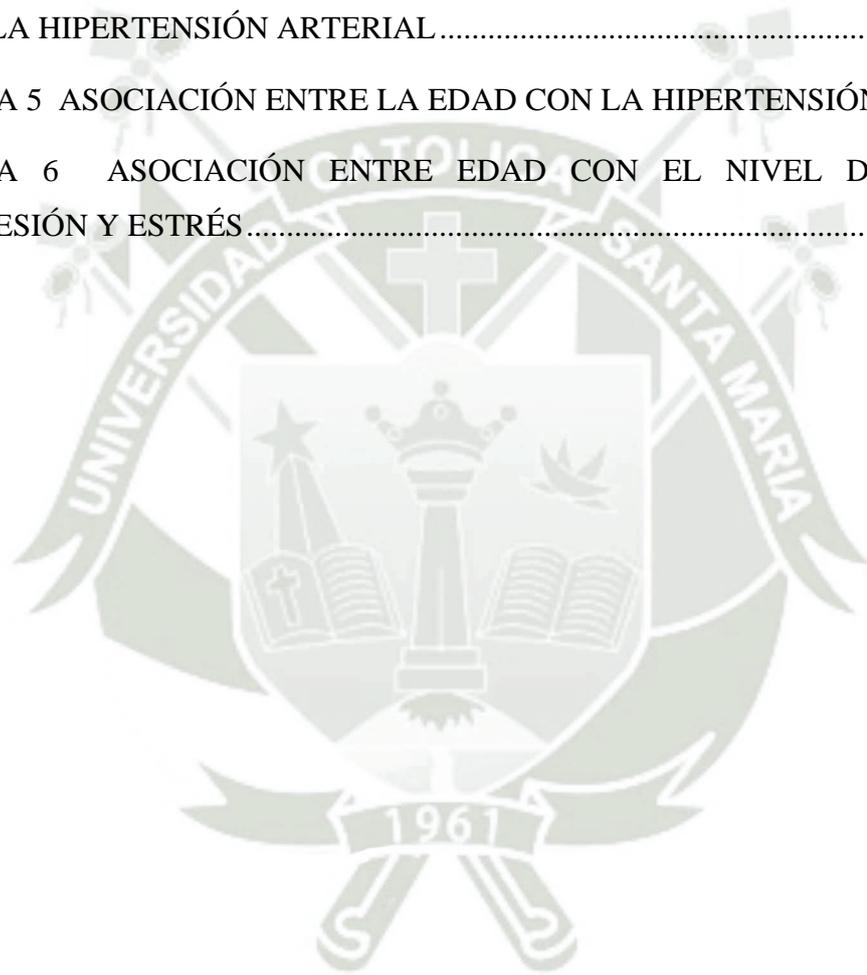
3. Marco Teórico	9
3.1. Ansiedad	9
3.1.1. Concepto	9
3.1.2. Epidemiología.....	9
3.1.3. Neurobiología	10
3.1.4. Clínica.....	10
3.1.5. Diagnóstico	11
3.1.6. Tratamiento.....	11
3.2. Depresión	12
3.2.1. Concepto	12
3.2.2. Epidemiología.....	12
3.2.3. Neurobiología	12
3.2.4. Clínica.....	13
3.2.5. Diagnóstico	14
3.2.6. Tratamiento.....	15
3.3. Estrés.....	15
3.3.1. Concepto	15
3.3.2. Epidemiología.....	16
3.3.3. Neurobiología	16
3.3.4. Clínica.....	17
3.3.5. Diagnóstico	18
3.3.6. Tratamiento.....	19
3.3.7. Fármacos (en casos graves)	19
3.4. Hipertensión arterial	20
3.4.1. Definición	20
3.4.2. Diagnostico.....	20

3.5.	Sintomatología psiquiátrica en pacientes hipertensos.....	21
3.5.1.	Ansiedad.....	22
3.5.2.	Depresión.....	22
3.5.3.	Estres.....	23
3.6.	Relación entre trastornos de salud mental e hipertensión.....	23
3.7.	Importancia del abordaje integral.....	24
3.8.	Revisión de antecedentes investigativos.....	25
3.8.1.	A nivel local.....	25
3.8.2.	A nivel nacional.....	28
3.8.3.	A nivel internacional.....	32
4.	Hipótesis.....	34
4.1.	Hipótesis general.....	34
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....		35
1.	Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	36
1.1.	Técnicas.....	36
1.2.	Instrumentos.....	36
1.2.1.	Cuestionario de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).....	36
1.3.	Materiales de Verificación.....	37
2.	Campo de verificación.....	37
2.1.	Ámbito.....	37
2.2.	Unidades de estudio.....	37
2.2.1.	Población.....	37
2.2.2.	Muestra.....	37
2.2.3.	Criterios de inclusión.....	39
2.2.4.	Criterios de exclusión.....	39
2.3.	Temporalidad.....	39

3. Estrategia de recolección de datos	40
3.1. Organización	40
3.2. Recursos	40
3.2.1. Recursos humanos	40
3.2.2. Recursos físicos	40
3.2.3. Recursos financieros	41
3.3. Validación de instrumentos	41
3.4. Criterios para el manejo de resultados	41
3.4.1. Plan de procesamiento	41
3.4.2. Plan de clasificación:	41
3.4.3. Plan de codificación:	41
CAPITULO III RESULTADOS	42
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS.....	65
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	66
ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
ANEXO 3 CUESTIONARIO DASS-21	69
ANEXO 4 DICTAMEN APROBATORIO DEL COMITÉ DE ÉTICA	70
ANEXO 5 APROBACIÓN DEL ESTUDIO POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL ...	72
ANEXO 6 MATRIZ DE DATOS	73

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO	43
TABLA 2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	44
TABLA 3 NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA	45
TABLA 4 ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	46
TABLA 5 ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	47
TABLA 6 ASOCIACIÓN ENTRE EDAD CON EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS.....	48



INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) muchas veces ha sido considerada una de las principales causas de complicaciones graves de salud durante los últimos años, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 1.13 mil millones de personas padecen de hipertensión, trayendo consigo a complicaciones en diversos sistemas anatómicos y su impacto es especialmente preocupante en América Latina debido a su alta prevalencia y la falta de acceso a controles médicos adecuados, la carga de la HTA no solo implica una alta prevalencia en la población general, sino también una considerable estadística acerca de la realidad en las poblaciones que representan un gran acumulado de factores de riesgo y estilos de vida poco saludables lo cual conlleva a que no cumplan su tratamiento correctamente debido a que no toman conciencia de la gravedad de su enfermedad en su momento, por otro lado también suelen existir problemas en un diagnóstico oportuno de la enfermedad lo que conlleva a un tratamiento deficiente y en el peor de los casos muchos de los pacientes requieren hospitalizaciones prolongadas debido a las complicaciones que a su vez predispone un incremento de los gastos para el sistema de salud (1).

La salud mental es otra área afectada en estos pacientes, especialmente en aquellos pacientes hospitalizados, quienes enfrentan mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés desencadenando un ciclo de malestar psicológico, exacerbado por el aislamiento, la falta de autonomía y la incerteza sobre su estado de salud. Por otro lado, la salud mental también tiene un impacto significativo en la recuperación y el bienestar. Según estudios recientes, el uso de la escala DASS-21 ha permitido medir estos tres factores de manera eficaz, ofreciendo un marco para evaluar el impacto emocional en pacientes hospitalizados. La ansiedad en estos pacientes sigue aumentando por la preocupación constante sobre su salud, falta de conocimiento en su diagnóstico e incertidumbre acerca del futuro de su vida cotidiana; la depresión puede surgir del sentimiento de impotencia y dependencia, y el estrés puede intensificarse ante la falta de control sobre su situación. El enfoque integral de la atención hospitalaria debe considerar no sólo el tratamiento médico sino también el apoyo mental para poder mantener un bienestar completo en el paciente, de esta forma se apoyaría en la mejora de los resultados clínicos, una recuperación rápida y prevención de complicaciones a largo plazo; todo ello gracias a una hospitalización más equilibrada y positiva para los usuarios de la salud.

Este estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de los niveles de ansiedad, depresión y estrés en pacientes hipertensos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. La elección de este tema responde a la necesidad de contar con datos específicos de la región para evaluar la magnitud del problema y diseñar intervenciones clínicas integrales que no solo tratan la patología de fondo, sino también los efectos emocionales en estos pacientes. La identificación de estos factores podría permitir a las autoridades y al personal de salud formular estrategias preventivas y de intervención que optimicen los resultados en términos de salud mental y física de los pacientes hospitalizados en la región de Arequipa (2).





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Determinación del problema

La hipertensión arterial (HTA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y, especialmente, en el contexto de pacientes hospitalizados, donde factores psicosociales y emocionales pueden influir significativamente en la evolución de la enfermedad (3). En la actualidad, se ha demostrado que la ansiedad, depresión y estrés son trastornos psicológicos comunes en pacientes con enfermedades crónicas, como la hipertensión (4). Sin embargo, existe una falta de evidencia específica sobre cómo estos trastornos se correlacionan con la HTA en el contexto hospitalario de Arequipa, lo cual limita las intervenciones multidisciplinarias que puedan abordar tanto los factores fisiológicos como psicológicos de la hipertensión. Por lo tanto, el problema a investigar es la posible interacción entre la frecuencia de trastornos emocionales (ansiedad, depresión y estrés) y la presencia o gravedad de la hipertensión arterial en pacientes internados, lo que podría proporcionar una base sólida para el desarrollo de estrategias de manejo integrales que incluyan tanto el tratamiento médico como el apoyo psicológico en los pacientes con hipertensión (5). La identificación y comprensión de esta relación permitiría diseñar intervenciones que no sólo aborden los factores fisiológicos, sino también los psicosociales, con el fin de mejorar los resultados en salud de los pacientes hospitalizados (6).

1.2. Enunciado del problema

¿Cuál es la relación entre la frecuencia de niveles de ansiedad, depresión, estrés y la hipertensión arterial en pacientes internados en el servicio de medicina en un hospital público, Arequipa 2024?

1.3. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de niveles de ansiedad en pacientes hipertensos y no hipertensos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital público, Arequipa 2024?
2. ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de niveles de depresión en pacientes hipertensos y no hipertensos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital público, Arequipa 2024?

3. ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de niveles de estrés en pacientes hipertensos y no hipertensos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital público, Arequipa 2024?

1.4. Descripción del problema

1.4.1. Área de intervención de conocimiento

- Área General: Ciencias de la salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidades: Psiquiatría de enlace
- Línea: Medicina psicosomática

1.5. Análisis de variables

1.5.1. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	VALORES FINALES
Niveles de ansiedad, depresión y estrés (Variable Dependiente)	Escala DASS-21	Niveles de ansiedad	4: Leve
			5-7: Moderado
			8-9: Severo
			10+: Extremadamente severa
		Niveles de depresión	5-6: Leve
			7-10: Moderado
			11-13: Severo
			14+: Extremadamente severo
		Niveles de estrés	8-9: Leve
			10-12: Moderado
			13-16: Severo
			17+: Extremadamente severo
Hipertensión Arterial	Diagnóstico Clínico de Hipertensión		Presencia / Ausencia

Género	Género identificado en DNI		Masculino/Femenino
Edad	Años cumplidos		18-35 años
			36-50 años
			51-65 años
			66-80 años
			81-98 años

1.5.2. Tipo de investigación

La presente investigación es de campo, descriptivo, de asociación simple y de corte transversal (7).

1.5.3. Diseño de la investigación

El presente estudio tiene un diseño de tipo descriptivo de corte transversal, no experimental (7).

1.5.4. Nivel de investigación

El presente se trata de un estudio en el tercer nivel de investigación: descriptivo y correlacional, dado que asocia la influencia entre las variables estudiadas (7).

1.6. Justificación del problema

1.6.1. Justificación científica

Las complicaciones durante la hospitalización son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global, que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes y aumentan la carga en los sistemas de salud (7). Investigaciones recientes sugieren que los factores psicológicos, como la ansiedad, depresión y estrés, influyen en la evolución de la hospitalización, agravando sus complicaciones, lo cual subraya la necesidad de enfoques integrales en el manejo de estos pacientes. Además, estos problemas de salud mental no solo impactan en el estado emocional de los pacientes, sino también en su adherencia al tratamiento, generando un círculo vicioso de deterioro físico y mental (8). En el contexto de Arequipa, los estudios sobre la relación entre factores psicológicos y pacientes hipertensos hospitalizados aún son escasos, lo cual limita la implementación de intervenciones psicosociales específicas en este grupo de riesgo. Por lo tanto, esta investigación busca contribuir al entendimiento de cómo la ansiedad, depresión y estrés se asocian a pacientes hospitalizados hipertensos, aportando datos que podrían influir en futuras prácticas clínicas, políticas de salud pública y en el desarrollo de programas de soporte emocional y psicológico en el tratamiento de estos pacientes (9).

1.6.2. Justificación social

La patología de la hipertensión arterial en combinación con factores psicológicos como la ansiedad, la depresión y el estrés, no solo impacta la salud física, sino que también tiene efectos significativos en el bienestar social y familiar de los pacientes. Estos trastornos emocionales pueden limitar la capacidad de los pacientes para mantener sus relaciones y actividades diarias, creando una carga emocional y económica tanto para ellos como para sus familiares (10). En Arequipa, donde la atención en salud mental aún enfrenta limitaciones en recursos y accesibilidad, este estudio adquiere relevancia al visibilizar la necesidad de una atención más integral. Proveen información sobre la interacción entre la hipertensión y los problemas emocionales en pacientes hospitalizados contribuye a una mejor comprensión social del impacto de estas

comorbilidades y abre camino para el desarrollo de programas de soporte psicológico en hospitales públicos (11).

1.6.3. Justificación práctica

Desde un punto de vista práctico, los hallazgos de este estudio serán valiosos para el personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y otros centros médicos, quienes podrán incorporar evaluaciones de salud mental como parte del tratamiento estándar en pacientes hospitalizados. Los resultados podrán aplicarse para desarrollar estrategias de intervención temprana y tratamientos más integrales, que consideren no solo el manejo de la hipertensión y sus complicaciones físicas, sino también el soporte emocional y psicológico. Esto ayudaría a mejorar la estancia hospitalaria y reducir el impacto de la hospitalización prolongada en el bienestar mental de los pacientes.

1.6.4. Factibilidad

Este proyecto cuenta con una alta factibilidad, ya que se dispone del acceso al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, donde se encuentra la población objetivo, y el equipo de investigación está capacitado para realizar las mediciones necesarias con la escala DASS-21 de igual forma se cuenta con acceso a las historias clínicas para analizar y comprobar las patologías de los pacientes seleccionados. Por otro lado, la DASS-21 es un instrumento accesible, confiable y validado que requiere un corto tiempo de aplicación. La recolección de datos será viable dentro del plazo previsto, y se ha calculado el tamaño de la muestra para optimizar los recursos humanos y temporales, favoreciendo así el cumplimiento del cronograma y los objetivos planteados

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la frecuencia de los niveles de ansiedad, depresión y estrés y la hipertensión arterial en pacientes internados en el servicio de medicina en un hospital público Arequipa 2024.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la frecuencia de niveles de ansiedad en pacientes hipertensos y no hipertensos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital público, Arequipa 2024
- Determinar la relación entre la frecuencia de niveles de depresión en pacientes hipertensos y no hipertensos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital público, Arequipa 2024
- Determinar la relación entre la frecuencia de niveles de estrés en pacientes hipertensos y no hipertensos hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital público, Arequipa 2024.

3. Marco Teórico

3.1. Ansiedad

3.1.1. Concepto

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por sentimientos de aprensión, nerviosismo y miedo ante situaciones estresantes (12), por otro lado la OMS añade la característica de constancia en los pensamientos de preocupación que resultan en una respuesta excesiva y disfuncional frente a situaciones (13).

3.1.2. Epidemiología

Durante el año pasado 2024, en el sistema del seguro social de salud se diagnosticaron a 182,399 personas con trastorno de ansiedad lo que resultaba en que la mitad de ellas también contaba con depresión, dentro de los diagnosticados hubo prevalencia de un grupo grande de adultos mayores y menores de 11 años con más de 3000 pacientes el último (14).

Para todo ello se planteó fortalecer la política de prevención contando con un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la mano de centros de atención primaria y servicios de psicología. Por otro lado el Ministerio de Salud durante el año 2023 (enero a septiembre) reportó más de 343 mil casos de ansiedad dando a conocer que a comparación del 2021 hubo un aumento del 19.21% en el número de casos (15).

3.1.3. Neurobiología

La neurobiología de la ansiedad involucra múltiples sistemas anatómicos y neurotransmisores que regulan la respuesta al estrés y la ansiedad. La amígdala juega un papel crucial en el procesamiento emocional y en la respuesta al miedo; su hiperactividad se asocia comúnmente con trastornos de ansiedad (16). La corteza prefrontal, involucrada en la regulación emocional y la toma de decisiones, puede presentar disfunción en personas con ansiedad debido a que puede contribuir a la incapacidad para poder gestionar dicho trastorno (17). Además, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) es fundamental en la respuesta al estrés, ya que su activación provoca la liberación de cortisol, afectando la respuesta emocional y el estado de ánimo.

En cuanto a los neurotransmisores, la serotonina está implicada en la regulación del estado de ánimo y la ansiedad; los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) se utilizan comúnmente para tratar trastornos de ansiedad (18). El ácido gamma-aminobutírico (GABA), como principal neurotransmisor inhibitorio, también se relaciona con la ansiedad, mientras que la norepinefrina está asociada con la respuesta de "lucha o huida" y puede estar elevada en personas con trastornos de ansiedad. Por último, la plasticidad sináptica y los cambios en la conectividad neuronal desempeñan un papel importante, ya que las experiencias de estrés pueden alterar las redes neuronales, contribuyendo a la manifestación de la ansiedad (19).

3.1.4. Clínica

La ansiedad es considerada como una respuesta a amenazas que la persona cree sufrir en su día a día, por lo tanto los síntomas son aquellas respuestas a estímulos donde involucran indigestión, palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, temblores, además miedo constante, nerviosismo e incapacidad de relajarse todo ello por liberación de noradrenalina y cortisol causando aumento de la presión arterial, taquicardia e hiperventilación (20).

3.1.5. Diagnóstico

Algunos de los criterios comunes son los siguientes:

- La ansiedad debe ser excesiva, persistente y difícil de controlar.
- La ansiedad debe interferir en las actividades diarias de la persona.
- Los síntomas no se relacionan al consumo de sustancias (como drogas o medicamentos) ni a otras condiciones médicas previamente diagnosticadas.
- Los síntomas deben prevalecer al menos durante seis meses o más.

Todos aquellos criterios se deben tener en cuenta durante la evaluación clínica exhaustiva en la cual se incluyen entrevistas, indagación sobre antecedentes familiares, médicos, escalas estandarizadas, con lo cual el personal capacitado pueda asegurar un correcto diagnóstico y posteriormente un tratamiento (13).

3.1.6. Tratamiento

Se recomienda el tratamiento farmacológico como el psicoterapéutico de forma simultánea para el adecuado manejo, sin embargo es necesario la explicación de la importancia de la adherencia al tratamiento del paciente haciendo énfasis en que la ansiedad es una condición controlable. La psicoterapia cognitivo-conductual reduce la ansiedad en la mayoría de los pacientes que la padecen, en ella se trabaja concientizando el pensamiento irracional que lo lleva a preocupaciones constantes posteriormente dirigimos todo ello hacia pensamientos positivos y su adecuado manejo de su día a día. Las terapias de relajación, ejercicios de respiración profunda y ejercicios en general, son de utilidad en el caso de eliminar el pensamiento irreal por una estrategia más realista para resolver determinados problemas. Estas diferentes técnicas pueden ser utilizadas fuera del ámbito clínico-hospitalario (21).

En el tratamiento farmacológico se usan en su mayoría los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como duloxetina, escitalopram, imipramina, paroxetina, sertralina y venlafaxina, son los fármacos de primera elección. La ventaja de ellos es que se pueden utilizar por tiempo prolongado y no muestran tolerancia ni peligro de abuso. Los efectos secundarios pueden llegar a ser náuseas, disfunción sexual, agitación, aumento de peso e insomnio que en la mayoría de casos son leves y remiten rápidamente. Si se llegara a presentar un incremento de la ansiedad se puede añadir en forma simultánea durante algunas semanas una benzodiacepina a dosis bajas (22).

3.2. Depresión

3.2.1. Concepto

La depresión es un trastorno afectivo que implica la presencia de síntomas como tristeza persistente, fatiga y pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras, cambios en el apetito y sueño lo cual se traduce en un cambio funcional interfiriendo en la vida diaria de la persona (23).

3.2.2. Epidemiología

La depresión ha demostrado tener una alta prevalencia en el adulto mayor, en latinoamérica la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) sobretodo en los mayores de 65 años ya que tienen patologías concomitantes, situación socio económico e incluso algunos factores demográficos; en el caso de Perú encontró asociación de dicha psicopatología con incapacidad. Además la depresión se considera un proceso multifactorial y se ha demostrado la importancia de la falta de apoyo de la red social, por otro lado el inicio tardío se asocia con más frecuencia con deterioro cognitivo (memoria y habla) que la depresión temprana (24).

3.2.3. Neurobiología

La neurobiología de la depresión es compleja e involucra múltiples sistemas neurotransmisores. Uno de los componentes clave es el sistema límbico, donde la amígdala y el hipocampo desempeñan roles cruciales. La amígdala está involucrada en la regulación de las emociones y su hiperactividad se ha asociado con síntomas depresivos. El hipocampo, que es fundamental para la memoria y la regulación emocional, a menudo muestra una reducción en su volumen en personas con depresión (25).

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) también es esencial, ya que regula la respuesta al estrés. La disfunción en este eje puede llevar a un aumento de los niveles de cortisol, lo que está relacionado con la aparición y la persistencia de la depresión (26).

En cuanto a los neurotransmisores, la serotonina, la norepinefrina y la dopamina son fundamentales en la regulación del estado de ánimo. La teoría monoaminérgica sugiere que una deficiencia en estos neurotransmisores está

asociada con la depresión. Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), actúan aumentando la disponibilidad de serotonina en el cerebro (27).

La neuroplasticidad también juega un papel crucial. Estudios recientes sugieren que la depresión puede estar relacionada con la alteración de la plasticidad sináptica, afectando la capacidad del cerebro para adaptarse y formar nuevas conexiones. La neurogénesis en el hipocampo, que se ha visto afectada en estados de depresión, también se considera un factor importante en la recuperación y respuesta al tratamiento (28).

3.2.4. Clínica

Llamamos síndrome depresivo al conjunto de síntomas nucleares de la depresión como la tristeza patológica y anhedonia. Suelen aparecer agrupaciones de esferas psicológicas: de los afectos, de la cognitivo y conductual, y de la somática (29).

3.2.4.1. Síntomas afectivos

- Tristeza patológica o humor depresivo.
- Anhedonia.
- Ansiedad secundaria a depresión.
- Irritabilidad.
- Disforia.
- Apatía (29).

3.2.4.2. Síntomas cognitivos

- Alteraciones del pensamiento. Curso lento, indeciso y monótono, con dificultad para concentrarse y discurrir.
- Alteraciones cognoscitivas. Se presentan como desorientación, alteraciones de memoria, de la capacidad de aprendizaje y de la atención (29).

3.2.4.3. Síntomas somáticos

- Trastornos vegetativos. Astenia, cefaleas atípicas, algias músculo-esqueléticas, pérdida de peso, trastornos digestivos, trastornos cardíacos (dolor precordial, taquicardia), o alteraciones del sueño con distintos tipos de insomnio o hipersomnias.
- Trastornos de los ritmos vitales. alteraciones del ritmo sueño/vigilia y del ritmo circadiano (29).

3.2.4.4. Síntomas conductuales

Alteraciones en la actividad psicomotora y dinámica corporal: mímica de la cara, movimientos aislados o combinados, apariencia general, postura, alteración en la marcha, lenguaje u otras conductas de inhibición como tendencia al aislamiento, al llanto, intentos de suicidio. También puede relacionarse con conductas agresivas, violentas o de histeria (29).

3.2.5. Diagnóstico

Se toma en cuenta según el DSM-5-TR la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 meses, que representan un cambio respecto a la actividad previa. No se deben incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o fármacos, tampoco cumplen criterios para un episodio mixto, o son explicados por un duelo reciente. El diagnóstico es en su mayoría clínico con la presencia de los síntomas antes mencionados, además de una exhaustiva entrevista y escalas de apoyo (13).

3.2.6. Tratamiento

Como segunda alternativa se consideran a los antidepresivos tricíclicos y antipsicóticos como la quetiapina, estos 2 últimos deben ser prescritos con mayor cautela debido a los efectos secundarios que presentan (taquicardia, hipotensión, mareos, retención urinaria, etc) y posibles interacciones medicamentosas. Cabe resaltar que cada prescripción debe ser individualizada de acuerdo a la evaluación y necesidades de cada paciente. A todo ello se realizaron estudios comparando efectos de los medicamentos y se encontró que la sertralina y el escitalopram son fármacos con la mejor eficacia y aceptabilidad todo ello teniendo como prueba la reducción de los síntomas en más del 50%. También es necesario el apoyo de la psicoterapia, la OMS menciona que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales”. En dicho escenario la terapia cognitiva-conductual ha mostrado evidencia positiva, tanto para los trastornos de ansiedad como para el trastorno depresivo de leve a moderado con el objetivo de adaptar los pensamientos a mejores respuestas adaptativas a emociones negativas (30).

3.3. Estrés

3.3.1. Concepto

El estrés es una respuesta fisiológica y psicológica ante demandas excesivas que superan la capacidad de adaptación de un individuo pudiendo ser este agudo o crónico afectando los estilos de vida (31).

3.3.2. Epidemiología

En Perú según el MINSA se encontraron estadísticas que en la capital el 30% de la población tiene un nivel alto de estrés todo ello causado principalmente por problemas socio económicos. Según fuentes del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi del Ministerio de Salud (MINSA) reveló que en algunas personas(dos de cada diez) el estrés puede ser ocasionado debido a factores ambientales como ruidos altos y en el caso de las mujeres, la mitad de ellas tenían un vínculo entre el estrés y sentimientos negativos como la angustia, tristeza e irritabilidad (32).

3.3.3. Neurobiología

La neurobiología del estrés se centra en cómo diversas estructuras cerebrales y neurotransmisores interactúan en la respuesta al estrés. La activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) es fundamental en esta respuesta. El hipotálamo libera corticotropina (CRH), que estimula la hipófisis para liberar adrenocorticotropina (ACTH), llevando a las glándulas suprarrenales a secretar cortisol . El cortisol es vital para la respuesta adaptativa al estrés, pero niveles crónicos pueden causar disfunciones en el eje HPA, contribuyendo a trastornos de ansiedad y depresión (33).

La amígdala es crucial en la regulación emocional y su hiperactividad se ha asociado con trastornos de ansiedad y estrés postraumático (34). En contraste, el hipocampo, que juega un papel importante en la memoria y el aprendizaje, puede sufrir alteraciones estructurales debido a niveles elevados de cortisol, lo que resulta en déficits cognitivos (35).

Los neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y el GABA son fundamentales en la regulación del estado de ánimo y la respuesta al estrés. Las alteraciones en su función pueden contribuir a trastornos relacionados con el estrés (36). Además, el estrés crónico puede inducir cambios en la plasticidad sináptica y en la neurogénesis, afectando la capacidad del cerebro para adaptarse a nuevas experiencias (37). Esto puede tener consecuencias significativas para la salud mental, ya que la reducción de la neurogénesis en el hipocampo está relacionada con condiciones como la depresión (38).

3.3.4. Clínica

La clínica del estrés se manifiesta en su máximo cuando es excesivo o crónico, desencadenando así síntomas que afectan la salud mental y física. A continuación, se detallan las principales manifestaciones clínicas del estrés (13).

3.3.4.1. Síntomas Físicos

- Problemas cardiovasculares: Aumento de la frecuencia cardíaca, Hipertensión, Palpitaciones en el pecho
- Trastornos gastrointestinales: como dolores abdominales, náuseas, cambios en el ritmo defecatorio.
- Trastornos musculares: Tensión y dolor muscular incluyendo cefaleas
- Trastornos del sueño: En su mayoría destaca el insomnio.
- Alteraciones del sistema inmunológico (39).

3.3.4.2. Síntomas Emocionales

El estrés tiene un impacto en el estado de ánimo. Los síntomas emocionales del estrés pueden incluir:

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Depresión
- Dificultad para concentrarse (39).

3.3.4.3. Síntomas Conductuales:

- Cambios en los hábitos alimenticios
- Aumento del consumo de sustancias nocivas (drogas, alcohol)
- Evitar responsabilidades
- Comportamientos compulsivos
- Aislamiento social
- Problemas en las relaciones interpersonales (39).

3.3.5. Diagnóstico

Para cumplir con los criterios del DSM-5-TR para el diagnóstico del trastorno de estrés agudo, los pacientes deben haber estado expuestos en forma directa o indirecta a un evento traumático, y experimentar ≥ 9 de los siguientes síntomas pertenecientes a cualquiera de las 5 categorías (intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación) durante un período de 3 días hasta 1 mes. Además, estos síntomas deben provocar un deterioro en el funcionamiento de la vida diaria y no ser atribuibles a los efectos fisiológicos de un trastorno relacionado con sustancias u otro trastorno médico (13).

3.3.5.1. Síntomas de intrusión

- Recuerdos angustiantes, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento
- Sueños angustiantes recurrentes sobre el evento
- Reacciones disociativas
- Intensa angustia psicológica o fisiológica cuando recuerda el episodio
- Estado de ánimo negativo
- Incapacidad persistente de sentir emociones positivas
- Síntomas disociativos
- Un sentido de la realidad distorsionado
- Incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático
- Síntomas de evitación
- Esfuerzos para evitar recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos asociados con el evento
- Esfuerzos para evitar factores externos que rememoran el suceso (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones)
- Síntomas de excitación
- Trastorno del sueño
- Irritabilidad o crisis de enojo
- Hipervigilancia

- Dificultades para concentrarse
- Respuesta de sobresalto exagerada (13).

3.3.6. Tratamiento

El tratamiento del estrés se enfoca en diversas estrategias y enfoques que ayudan a reducir la tensión y mejorar la salud mental y emocional. Aquí hay algunas técnicas comunes para tratar el estrés (40).

3.3.6.1. Terapias psicológicas

- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Mindfulness o atención plena
- Terapia de relajación (40).

3.3.6.2. Ejercicio físico

3.3.6.2.1. Técnicas de respiración

- Respiración profunda o diafragmática: Ayuda a activar el sistema nervioso parasimpático, que reduce la respuesta de lucha o huida.
- Respiración 4-7-8: Inhalar durante 4 segundos, mantener la respiración por 7 segundos y exhalar durante 8 segundos para inducir relajación (40).

3.3.6.3. Establecer límites y gestionar el tiempo

- Apoyo social (40).

3.3.7. Fármacos (en casos graves)

En algunos casos se puede prescribir ansiolíticos o antidepresivos, si el estrés se convierte en un trastorno más grave como ansiedad crónica o depresión (40).

3.4. Hipertensión arterial

3.4.1. Definición

La hipertensión arterial (HTA) es una condición crónica que afecta a millones de personas en el mundo y representa uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones graves como enfermedades cardiovasculares, renales y cerebrovasculares (41). La HTA según la AHA se define como una presión arterial sistólica igual o superior a 130 mmHg y/o una presión arterial diastólica superior a 80 mmHg. A nivel mundial, la prevalencia de la hipertensión se ha incrementado, siendo responsable de un gran número de hospitalizaciones y una carga considerable para los sistemas de salud (42).

3.4.2. Diagnóstico

Según la American Heart Association (AHA), el diagnóstico de hipertensión arterial se realiza a través de las siguientes pautas (43).

3.4.2.1. Medición de la presión arterial:

- Se debe medir la presión arterial en un entorno tranquilo, utilizando un esfigmomanómetro calibrado, seleccionando un manguito del tamaño adecuado (longitud cubriendo al menos 80% del brazo y ancho generalmente 40% de la circunferencia), asegurándonos que el paciente esté en reposo al menos 5 minutos de la medición, en cuanto a la posición el paciente debe estar correctamente sentado con la espalda apoyada y los pies en el suelo, el brazo debe estar a la altura del corazón, apoyado en una superficie plana (como una mesa) evitando que esté tenso o contraído (42).
- El procedimiento de la medición es como sigue a continuación: Coloca el manguito alrededor del brazo desnudo, a unos 2-3 cm por encima del pliegue del codo, infla el manguito rápidamente hasta aproximadamente 20-30 mm Hg por encima de la presión arterial esperada (normalmente entre 160-180 mm Hg), se procede a desinflar lentamente el manguito a una velocidad de 2-3 mm Hg por segundo mientras escuchamos en la arteria braquial para detectar el primer sonido (presión sistólica) y el momento en que el sonido desaparece (presión diastólica) (43).

- Se realizan al menos dos mediciones, separadas por un minuto, y se toma el promedio de las dos lecturas para mayor precisión (42).
- La medición se debe hacer en al menos dos ocasiones diferentes, en días distintos, para confirmar un diagnóstico (43).

3.4.2.2. Evaluación clínica

Además de las mediciones, se puede realizar una evaluación clínica que incluya la historia médica, un examen físico y pruebas adicionales para descartar otras condiciones que puedan causar o contribuir a la hipertensión (43).

3.4.2.3. Monitoreo continuo:

En algunos casos, se recomienda el monitoreo ambulatorio de la presión arterial durante 24 horas para obtener una imagen más completa del comportamiento de la presión arterial a lo largo del día (43).

3.4.2.4. Consideraciones adicionales

- Es importante considerar factores como la edad, el género, y la presencia de otras condiciones de salud al interpretar las mediciones de presión arterial.
- Se debe tener en cuenta las horas del día que sean similares en la toma de presión, evitar que el paciente consuma cafeína o fume por lo menos 30 minutos antes de la medición y que la ropa no cubra la zona braquial donde se medirá la presión arterial (44).

3.5. Sintomatología psiquiátrica en pacientes hipertensos

Los trastornos mentales como la ansiedad, depresión y el estrés son prevalentes en pacientes con enfermedades crónicas, particularmente en aquellos con hipertensión arterial (45). La relación entre HTA y salud mental ha sido bien documentada en la literatura, con estudios que sugieren que la presencia de complicaciones graves, exacerbaban los síntomas de trastornos emocionales (46).

3.5.1. Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional en la cual predominan los sentimientos de aprensión, nerviosismo y miedo ante situaciones estresantes y expectantes como una posible mejoría (13). En el contexto de la hospitalización prolongada por complicaciones de cualquier etiología, la ansiedad es común debido a la incertidumbre sobre la recuperación y las posibles secuelas de las enfermedades asociadas. Estudios han demostrado que los niveles elevados de ansiedad en pacientes complicados pueden aumentar el riesgo de hospitalización prolongada y complicar el manejo de la enfermedad (47), tal es así, que se mencionan en algunos estudios que los pacientes que presentaban mayor escalas en cuanto a ansiedad eran aquellos que no tenían un buen conocimiento acerca de su diagnóstico base y las complicaciones que los habían llevado a estar hospitalizados en el momento presentando un deterioro físico bastante marcado (48).

3.5.2. Depresión

La depresión es un trastorno afectivo que implica la presencia de síntomas como tristeza persistente, fatiga y pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras (49). La relación bidireccional entre los pacientes complicados y la depresión ha sido bien documentada, sugiriendo que la depresión puede empeorar el control de la presión arterial, lo que aumenta el riesgo de complicaciones que a su vez pueden estar afectados por otros factores por lo que los pacientes especialmente adultos mayores merecen tener un abordaje integral en el tratamiento y seguimiento de su enfermedad teniendo en cuenta los síntomas producto de la depresión para poder mejorar la condición médica base (50).

3.5.3. Estrés

El estrés es una respuesta emocional ante demandas excesivas que superan la capacidad de adaptación de un individuo (51). Los pacientes hospitalizados complicados enfrentan altos niveles de estrés debido a la preocupación por los efectos a largo plazo de la enfermedad por lo que mencionamos que el estrés prolongado en ocasiones puede tener efectos negativos sobre aquellos pacientes que presentan complicaciones debido a la presión arterial, exacerbando la clínica y creando un ciclo de retroalimentación negativa que complica aún más el tratamiento. Existen diversos factores por los cuales los niveles de estrés pueden verse aumentados como un sueño perturbado del que se escuchan muchas quejas durante el día en el hospital público debido a una rutina diaria impuesta y ruidos constantes producidos tanto por las mismas máquinas como el personal asistencial, así mismo el estrés puede estar influenciado por razones psicosociales tales como el pensamiento de una familia afectada por falta de recursos en el hogar y gastos del hospital, menor acercamiento entre el paciente y su familia (52).

3.6. Relación entre trastornos de salud mental e hipertensión

La relación entre los trastornos de salud mental y la hipertensión (presión arterial alta) es compleja y bidireccional. Es decir, no sólo los trastornos mentales pueden contribuir al desarrollo de la hipertensión, sino que la hipertensión también puede influir en la aparición y agravamiento de trastornos mentales (53).

El estrés sostenido activa el sistema nervioso simpático, lo que provoca la liberación de hormonas como el cortisol y la adrenalina. Estas hormonas aumentan la frecuencia cardíaca y la constricción de los vasos sanguíneos, lo que puede elevar la presión arterial (54). Las personas que experimentan altos niveles son más propensas a desarrollar hipertensión, en parte debido a la activación constante de la respuesta de lucha o huida (55).

La depresión también está asociada con un mayor riesgo de hipertensión debido a que puede generar un comportamiento de vida poco saludable, como una mala alimentación, falta de ejercicio, consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo, que son factores que pueden contribuir al aumento de la presión arterial (56). Además, la depresión puede afectar los sistemas biológicos que regulan la presión arterial como

se mencionó anteriormente en el caso de los trastornos del sueño, como el insomnio o la apnea del sueño, están relacionados tanto con la hipertensión como con los trastornos mentales. La falta de sueño puede causar disfunción en el sistema nervioso autónomo, lo que puede resultar en una presión arterial más alta. Además, la apnea del sueño interrumpe la respiración durante la noche, lo que puede contribuir a la hipertensión de manera crónica (57).

Por último la preocupación constante por los efectos de la hipertensión, la adherencia a los tratamientos y las visitas médicas pueden generar un círculo vicioso de malestar emocional y aumento del estrés, que a su vez agrava la hipertensión (58).

3.7. Importancia del abordaje integral

La hipertensión y los trastornos mentales están interrelacionados. El estrés, la ansiedad, la depresión y otros trastornos psicológicos pueden contribuir al aumento de la presión arterial, mientras que una presión arterial alta no controlada puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos mentales, como depresión y ansiedad (59). El abordaje integral permite tratar ambas condiciones de manera simultánea, evitando que una empeore la otra. Las personas con hipertensión que también padecen trastornos mentales tienen más probabilidades de tener dificultades para seguir las recomendaciones médicas, como tomar medicamentos de manera regular, seguir una dieta adecuada o realizar actividad física. Abordar el bienestar emocional a través de terapia psicológica, manejo del estrés o medicación psiquiátrica adecuada puede mejorar significativamente la adherencia al tratamiento (60). Los trastornos mentales no tratados y la hipertensión mal controlada pueden generar un alto costo en términos de hospitalizaciones, medicamentos, pérdida de productividad y otros recursos. Un tratamiento integral puede reducir estas cargas económicas al abordar las condiciones de manera preventiva y efectiva, lo que puede llevar a una menor necesidad de atención médica de urgencia y una mejora en la productividad laboral y social. En resumen, dado el impacto multidimensional de las complicaciones hospitalarias en la salud física y mental de los pacientes, es esencial que los enfoques de tratamiento incluyan el apoyo psicológico. Esta investigación contribuirá al desarrollo de estrategias integrales de atención que consideren no sólo la estabilización de la patología de fondo, sino también la intervención temprana para mitigar los efectos de la ansiedad, depresión y estrés en los pacientes hospitalizados, de esta forma se espera brindar una atención de calidad integral con un menor tiempo de estancia hospitalaria y reducción de costos para el sistema de salud (61).

3.8. Revisión de antecedentes investigativos

3.8.1. A nivel local

Título: Asociación Entre Hipertensión Arterial y Síntomas Depresivos en Pacientes Atendidos en Consultorio Externo de Cardiología del Hospital III Goyeneche Desde Febrero a Marzo 2019 - Arequipa. Autor: Velarde Acosta, Kevin Andy. Resumen: Introducción: La hipertensión arterial y la depresión, son un problema de salud altamente prevalente, pudiendo presentarse concomitantemente en un mismo individuo. Analizar si existe alguna relación entre ambas patologías permitiría al clínico abordar al paciente de una manera integral. Objetivo: Determinar la asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos en pacientes atendidos en consultorio externo de cardiología del Hospital III Goyeneche desde Febrero a Marzo 2019. Materiales y Método: Se realizó un estudio analítico, transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida de 168 pacientes. Se les cuantificó la presión arterial, pesó y talló, y se aplicó un cuestionario epidemiológico y el test “PHQ-9”, valorando la asociación entre variables mediante pruebas estadísticas. Resultados: El 61.9% y 39.29% de los hipertensos y normotensos, respectivamente, presentaron síntomas depresivos, determinando que sí existe una asociación entre las variables ($p < 0.05$). Los hipertensos tuvieron 2.5 veces más riesgo de desarrollar síntomas depresivos ($OR = 2.51$, $IC\ 95\% 1.34 - 4.67$). Las características clínico epidemiológicas de los hipertensos, fueron similares a los hallazgos en otras series, con la diferencia que la mayoría de hipertensos fueron mujeres (53.57%). El síntoma depresivo más frecuente fue “sentirse cansado o sin energía”, y el más prevalente fue “sentirse sin apetito o comer en exceso”. Conclusiones: Se confirma la asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos, pudiendo considerar a la hipertensión arterial como un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva (62).

Título: Frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión y medidas antropométricas en adultos hipertensos de 07 distritos de Arequipa Metropolitana, 2014. Autor: Valencia Pérez, Miguel Alonso. Resumen: Los trastornos afectivos, como la ansiedad y la depresión, pueden condicionar el desarrollo de factores de riesgo cardiovascular, sobre todo hipertensión arterial sistémica, por estas razones se buscó determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como las medidas antropométricas en pacientes hipertensos de Arequipa. Para ello se estudió una muestra poblacional de siete distritos de Arequipa entre participantes a campañas de despistaje de Hipertensión Arterial en el mes de setiembre del 2014 en las que se determinó la presión arterial, el índice de masa corporal, el perímetro de cintura, y se aplicó el test HADS para evaluar ansiedad y depresión, asociándose variables mediante prueba Chi-cuadrado. Se obtuvieron los siguientes resultados: del total de 1015 personas, el 37.14% del total fueron varones y 62.86% mujeres, con edad promedio para los varones de 59.60 años y para las mujeres de 54.87 años ($p < 0.05$). El 0.99% de participantes tuvo peso bajo, 35.37% presentó un IMC normal, y hubo sobrepeso en 43.05% de pobladores, con obesidad en 20.59% (grado I en 16.45%, grado II en 3.84% y grado III en 0.30%). El 29.97% de varones y 65.67% de mujeres presentaron obesidad central ($p < 0.05$). Con el test HADS, el 22.66% de los pobladores mostró resultados normales, 42.46% presentaron ansiedad aislada, 2.76% depresión aislada, y 32.12% combinación de ansiedad y depresión. El 43.15% de participantes tuvieron niveles normales de presión 37.64% mostró prehipertensión, y 14.09% presentó hipertensión en estadio 1 y 5.12% en estadio 2. Hubo significativamente más hipertensión con la mayor edad, con el sobrepeso y la obesidad, y con la obesidad central, no encontrándose diferencia significativa con los síntomas de ansiedad y depresión. El estudio concluyó que la frecuencia de hipertensión es alta en especial en personas con sobrepeso y obesidad. Se encontró mayores porcentajes de ansiedad y depresión aisladas en hipertensión más severa pero sin diferencia significativa, respecto a presión arterial normal, prehipertensión o hipertensión en estadio (63).

Título: Síntomas Depresivos en Enfermedades Médicas Crónicas en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche Febrero 2018. Autor: Carita Florez, Galy Pamela. Resumen: Existen enfermedades médicas crónicas cuya aparición desencadena la presencia de síntomas depresivos, lo que complica la adherencia al tratamiento, la evolución y tiempo de enfermedad. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación de los síntomas depresivos con enfermedades médicas crónicas que existen en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en febrero del 2018. Material y métodos: estudio observacional, descriptivo de corte transversal, de asociación no causal, con un muestreo no probabilístico. Tras analizar el modo de presentación de la sintomatología depresiva en los pacientes con enfermedades médicas crónicas, así como las claves diagnósticas para evitar diagnósticos equivocados, se incide en la relación que existe entre los síntomas depresivos y numerosas patologías. Se utilizó una hoja para recolección de información general y se aplicó la escala de Beck II para identificar síntomas depresivos en enfermedades médicas crónicas en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Goyeneche, según chi cuadrado. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 21,7% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche que presentan síntomas depresivos tienen entre 46-60 años con un $P > 0.05$, siendo una relación estadística no significativa; además se encontró mayor porcentaje de sintomatología depresiva en el género femenino con 38,3%, con un $P < 0.05$, siendo una relación estadísticamente significativa; el 31,6% cuentan con nivel de instrucción primario, con un $P < 0.05$, siendo una relación estadísticamente significativa; el 21,6% de los pacientes con síntomas depresivos son solteros, con $P > 0.05$, siendo estadísticamente no significativo; los síntomas depresivos y las enfermedades médicas crónicas presentan relación estadística significativa con un $P < 0.05$, siendo las enfermedades médicas crónicas endocrinológicas con mayor porcentaje de sintomatología depresiva, 22,7% (64).

3.8.2. A nivel nacional

Título: Efecto del Tratamiento Psicoterapéutico en la Ansiedad y Depresión en Hipertensos del Hospital Antonio Lorena -Cusco. 2006. Autor: Díaz Díaz, Timoteo 2006. 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 1 y 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 observados 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 (65).

Título: Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa, 2019. Autor: Cruz Arteaga, Andreina Elizabeth. Resumen: Objetivo: Determinar la diferencia entre los niveles de ansiedad y depresión, de pacientes con hipertensión controlada y no controlada en el Hospital Santa Rosa Piura entre julio y diciembre 2019 Métodos: Transversal y Comparativo. Resultados: se realizó dos grupos de estudio en dónde se distribuyen en pacientes que tomaban antihipertensivos y estaban controlados, junto con otro grupo en que a pesar de la medicación: no se encontraban controlados El nivel de ansiedad se representa en tres niveles leve moderado severo que representan el 52.1% a 28.6% y 15.1% de los cuales principalmente para el grupo de hipertensión controlada se encuentra en el nivel leve en el 25.21% y para el grupo de pacientes en las cuales no controla su niveles de hipertensión está en el nivel deben el 26.9% ambas variables están relacionadas entre sí antes de la prueba estadística de chi de Pearson por otro lado con respecto a la depresión solamente se encontró depresión leve motivo por el cual se establece dicotómicamente como si tiene depresión y no tiene depresión de los cuales estás se dio en el 43.7% de los pacientes representando el treinta y nueve. 50% para los que presentan depresión y están controlados la hipertensión y aquellos casos donde no existe depresión pero no estén controlada en el 35.3%de ellos establece que ante el análisis estadístico ambas variables con respecto a la presencia de depresión y con respecto a la hipertensión arterial controlada se encuentran relacionadas entre sí. Conclusiones: En cuanto al nivel de ansiedad de los pacientes adultos con hipertensión arterial primaria no controlada es mayor que en pacientes con mayor control. Y la depresión el 100% de los casos fue una depresión leve, está más relacionada con pacientes que tienen bajo control la hipertensión arterial (66).

Título: Asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos: resultados de una encuesta poblacional en Perú. Autor: Villarreal Zegarra, David Rogelio. Resumen: Antecedentes: Se estima que 350 millones de personas tienen depresión, solo en el Perú entre 3,27% y 17,1% tienen síntomas depresivos. La hipertensión arterial es un factor de riesgo para problemas de salud mental. Sin embargo, varios estudios sobre la asociación entre la hipertensión arterial y los síntomas depresivos presentan evidencia controvertida. Objetivo: Identificar la asociación entre la hipertensión arterial y la sintomatología depresiva en la población general considerando el tiempo de diagnóstico de la hipertensión. Método: Se realizó un análisis secundario de datos utilizando el Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) desde 2014 hasta 2016. La sintomatología depresiva se definió como un puntaje ≥ 15 en el Patient Health Questionnaire (PHQ -9); mientras que la hipertensión arterial fue la exposición de interés, definida como el diagnóstico autoinformado de hipertensión arterial o la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o la presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Además, se consideró el tiempo autoinformado desde el diagnóstico de hipertensión arterial. Se generaron modelos de regresión de Poisson para evaluar la asociación de interés, informando las razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Resultados: Se analizaron los datos de 87,253 participantes, con una edad media de 41,3 (DE= 16.7), el 55.6% eran mujeres y el 64.7% eran de zonas urbanas. Un total de 2,633 (3.0%, IC 95%: 2.8%-3.2%) individuos tenían síntomas depresivos, mientras que la hipertensión arterial estaba presente en 15,681 (19.6%, IC 95%: 19.1% -20.1%) sujetos. En el modelo multivariable, y en comparación con aquellos sin diagnóstico de hipertensión arterial, los recién diagnosticados tenían una probabilidad similar de tener síntomas depresivos (RP = 0.93, IC 95% 0.77- 1.12); sin embargo, las personas que conocían de su hipertensión arterial tenían más probabilidades de tener síntomas depresivos. Asimismo, las personas con menos de un año de diagnóstico tenían más del doble de probabilidades de tener síntomas depresivos (RP= 2.08, IC 95% 1.65-2.63), y esta probabilidad disminuyó en individuos con 1 a 4 años de diagnóstico (RP = 1.42, IC 95% 1.13- 1.80) y en personas con más de 5 años de diagnóstico (RP = 1.29, IC 95% 1.01- 1.64). Conclusiones: Aunque existe una asociación entre la hipertensión arterial y los síntomas depresivos, la prevalencia de los síntomas depresivos varía según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Según eso, las personas con <1 año de diagnóstico tenían la mayor probabilidad de tener síntomas depresivos (67).

Título: Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020. Autor: Olabarrera Flores, Reynaldo Anderson. Resumen: Objetivo: Analizar los factores asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020. Materiales y Métodos: Un estudio de tipo transversal analítico. Participando un total de 184 pacientes de los distintos servicios de hospitalización del Hospital Regional del Cusco. Utilizando el instrumento de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Resultados: Se encontró que el 21.74% presentó caso clínico de depresión y caso clínico de ansiedad de 30.43%. Con respecto a los factores asociados a la depresión fueron las distintas comorbilidades, el antecedente familiar de enfermedad mental, la disfunción familiar en grado moderado y grave, consumo de riesgo de alcohol, haber estado hospitalizado por alguna cirugía previa, visita familiar, ser ama de casa y tener alguna creencia religiosa. En cambio, los factores asociados a la ansiedad fueron el sexo femenino, la disfunción familiar moderada y grave, el consumo de riesgo de alcohol, la hospitalización actual en los servicios de Cirugía general y los distintos de Medicina y tener alguna creencia religiosa. Conclusión: Los factores asociados como comorbilidades, hospitalización previa, el servicio de hospitalización, antecedente familiar de enfermedad mental la visita familiar, la funcionalidad familiar, consumo de alcohol, la situación laboral, la religión y el sexo están asociados a la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco (68).

3.8.3. A nivel internacional

Título: Depression, anxiety, stress and demographic determinants of hypertension disease. Autor: Mamoona Mushtaq, Najma Najam. Resumen: Antecedentes y objetivo: La evidencia de la investigación respalda la relación de los factores psicológicos y demográficos con la hipertensión y estas variables son los predictores más fuertes de la hipertensión, que apenas se estudian en Pakistán. El presente estudio se llevó a cabo para explorar la correlación de la depresión, la ansiedad, el estrés y los factores demográficos con la hipertensión. Método: Utilizamos un diseño de investigación de correlación y se tomó una muestra de (N = 237) pacientes hipertensos (N = 137) y sus controles sanos de la misma edad (N = 100) de los hospitales. Se utilizó la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS) Lovibond y Lovibond, 1995, para evaluar la depresión, la ansiedad y el estrés. Resultados: Los resultados indicaron una correlación positiva significativa entre la depresión (χ^2 MH = 104,18, $p < .001$), la ansiedad (χ^2 MH = 78,48, $p < .001$), el estrés (χ^2 MH = 110,95, $p < .001$) y los estados negativos generales (χ^2 MH = 97,43, $p < .001$) con la hipertensión. La depresión (OR = 1,44, $p < .01$), la ansiedad (OR = 1,76, $p < .01$), el estrés (OR = 1,37, $p < .01$), el trabajo y las personas dependientes, las horas de trabajo y el peso resultaron ser predictores de la hipertensión. Conclusión: La hipertensión tiene una relación positiva significativa con la depresión, la ansiedad, el estrés y con las variables demográficas. Los hallazgos del presente estudio contribuirán al conocimiento existente de los profesionales de la salud para mejorar la conciencia pública sobre los resultados nocivos de la depresión, la ansiedad y el estrés sobre la salud humana (70).

Título: Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. Autor: Jaén et al, Granada, España 2013. Resumen: La hipertensión arterial (HTA) esencial tiene un origen multifactorial en el que están implicadas al menos 2 categorías de factores. Los factores biológicos clásicos de riesgo y los factores psicológicos, incluyendo los efectos del estrés crónico, los cuales tienen una cierta influencia tanto en el origen como en la persistencia de la HTA. En este estudio nos planteamos conocer el grado de influencia de la ansiedad y la depresión como manifestaciones de un proceso de estrés crónico, en pacientes con HTA resistente (70).

Título: Perfil psicológico en sujetos con hipertensión arterial esencial
Psychological profile in subjects with introducción. Autor: Dauelsberg-Tannenbaum E; Cornejo-Leighton P. Resumen: En Chile la enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de muerte, constituyéndose la hipertensión arterial (HTA) como uno de los factores más relevantes de riesgo cardiovascular (coronario y cerebrovascular). El grupo que mayor aumento de prevalencia ha registrado en los últimos 10 años es el de 25 a 44 años. Objetivo: Explorar y describir un perfil psicológico en personas que padecen hipertensión arterial esencial. Método: Estudio exploratorio-descriptivo con metodología cualitativa y cuantitativa de análisis. El muestreo de carácter intencionado fue compuesto por diez sujetos entre los 25 y los 47 años, diagnosticados médicamente con hipertensión arterial esencial. Los instrumentos de análisis fueron el test de psicodiagnóstico de Rorschach y una entrevista de anamnesis. Resultados: Los entrevistados mostraron un perfil psicológico con tendencia a la disminución de procesos ideosociativos, uso de la imaginación y la fantasía (particularmente de los impulsos hostiles) y tendencia al empobrecimiento emocional. Conclusión: Los resultados son parcialmente consistentes con investigaciones previas (71).

Título: Psychological and psychosocial findings in patients with primary arterial hypertension from a military health establishment in Cundinamarca. Autor: Acuña et al. Resumen: La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible con marcada prevalencia en el mundo. La falta de adherencia al tratamiento, así como la ausencia de estilos de vida saludables desarrollan complicaciones cardiovasculares, comorbilidades y muertes; uno de los aspectos relevantes a tener en cuenta, en el estilo de vida, es la relación estrecha que existe entre los efectos psicológicos y psicosociales en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. El impacto negativo de esta relación se evidencia en una disminución significativa en la adherencia de los pacientes a los tratamientos y va en detrimento de sus condiciones generales (72).

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis general

Dado que la hipertensión arterial es una enfermedad que puede influir en la sintomatología psiquiátrica; es probable que los pacientes hipertensos presentan niveles más elevados de ansiedad, depresión y estrés en comparación con los pacientes no hipertensos.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

Aplicación de encuestas estructuradas (cuestionario) y revisión de historias con registros médicos.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Cuestionario de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

1.2.1.1. Descripción del Instrumento

El DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales - 21 Items) es un instrumento diseñado para evaluar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en individuos. Consiste en 21 ítems, divididos en tres subescalas, cada una compuesta por 7 preguntas que corresponden a cada una de las dimensiones psicológicas. Los ítems son respondidos en una escala Likert de 0 a 3, donde 0 indica "Nunca", 1 se considera "A veces", 2 se refiere "a menudo" y 3 "Casi siempre" (73).

1.2.1.2. Características del DASS-21

Dimensiones Evaluadas:

- Depresión: Evalúa la pérdida de interés, la falta de motivación y la tristeza.
- Ansiedad: Mide la tensión, la preocupación y la inquietud.
- Estrés: Refleja la sobrecarga y la incapacidad para afrontar situaciones estresantes (73).

1.2.1.3. Formato y Administración

Es un cuestionario autoadministrado, lo que permite que los participantes respondan de forma independiente.

La duración de la aplicación es relativamente corta, tomando aproximadamente de 5 a 10 minutos.

1.2.1.4. Puntuación

Cada subescala tiene puntuaciones que se interpretan para determinar la gravedad de los síntomas. Las puntuaciones se agrupan en categorías como normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo (73).

1.2.1.5. Validez en Perú

El DASS-21 ha sido validado en varios contextos y poblaciones, incluyendo estudios realizados en Perú. Investigaciones han mostrado que el DASS-21 es un instrumento confiable y válido para evaluar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en la población peruana. Además, se ha utilizado en diversas investigaciones clínicas y epidemiológicas en el país, confirmando su aplicabilidad y efectividad en el contexto local (73).

1.3. Materiales de Verificación

- Consentimiento informado.
- ficha de recolección de datos.
- cuestionario DASS - 21.
- lapicero (7).

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa - Perú.

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Población

Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina.

2.2.2. Muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

En el año 2023, el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza registró un total de 3,300 pacientes hospitalizados, distribuidos de la siguiente manera: 1,606 egresos en el servicio de Medicina Varones y 1,694 egresos en el servicio de Medicina Mujeres II.

Para la presente investigación, se decidió trabajar específicamente con los meses de octubre y noviembre. Se tomó un promedio mensual calculado a partir del total anual, asumiendo una distribución uniforme a lo largo de los meses. De esta manera, en el servicio de Medicina Varones se estimó un total de 268 egresos durante octubre y noviembre, mientras que en el servicio de Medicina Mujeres II se estimó un total de 282 egresos para el mismo período.

En conjunto, se calcula que hubo un total de 550 pacientes hospitalizados en ambos servicios durante los meses seleccionados, cifra que representa una porción significativa del total anual y que será utilizada como base para el análisis de la presente investigación.

Según la fórmula para definir la muestra se observa lo siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(550)}{(550 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = 227$$

Dónde:

N: tamaño de la población = 550

Z: nivel de confianza al 95% = 1.96

p: proporción esperada del evento = 0.5

q: (1-p) = 0.5

E: error de estimación muestral al 5% = 0.05

n: tamaño de muestra = 227 Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna

La muestra se encuentra conformada por 227 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

2.2.3. Criterios de inclusión

- Personas entre los rangos de 18 años hasta los 100 años de edad hospitalizadas en el servicio de Medicina Interna del área de mujeres del HRHDE.
- Personas entre los rangos de 18 años hasta los 100 años de edad hospitalizadas en el servicio de Medicina Interna del área de varones del HRHDE.
- Personas que tengan sintomatología ansiosa, depresiva o de estrés según el llenado del cuestionario DASS-21.
- Personas que estén en sus facultades de responder el cuestionario, deseen participar, autoricen consentimiento para la investigación.

2.2.4. Criterios de exclusión

- Personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos previa a la hospitalización en el servicio de Medicina Interna del HRHDE.
- Personas en tratamiento médico o psicológico por trastornos psiquiátricos previa a la hospitalización en el servicio de Medicina Interna del HRHDE.
- Personas hospitalizadas en el servicio de Medicina Interna, área varones y mujeres del HRHDE que no deseen colaborar con el estudio.
- Personas menores de 18 años hospitalizadas en el servicio de Medicina Interna del HRHDE.
- Personas con limitaciones físicas y/o mentales que les impida responder el cuestionario incluyendo pacientes críticos.

2.3. Temporalidad

El estudio se desarrolló entre los meses de Noviembre y Diciembre del 2024.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- Cronograma: Establecer un cronograma de recolección de datos que se llevará a cabo durante el periodo de estudio (noviembre - diciembre 2024). La recolección se realizará en horarios convenientes para los pacientes, priorizando su comodidad.
- Se procederá a pedir autorización al jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Lugar de Recolección: Las encuestas se aplicarán en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, asegurando la privacidad y la tranquilidad de los pacientes durante la respuesta.
- Equipo de Recolección de Datos: Un equipo de encuestadores que serán responsables de aplicar los cuestionarios. Este equipo estará capacitado en la administración de la escala DASS-21 y en la ética del manejo de datos sensibles.
- Se llevará a cabo la elaboración del informe final, que incluirá el análisis de los datos (7).

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

- Las tesistas.
- Asesor.
- Estadístico profesional.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del HRHD que aceptaron voluntariamente participar en el estudio (7).

3.2.2. Recursos físicos

- Consentimiento informado.
- Ficha de recolección de datos.
- Cuestionario DASS-21.
- Lapicero (7).

3.2.3. Recursos financieros

Autofinanciado por las tesis (7).

3.3. Validación de instrumentos

- La escala DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) ha sido validada en Perú, y hay varias investigaciones que respaldan su uso en la población. Un estudio realizado en Lima Metropolitana en 2021 analizó sus propiedades psicométricas en una muestra de 417 adultos, demostrando alta confiabilidad con coeficientes de Cronbach de 0.90 para depresión, 0.87 para ansiedad y 0.91 para estrés (73).
- Otro estudio, también de 2021, validó la DASS-21 en estudiantes universitarios, encontrando resultados similares en cuanto a la confiabilidad y la validez del contenido, con un coeficiente de Cronbach de 0.80 para los 21 ítems (74).
- Estas investigaciones confirman que el DASS-21 es una herramienta efectiva para medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en diferentes contextos y poblaciones en Perú (73).

3.4. Criterios para el manejo de resultados

3.4.1. Plan de procesamiento

Una vez finalizada la etapa de recolección de datos y el llenado de las encuestas, se organizan estas de acuerdo con su numeración. Luego, los datos obtenidos serán transcritos y tabulados en una tabla maestra en Excel (7).

3.4.2. Plan de clasificación:

Se utilizará una matriz de sistematización de datos para organizar la información recopilada en las encuestas, siguiendo las variables definidas previamente en el estudio (7).

3.4.3. Plan de codificación:

Las variables con indicadores cualitativos serán codificadas para facilitar y agilizar el proceso de tabulación de datos (7).



CAPITULO III
RESULTADOS

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO

Variables	n=227	(%)
Edad*		58 ±18.42
18-35 años	30	13,2%
36-50 años	38	16,7%
51-65 años	78	34,4%
66-80 años	56	24,7%
81-98 años	25	11,0%
Sexo		
Masculino	77	33,9%
Femenino	150	66,1%

*** Media y Desviación estándar**

En la tabla número 1 se muestra la distribución de pacientes según edad. El grupo más representado es el de 51 a 65 años con un 34.4%, seguido de los pacientes de 66 a 80 años con un 24,7%. En tercer lugar están los pacientes de 36-50 años con un 16,7%. Los grupos de 16 a 35 años y 81 a 98 años tienen porcentajes de 13,2% y 11,0%, respectivamente.

Además vemos que el grupo femenino está conformado por un 66,1%, mientras que el masculino está conformado por un 33,9%.

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Variables	n=227	(%)
Nivel de Ansiedad*		8.5 ±3.9
Si	213	93.8
No	14	6.2
Nivel de depresión*		9.3 ±3.4
Si	217	95.6
No	10	4.4
Nivel de estrés*		10.5 ±2.9
Si	198	87.1
No	29	12.9
Hipertensión Arterial		
Si	172	75.8
No	55	24.2

*** Media y Desviación estándar**

En la tabla 2 se describen las características de la población en estudio. Entre los 227 pacientes 213 (93.8%) padecían ansiedad, 217 (95.6%) padecían depresión y 198 (87.1%) padecían estrés. Además 172 (75.8%) padecían hipertensión arterial.

TABLA 3
NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Variables	n= 227	(%)
Nivel de Ansiedad		
Leve	28	12.3
Moderada	76	33.5
Severa	39	17.2
Extremadamente severa	70	30.8
Sin ansiedad	14	6.2
Nivel de depresión		
Leve	42	18.5
Moderada	94	41.4
Severa	54	23.8
Extremadamente severa	27	11.9
Sin depresión	10	4.4%
Nivel de estrés		
Leve	38	16.7
Moderado	97	42.7
Severo	60	26.4
Extremadamente severo	3	1.3
Sin estres	29	12.9

En la tabla 3 se describen los niveles de ansiedad, depresión y estrés. En relación a ansiedad 12.3% presentó ansiedad leve, 33.5% moderada, 17.2% severa y 30.8% extremadamente severa. En cuanto a depresión 18.5% presentó depresión leve, 41.4% moderada, 23.8% severa, 11.9% extremadamente severa. Con respecto al nivel de estrés 16.7% presentó estrés leve, 42.7% moderado, 26.4% severo y 1.3% extremadamente severo.

TABLA 4
ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Variables	Hipertensión		valor p
	Si 172 (75.8%)	No 55 (24.2%)	
Nivel de Ansiedad			
Leve	17 (7.5)	11 (4.8)	0.041
Moderada	59 (26.0)	17 (7.5)	
Severa	31 (13.7)	8 (3.5)	
Extremadamente severa	58 (25.6)	12 (5.3)	
Sin ansiedad	7 (3.1)	7 (3.1)	
Nivel de depresión			
Leve	30 (13.2)	12 (5.3)	0.001
Moderada	71 (31.3)	23 (10.1)	
Severa	48 (21.1)	6 (2.6)	
Extremadamente severa	21 (9.3)	6 (2.6)	
Sin depresión	2 (0.9)	8 (3.5)	
Nivel de estrés			
Leve	25 (11)	13 (5.7)	0.499
Moderado	75 (33)	22 (9.7)	
Severo	47 (20.7)	13 (5.7)	
Extremadamente severo	3 (1.3)	0 (0)	
Sin estrés	22 (9.7)	7 (3.1)	

En la tabla 4 se describe la asociación entre el nivel ansiedad, depresión y estrés con la Hipertensión. La presencia de hipertensión fue más frecuente entre aquellos que tuvieron ansiedad, depresión y estrés moderado a severo. Siendo los resultados estadísticamente significativos para los niveles de ansiedad ($p= 0.041$) y depresión ($p= 0.001$). Así mismo se observa que el mayor porcentaje de los niveles de ansiedad fue con el grado moderado (26%) en los pacientes hipertensos y de igual manera con la variable de depresión moderada representando una mayoría (31.3%) en los pacientes hipertensos. Por otro lado se observó que a pesar de que la frecuencia de niveles de estrés sea mayor en hipertensos, este hallazgo no es estadísticamente significativo ($p= 0.499$).

TABLA 5
ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Variables	Hipertensión		valor p
	Si	No	
	172 (75.8%)	55 (24.2%)	
Edad			
18 – 35 años	17 (7.5)	13 (5.7)	
36 – 50 años	27 (11.9)	11 (4.8)	
51 – 65 años	64 (28.2)	14 (6.2)	0.072
66 – 80 años	44 (19.4)	12 (5.3)	
81 – 98 años	20 (8.8)	5 (2.2)	

En la tabla 5 se describe la asociación entre la edad y la hipertensión. La presencia de hipertensión fue más frecuente entre aquellos pacientes con edades entre 51 y 65 años representando un porcentaje mayoritario de 28.2%; en segundo lugar con 19.4% se encuentran los pacientes con edades entre 66 y 80 años; seguidamente de los pacientes entre 36 y 50 años con un porcentaje de 11.9%, aquellos pacientes entre 81 y 98 años tuvieron un porcentaje de 8.8% y por último representando una minoría los pacientes entre 18- 35 los cuales presentan hipertensión en un 7.5%. Sin embargo se recalca que estos resultados no fueron estadísticamente significativos ($p= 0.072$)

TABLA 6
ASOCIACIÓN ENTRE EDAD CON EL NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
ESTRÉS

Variables	Edad					valor <i>p</i>
	16-35 años 30 (13.2%)	36-50 años 38 (16.7%)	51-65 años 78 (34.4%)	66-80 años 56 (24.7%)	81-98 años 25 (11.0%)	
Nivel de Ansiedad						
Leve	7 (3.1)	9 (4.0)	6 (2.6)	5 (2.2)	1 (0.4)	0.017
Moderada	8 (3.5)	17 (7.5)	31 (13.7)	14 (6.2)	6 (2.6)	
Severa	3 (1.3)	3 (1.3)	16 (7.0)	13 (5.7)	4 (1.8)	
Extremadamente severa	9 (4.0)	5 (2.2)	23 (10.1)	21 (9.3)	12 (5.3)	
Sin ansiedad	3 (1.3)	4 (1.8)	2 (0.9)	3 (1.3)	2 (0.9)	
Nivel de depresión						
Leve	10 (4.4)	12 (5.3)	11 (4.8)	8 (3.5)	1 (0.4)	0.005
Moderada	13 (5.7)	15 (6.6)	37 (16.3)	21 (9.3)	8 (3.5)	
Severa	1 (0.4)	9 (4.0)	21 (9.3)	12 (5.3)	11 (4.8)	
Extremadamente severa	3 (1.3)	1 (0.4)	8 3.5)	11 (4.8)	4 (1.8)	
Sin depresión	3 (1.3)	1 (0.4)	1 (0.4)	4 (1.8)	1 (0.4)	
Nivel de estrés						
Leve	5 (2.2)	3 (1.3)	13 (5.7)	12 (5.3)	5 (2.2)	0.062
Moderado	9 (4.0)	21 (9.3)	35 (15.4)	19 (8.4)	13 (5.7)	
Severo	6 (2.6)	8 (3.5)	19 (8.4)	20 (8.8)	7 (3.1)	
Extremadamente severo	0 (0)	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.4)	0 (0)	
Sin estrés	10 (4.4)	5 (2.2)	10 (4.4)	4 (1.8)	0 (0)	

En la tabla 6 se describe la asociación entre el nivel ansiedad, depresión y estrés con la edad. El grupo de edad de 51 a 65 años obtuvo 13.7 % de ansiedad moderada, 16.3 % de depresión moderada y 15.4 % de estrés moderado. El segundo grupo de edad más representativo con 24.7% es el conformado de 66 a 80 años donde se obtuvo 9.3% con ansiedad extremadamente severa, un 9.3% con depresión moderada y 8.8% con estrés severo. Siendo los resultados estadísticamente significativos para ansiedad y depresión utilizando chi cuadrado con ($p= 0.017$) y $p= (0.005)$ respectivamente.

DISCUSIÓN

En la Tabla N°1 observamos que la edad más prevalente obtenida según nuestra muestra fue de 51 a 65 años con un 34.4%, en segundo lugar pacientes de 66 a 80 años con un 24,7% y en tercer lugar pacientes de 36-50 años con un 16,7% lo que demuestra que la mayoría de los pacientes tienen una edad longeva, esto coincide con lo encontrado por Aguilar et al en su investigación se incluyeron 206 pacientes del Servicio de Medicina Interna y del de Cirugía, mayores de 18 años y además se aplicó la “Escala DASS 21” que evalúa el nivel de depresión, ansiedad y estrés en el paciente hospitalizado donde los grupos de edad más frecuentes fueron los de 40 a 49 y de 50 y 59 años (37 pacientes cada uno, 18 %); en el grupo de 60 a 69 y de 70 a 79 la proporción fue idéntica (14,1 %) (75).

Así mismo en otro estudio de Olabarrera buscó analizar los factores asociados a la depresión y ansiedad de los pacientes hospitalizados con una muestra de 184 pacientes en 4 grupos de 46 personas de cada servicio denominado por el estudio se encontró que la edad promedio de los pacientes fue de 44.68 +/- 19.11 años (68). Otro estudio similar elaborado por Carita con una muestra constituida por 60 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, se encontró que el 35.0% de los pacientes hospitalizados en el servicio mencionado tienen entre 46-60 años, el 21,7% tienen entre 76-90 años, el 18,3% tienen entre 61-75 años (64).

En la Tabla N°2 se encontró un 93.8% de pacientes que presentaban niveles de ansiedad, un 95.6% con niveles de depresión y 87.1 % con niveles de estrés, lo cual coincide con lo encontrado por Machaca; Valdivia obteniendo 67.2% de los pacientes con niveles de ansiedad, 50% con niveles de depresión, y un 55.2% con niveles de estrés (76). Además en nuestro estudio se obtuvo un 75.8% de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el servicio de medicina interna, cifras comparables con lo obtenido por Villareal un 19.6% de su muestra contaba con previo diagnóstico de hipertensión arterial, 9.6% fueron diagnosticados recientemente con menor tiempo de hipertensión arterial, 2.6% tenían diagnóstico de hipertensión arterial reciente menor a 1 año, 4.2% tenían hipertensión arterial entre 1 y 4 años, 3.3% tuvieron hipertensión arterial durante ≥ 5 años (67).

En la Tabla N°3 se muestra que el nivel predominante de ansiedad es el moderado, representando el 33.5%. Seguido por ansiedad extremadamente severa con un 30.8%, posteriormente ansiedad severa con un 17.2%, y por último la ansiedad leve con un 12.3%, esto sin considerar la presencia o ausencia de hipertensión arterial, resultados comparables

con el trabajo realizado por Aguilar et al donde obtuvo niveles de ansiedad predominantemente moderado con 32 (15.5%), seguido por ansiedad leve con 25 (12.1%), nivel extremadamente grave con 18 (8,7%) y grave con 11 (5.3%) (75). También estos resultados son comparables con la investigación de Montalván donde se utilizó el cuestionario de la Escala de HADS (Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión) y se encontró que el 23.1% de los pacientes tenían ansiedad. Respecto a la depresión hubo predominancia en grado moderado con 94 pacientes representado por un (41.4%), seguido del grado severo en 54 personas representando (23.8%), el grado leve con 42 con (18.5%) y el extremadamente severo con 27 (11,9%) (77), comparable con el trabajo realizado por Aguilar et al donde se obtuvo con predominancia niveles de depresión leve y moderada en 23 pacientes representados por un (11.2%) cada uno, seguido de la depresión en grado extremadamente severo con 9 (4.4%) y por último el grado severo con 6 (2.9%) conformando una minoría de la muestra (75). De igual forma se puede comparar con la investigación realizada por Nqoba et al donde se obtuvo que un 52.4% de los pacientes cumplieron criterios diagnósticos de depresión con un nivel extremadamente severo en 12 (11.6%) seguido de un grado severo con 10 (9.7%) (78). Por otro lado en el trabajo de Camapaza; Huamán se hizo uso de la escala DASS 21 obteniendo 39 (41.5%) de pacientes presenta un nivel de depresión extremadamente severo, además 28 (29. 8%) muestra un índice de depresión moderado, y 13 (13.8%) muestra un nivel severo de depresión, también el 9.6% muestra un índice normal, y finalmente el 5.3% muestra un índice leve (79). De acuerdo con los niveles de estrés obtuvimos el nivel de estrés moderado en 97 pacientes representando un 42.7% seguido del grado severo con un 26.4% ,el grado leve en 16.7% de los pacientes y por último 1.3% con estrés extremadamente severo, además de 29 pacientes (12.9%) en quienes no se encontró niveles de estrés, resultados mayores si comparamos con el trabajo realizado por Aguilar et al donde obtuvo niveles de estrés leve con 31(15%) seguido del grado moderado con 29 (14.1%) el grado severo representado por 16 pacientes (7.8%) y por último con 7 personas (3.4%) en extremadamente severo (75). Por otro lado también se puede comparar con el estudio realizado por Alca; Granda se obtuvo resultados que demostraron que 106 (70.2%) de estos pacientes no experimenta estrés en sus diferentes grados, siendo este un dato alentador, además que 19 personas (12.6%) representan el grado leve de estrés pero es llamativo que 13 (8.6%) de los pacientes presenten un nivel moderado de estrés y en una minoría de 8 (5.3%) y 5 (3.3%) corresponden a los grados de severo y extremadamente severo respectivamente (80).

En la Tabla N°4 se describe la asociación entre los niveles de ansiedad, depresión, estrés y la presencia del diagnóstico de hipertensión arterial utilizando la prueba estadística de chi cuadrado donde se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con ($p = 0.041$) para la ansiedad y ($p = 0.001$) para depresión; a pesar de estos resultados, es necesario evaluar si existen otros factores que puedan influir en la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Por otro lado al asociar la presencia o ausencia de hipertensión arterial con los niveles de estrés usando la misma prueba, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.499$); en comparación con Velarde donde se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.3424, que se traduce en la existencia de una relación lineal positiva pero pequeña entre la presión arterial media (PAM) y el puntaje obtenido. Se calculó también el coeficiente de determinación, obteniéndose un valor de 0.1173, que indica que solo el 11.73% del puntaje obtenido se explica por el nivel de presión arterial, expresado en forma de PAM (62). Por otro lado el estudio de Villareal y se observó que hubo una tendencia en la prevalencia de síntomas depresivos a través de las diferentes categorías de hipertensión arterial (Chi-cuadrado para la tendencia <0.001), aumentando desde 2.5% en normotensos hasta 7.8% entre aquellos con hipertensión arterial con menos de un año de diagnóstico, para luego, disminuir levemente a medida que aumenta el tiempo desde el diagnóstico de hipertensión arterial hasta llegar al 6.2% en participantes con hipertensión arterial con ≥ 5 años de diagnóstico en la cual cabe señalar que si bien existe una asociación entre la hipertensión arterial diagnosticada y la sintomatología depresiva, existió en el estudio solapamiento de los intervalos de confianza entre las categorías por tiempo de diagnóstico (67).

En la tabla N°5 se describe la asociación entre los grupos de edad y la presencia de hipertensión arterial donde la presencia de hipertensión fue frecuente en aquellos pacientes con edades entre 51 y 65 años representando un porcentaje mayoritario de 28.2%; en segundo lugar con 19.4% se encuentran los pacientes con edades entre 66 y 80 años; seguidamente de los pacientes entre 36 y 50 años con un porcentaje de 11.9%; sin embargo al realizar la prueba estadística de chi cuadrado no se encontró una diferencia estadísticamente significativa con ($p = 0.072$) resultados comparables con Zubeldia et al donde se encontró que la prevalencia de hipertensión arterial se asoció positivamente ($p < 0,001$) con el grupo de edad, aumentando significativamente la odds ratio a partir de los 45 años (48,5%; OR 7,9, IC95% 4,0-15,4) y particularmente para las personas mayores de 64 años (77,6%; OR 29,0, IC95%14,1-59,5) (81).

La Tabla N°6 demuestra que los niveles de ansiedad, y depresión con la prueba de chi cuadrado con respecto a la edad presentan diferencia estadísticamente significativa con $p=0.017$ y $p=0.005$ valores comparables con el estudio realizado por Montesó; Aguilar demostró que los varones mayores de 65 años presentan mayor depresión que otros grupos de edad ($p\leq 0,005$). La depresión es elevada para el grupo de menos de 21 años y, posteriormente aumenta con la edad ($p\leq 0,001$) (82).

La presión arterial alta puede exacerbar las consecuencias emocionales de la hospitalización, no sólo como una enfermedad crónica sino también como un factor de riesgo potencial para complicaciones graves, como enfermedades cardíacas, vasculares o renales. Esto es congruente con la investigación de Buenaño, donde destacaron que el estrés asociado a enfermedades crónicas como la hipertensión afecta tanto la salud mental como fisiológica de los pacientes. Sin embargo, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés sin hipertensión sugieren que hay otros factores que influyen en la salud mental de los pacientes hospitalizados. Estos pueden incluir aislamiento social, dolor físico, incertidumbre sobre el diagnóstico y la experiencia hospitalaria en sí, ya que los estudios muestran que no hay diferencias significativas en los niveles de ansiedad y estrés entre los diferentes tipos de servicios hospitalarios, como medicina interna y cirugía. Además como ya se ha mencionado es importante considerar la variabilidad de los resultados por el rol de las características de la población y las circunstancias. Los hallazgos de este estudio deben interpretarse en el contexto de las características específicas de la población estudiada, como la edad promedio, el año en que se llevó a cabo la investigación y las condiciones hospitalarias. La edad, por ejemplo, se ha identificado como un factor que modula la respuesta emocional; los adultos mayores tienden a reportar mayores niveles de depresión y ansiedad, lo cual puede influir en las tasas generales observadas. Además, las circunstancias del hospital y los cambios en los protocolos de atención, como el manejo del dolor, las estrategias de comunicación o el apoyo social brindado a los pacientes, pueden generar variaciones en los niveles de ansiedad y estrés. Esto explica, en parte, la disparidad con otros estudios, donde el estrés hospitalario se describe como leve o moderado en la mayoría de los casos, dependiendo del entorno y del apoyo proporcionado. Sin embargo, el hallazgo de encontrar resultados similares a otras investigaciones con los niveles de ansiedad y depresión respaldan la fidelidad de este estudio. Finalmente, los años en que se desarrolló la investigación también pueden influir en los resultados debido a factores contextuales, como cambios en la percepción social de las enfermedades, la disponibilidad de recursos hospitalarios o eventos externos, como crisis

sanitarias, que podrían haber incrementado la ansiedad, depresión y estrés en pacientes vulnerables. Estas condiciones particulares podrían haber exacerbado el impacto emocional en los pacientes hipertensos y no hipertensos durante su hospitalización (83).

Además, cabe destacar que la escala DASS-21 únicamente señala la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Por lo tanto, son necesarios otros instrumentos y evaluaciones para diagnosticar lo explicado anteriormente por los especialistas. Finalmente, se puede concluir que una de las fortalezas de nuestro estudio es su innovación debido a que nunca antes en nuestra localidad se había estudiado la situación de los pacientes en función a los niveles de ansiedad, depresión, estrés y su asociación con la hipertensión en pacientes hospitalizados en medicina interna. Este enfoque proporciona información actualizada y relevante para la atención de salud mental en este grupo poblacional. Sin embargo, se debe tener en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, el estudio se realizó únicamente en pacientes ingresados en el departamento de medicina interna, lo que puede limitar la capacidad de generalizar los resultados a otros departamentos del hospital. Además, no hubo una evaluación sistemática de la salud mental de los pacientes después del ingreso, ya que esta no es una práctica estándar en el hospital donde se realizó el estudio. Esto limita la capacidad de determinar si los niveles de ansiedad, depresión y estrés encontrados se debieron únicamente al diagnóstico de hipertensión o si eran preexistentes. A pesar de estas limitaciones, estos resultados resaltan la necesidad de implementar estrategias tempranas para evaluar y tratar la salud mental en pacientes hospitalizados, especialmente aquellos con hipertensión (73).

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y la presencia de hipertensión arterial.

SEGUNDA: Existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión, y la presencia de hipertensión arterial.

TERCERA: No existe una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de estrés y la presencia de hipertensión arterial.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al servicio de Medicina Interna se recomienda implementar protocolos o el trabajo conjunto con el servicio de Psiquiatría para poder identificar oportunamente a aquellos pacientes sobre todo adultos mayores que puedan estar cursando con depresión y ansiedad, brindando el apoyo farmacológico y psicoterapia adecuada, contribuyendo a un enfoque de bienestar integral.
- SEGUNDA:** Realizar un trabajo de investigación de seguimiento longitudinal para estudiar como la depresión influye a lo largo del desarrollo de la hipertensión arterial, de esta manera se puede promover la educación sobre la salud mental y cardiovascular
- TERCERA:** A pesar de no encontrar asociación significativa sería de utilidad considerar en un futuro realizar estudios más profundos incluyendo otras variables que puedan influir en relación al estrés e hipertensión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión; 2019 Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Smith et al. Use of the DASS-21 Scale in hospitalized patients Evaluating depression anxiety and stress in a clinical setting. J Clin Psychol. 2018; 74(6): 798-809.
3. Barochiner J. Teoría de la Complejidad y el paciente hipertenso. Semergen. 2021; 47(6): 404-410 Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359321000605>.
4. Huerta et al. Impacto de la hipertensión arterial en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Journal of Negative and No Positive Results. 2023; 8(2): 542-563 Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/4806>.
5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles; 2024 Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
6. Moreno; Báez. Factores y riesgos psicosociales formas consecuencias medidas y buenas prácticas; 2010 Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales%2C+formas%2C+consecuencias%2C+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas>.
7. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. World Health Organization. 2019; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
8. Anguiano et al. Prevalence of anxiety and depression in hospitalized patients. Eureka. 2018; Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>.
9. St-Onge et al. Sleep duration and quality Impact on lifestyle behaviors and cardiometabolic health. Circulation. 2016; 134(18): e367-e386 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5567876/>.
10. Guerrero et al. El impacto en la salud mental por complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor en la última década en Latinoamérica. Reincisol. 2024; 3(6): 6283-6298.
11. Diez-Canseco et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. 2014. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2014; 31(1): 131-136.

12. Sierra JC; Ortega V; Zubeidat I. Ansiedad angustia y estrés tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 2024; 3(1): 10-59 Disponible en: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* American Psychiatric Publishing: Arlington VA; 2013 Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
14. Seguro Social de Salud. Más de 182 mil personas fueron diagnosticadas por trastornos de ansiedad este año a nivel nacional. *EsSalud*. 2024; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/992249-essalud-mas-de-182-mil-personas-fueron-diagnosticadas-por-trastornos-de-ansiedad-este-ano-a-nivel-nacional>.
15. Soto. Día de la Salud Mental en nueve meses se reportaron en Perú más de medio millón de casos de ansiedad y depresión. *Infobae*. 2023; Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2023/10/10/dia-de-la-salud-mental-en-nueve-meses-se-reportaron-en-peru-mas-de-medio-millon-de-casos-de-ansiedad-y-depresion/>.
16. Jessee L. Anxiety Disorders: A Review of Neurobiological Structures Anxiety Disorders: A Review of Neurobiological Structures Neurocognitive Expressions and Treatment Options Neurocognitive Expressions and Treatment Options. *The BYU Undergraduate Journal of Psychology Intuition*. 2019; 14(2): 13 Disponible en: <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1417&context=intuition>.
17. Stein MB, Stein DJ. Anxiety disorders. *Lancet*. 2018; 392(10162): 1112-1125 Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32090-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32090-4/fulltext).
18. Chávez et al. Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS ISR-5HT). *Salud mental*. 2008; 31(4): 307-319 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400008.
19. Torres A. Neurotransmisores *Kenhub*; 2023 Disponible en: <https://www.kenhub.com/es/library/fisiologia/neurotransmisores>.
20. Coelho et al. Síntomas de Ansiedad y Factores Asociados en los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Cogitare Enfermagem*. 2022; 27: e79739 Disponible en: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v27/2176-9133-cenf-27-e79739.pdf>.

21. Asociación Peruana de Déficit de Atención. La ansiedad y su tratamiento cognitivo conductual. 2025; Disponible en: <https://www.deficitdeatencionperu.com/la-ansiedad-y-su-tratamiento-cognitivo-conductual/>.
22. Boletín de la Academia Nacional de Medicina. El trastorno de ansiedad generalizada. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2013; 56(4): 53–55 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009.
23. National Institute of Mental Health (NIMH). What is Depression? 2022; Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>.
24. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. 2018; 29(3): 182 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009.
25. Kheirbek et al. The role of the hippocampus in depression. Nat Rev Neurosci. 2017; 18(9): 585-600 Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrn.2017.78>.
26. Kendler et al. Stressful life events genetic liability and the onset of depression: a longitudinal study. Psychol Med. 2018; 48(3): 399-406 Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/stressful-life-events-genetic-liability-and-the-onset-of-depression-a-longitudinal-study/2112EAFEB1D9EFC0ACDFE9A03D6C3D1>.
27. Raison et al. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. Trends in Immunology. 2006; 27(1): 24–31 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471490605002887#:~:text=Increasing%20amounts%20of%20data%20suggest%20chemokines%20and%20cellular%20adhesion%20molecules>.
28. Eisch; Petrik. Depression and Hippocampal Neurogenesis: A Road to Remission? Science. 2012; 338(6103): 72–75 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3756889/#:~:text=The%20neurogenic%20hypothesis%20of%20depression%20quickly%20became%20popular%20due%20to%20lead%20to%20a%20smaller%20hippocampus>.
29. Lopez S. Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos de ansiedad somáticos cognitivos y conductuales. Semergen: revista española de medicina de

- familia. 2006;(2): 11-15 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908115>.
30. Vergel; Barrera. Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Revista Médica de Risaralda. 2021; 27 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100085.
31. Schoenfeld. Neurobiology of anxiety and stress disorders. Neurosci Lett. 2019; 711: 134378.
32. Ministerio de Salud del Perú. Estrés afecta a más del 30% de limeños; 2004 Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/43525-estres-afecta-a-mas-del-30-de-limenos>.
33. Smith; Vale. The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2006; 8(4): 383–95 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3181830/>.
34. Forster et al. The Role of the Amygdala in Anxiety Disorders IntechOpen; 2012 Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/41589>.
35. Joëls et al. Stress-induced changes in hippocampal function. Progress in Brain Research. 2008; 167: 3–15 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18037003/>.
36. Brunoni et al. The impact of stress on neurotransmitter function in the brain: Implications for depression. J Affect Disord. 2021; 283: 28-36 Disponible en: <https://www.journals.elsevier.com/journal-of-affective-disorders>.
37. Wang et al. Neurogenesis and stress response in depression. Nat Rev Neurosci. 2020; 21(2): 71-82 Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41583-019-0255-2>.
38. Cohen et al. Stress and neuroplasticity: Implications for anxiety and mood disorders. Biol Psychiatry. 2021; 89(4): 313-21 Disponible en: <https://www.journals.elsevier.com/biological-psychiatry>.
39. National Institute of Mental Health (NIMH). Anxiety disorders. 2024; Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>.
40. Macías et al. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe. 2013; 30(1): 123-145 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>.

41. Santos. Hipertensión arterial; 2002 Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap12.pdf.
42. American Heart Association. Estilo de Vida + Reducción de Factores de Riesgos. 2021; Disponible en: https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/what-is-highbloodpressure_span.pdf.
43. American Heart Association. How to measure blood pressure; 2024 Disponible en: <https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/high-blood->.
44. Trujillo Fernández R. Factores esenciales en la medición clínica de la tensión arterial. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2022; 13(4): 359–63 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000400007.
45. Lackland DT; Weber MA. Global burden of cardiovascular disease and stroke: hypertension at the core. Can J Cardiol. 2015; 31(5): 569-71 Disponible en: [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(15\)00074-2/fulltext](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(15)00074-2/fulltext).
46. Rodríguez. Hypertension in developing countries: genetics epidemiology and future directions. J Hum Hypertens. 2020; 34(7): 473-82 Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41371-020-0275-9>.
47. Hernández et al. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Revista Médica de Chile. 2005; 133(8) Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800005.
48. Grau et al. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Medicina Clínica. 2003; 120(10): 370–5 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-niveles-ansiedad-depresion-enfermos-hospitalizados-13044734>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. PAHO. 2023; Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.
50. Rosas et al. Depressive symptoms symptoms of insomnia and stressful events in hypertensive older adults: Cross-sectional study. Enfermería Clínica (English Edition). 2022; 32(3): 195–202 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35690430/>.
51. Regueiro A. Conceptos básicos: ¿Qué es el estrés y cómo nos afecta?; 2020 Disponible en: <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>.

52. Lana et al. Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Enferm Glob.* 2012; 20(4): 457–62 Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4768>.
53. Mayo Clinic. El estrés y la presión arterial alta: ¿cuál es la conexión? [Online].; 2024. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/stress-and-high-blood-pressure/art-20044190>.
54. Fernández C. El estrés en las enfermedades cardiovasculares. 2009; Disponible en: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap66.pdf.
55. Herrera et al. Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Revista eNeurobiología.* 2017; 8(17) Disponible en: <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/HTML.html>.
56. Arbués et al. Epidemiología y dietética. *Nutrición Hospitalaria Trabajo Original.* 2019; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n6/1699-5198-nh-36-6-1339.pdf>.
57. Flórez et al. Depresión y trastornos del sueño relacionados con hipertensión arterial: un estudio transversal en Medellín Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020; 49(2): 109–15 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000200109.
58. Conte et al. La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL.* 2020; 30(4): 313–23 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000400009&lang=es.
59. Molerio et al. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.* 2005; 43(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007.
60. Ortega et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2018; 16(3): 226–32 Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226.
61. Torres Y. Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud.* 2018; 16(2): 182–7 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/562/56255527001/html/>.
62. Velarde Acosta K. Asociación Entre Hipertensión Arterial y Síntomas Depresivos en Pacientes Atendidos en Consultorio Externo de Cardiología del Hospital III Goyeneche

Desde Febrero a Marzo 2019 - Arequipa: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2019 Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/1cb5ba06-bc3e-46d5-8473-e062d92af5a7>.

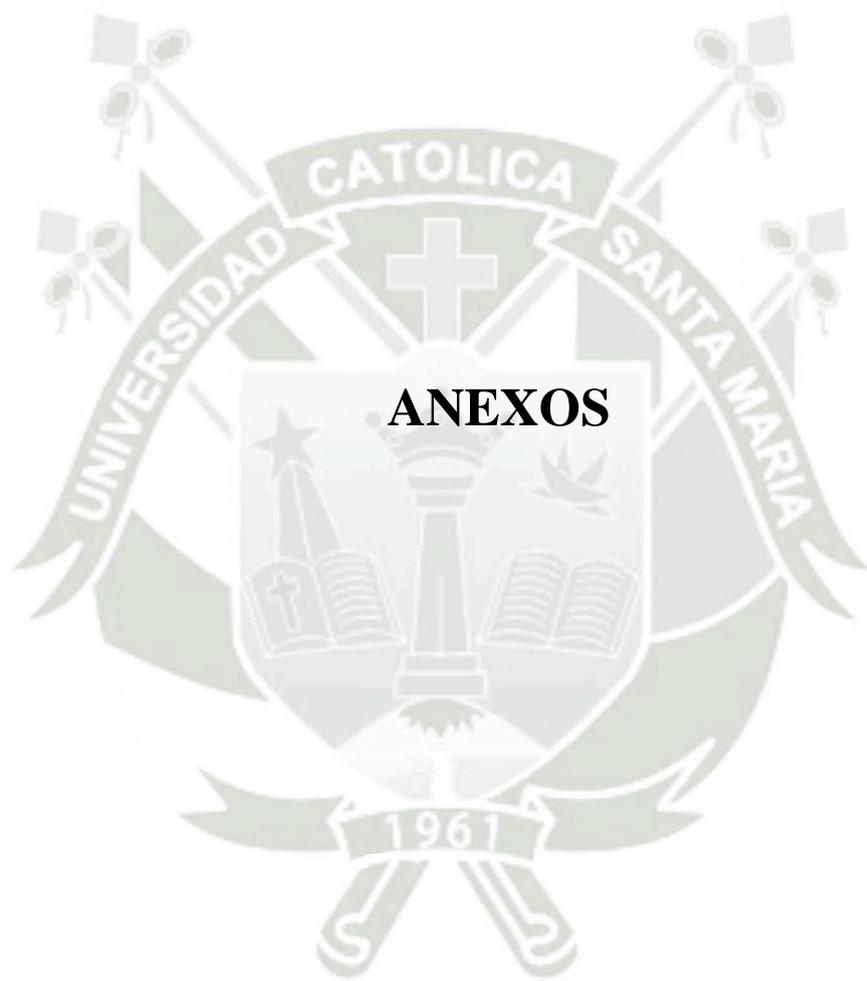
63. Valencia Perez M. Frecuencia de Síntomas de Ansiedad y Depresión y Medidas Antropométricas en Adultos Hipertensos de 07 Distritos de Arequipa Metropolitana 2014 Arequipa: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2019.
64. Carita Florez GP. Síntomas Depresivos en Enfermedades Médicas Crónicas en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche Febrero 2018: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2018.
65. Diaz Diaz T. Efecto del Tratamiento Psicoterapéutico en la Ansiedad y Depresión en Hipertensos del Hospital Antonio Lorena - Cusco: [Tesis para optar el grado academico de Doctor]; 2009.
66. Cruz Arteaga AE. Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa 2019: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2022.
67. Villarreal Zegarra D. Asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos: resultados de una encuesta poblacional en Perú: [Tesis para optar el grado academico de Maestro]; 2018.
68. Olabarrera R. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2020.
69. Mushtaq M, Najam N. Depression anxiety stress and demographic determinants of hypertension disease. Pak J Med Sci. 2014; 30(6): 1293-8 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4320718/>.
70. Jaén et al. Ansiedad depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada España. 2013; Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1889183713000731&r=7>.
71. Dauelsberg-Tannenbaum E; Cornejo-Leighton P. Perfil psicológico en sujetos con hipertensión arterial esencial. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2017; 55(3): 151-159 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000300151.

72. Acuña et al. Psychological and psychosocial findings in patients with primary arterial hypertension from a military health establishment in Cundinamarca. 2020; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10882/9950>.
73. Polo. Propiedades psicométricas de la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos de Chimbote: [Tesis para optar el Título Profesional de Psicología]; 2017 Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/10290/polo_mr.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
74. Contreras et al. Validez y confiabilidad de la DASS-21 en adolescentes de Lima. Rev Psicol. 2020; 38(1): 78-90 Disponible en: <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/2020.pdf>.
75. Aguilar et al. Nivel de ansiedad depresión y estrés en pacientes hospitalizados en medicina interna en comparación con los de cirugía. Medicina General y de Familia. 2020; 9(6): 269–74 Disponible en: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2020/12/MGYF2020_066.pdf.
76. Machaca; Valdivia. Prevalencia de depresión ansiedad estrés y de sus niveles asociados al tiempo de estancia hospitalaria en pacientes del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa febrero-marzo 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2024 Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a1c1a4fe-4d04-4b9a-9cf0-95d3cecfda02/content>.
77. Montalván. Factores asociados a los niveles de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital III Goyeneche Arequipa 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2021.
78. Ngoba et al. The prevalence of depression stress and anxiety symptoms in patients with chronic heart failure. International Journal of Mental Health Systems. 2021; 15(1) Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8114712/>.
79. Camapaza; Huamán. Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados a una baja calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea en el hospital Goyeneche 2021-2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2022.
80. Alca; Granda. Aplicación de la escala DASS-21 para valorar depresión ansiedad estrés y factores asociados en pacientes hospitalizados prequirúrgicos de cirugía general en el

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2024.

81. Zubeldia et al. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad valenciana. Rev Esp Salud Pública. 2016; 90: e1-e11 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100406.
82. Montesó; Aguilar. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. Atención Primaria. 2014; 46(3): 167–8 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-depresion-segun-edad-el-genero-S0212656713002199>.
83. Buenaño Barrionuevo L. Deterioro cognitivo depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores Cuenca 2014. Revista Universidad de Cuenca. 2019; 37(2) Disponible en: <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/2561cd5e-8615-4833-a1ab-e1a818cef0e2/content>.





ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con

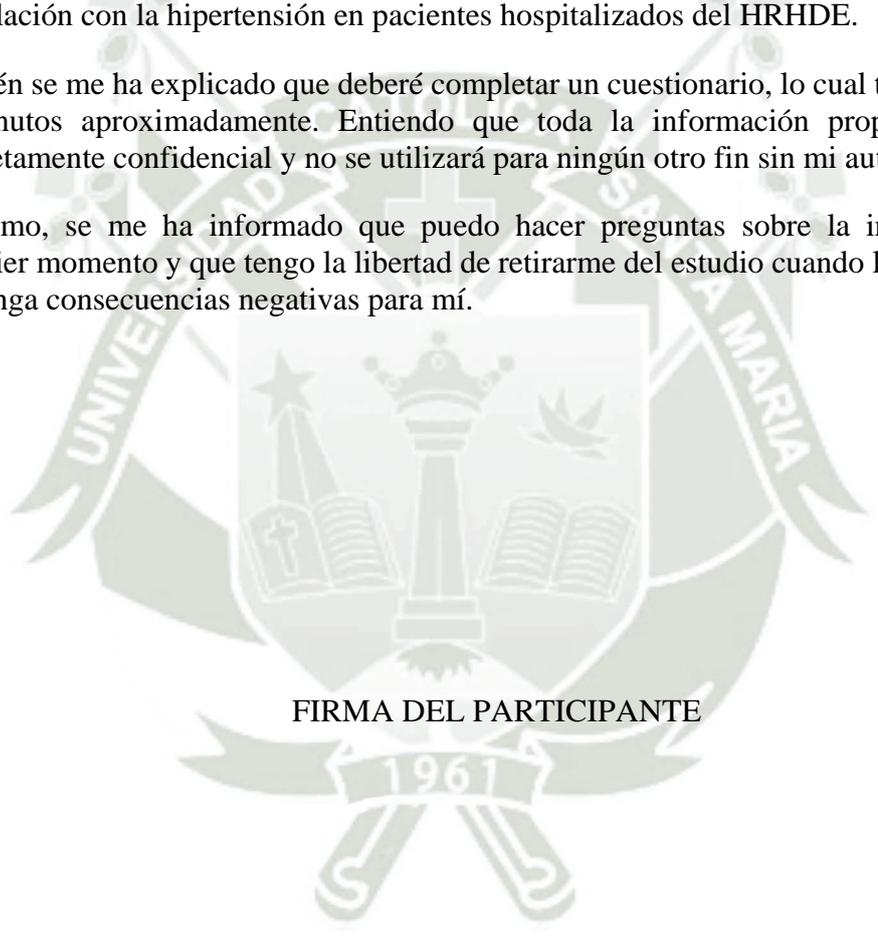
DNI

.....

Doy mi consentimiento para participar voluntariamente en esta investigación titulada "RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA EN UN HOSPITAL PÚBLICO, AREQUIPA" . Se me ha informado que el objetivo de este estudio es evaluar los niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con la hipertensión en pacientes hospitalizados del HRHDE.

También se me ha explicado que deberé completar un cuestionario, lo cual tomará entre 5 y 10 minutos aproximadamente. Entiendo que toda la información proporcionada será completamente confidencial y no se utilizará para ningún otro fin sin mi autorización.

Asimismo, se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que tengo la libertad de retirarme del estudio cuando lo desee, sin que esto tenga consecuencias negativas para mí.



FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título del estudio:

"RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA EN UN HOSPITAL PÚBLICO, AREQUIPA 2024"

Fecha:

1. Datos Generales del Paciente

• **Género:**

- Masculino
- Femenino

• **Edad:**

• **Diagnóstico de hipertensión arterial:**

- Sí no

2. Escala DASS-21

Instrucciones: A continuación, se presenta un resumen de los puntajes obtenidos en la escala DASS-21. Señale los niveles de depresión, ansiedad y estrés según el puntaje del paciente.

Depresión: (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21)

• **Puntaje:** _____

• **Clasificación:**

- Normal
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extremadamente severa

Ansiedad: (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20)

- **Puntaje:** _____
- **Clasificación:**
 - Normal
 - Leve
 - Moderada
 - Severa
 - Extremadamente severa

Estrés: (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18)

- **Puntaje:** _____
- **Clasificación:**
 - Normal
 - Leve
 - Moderada
 - Severa
 - Extremadamente severa

3. Observaciones adicionales (opcional):

Nota: Polo, (73).

ANEXO 3
CUESTIONARIO DASS-21

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

Ítem	Descripción	(0)	(1)	(2)	(3)
1	Me ha costado mucho descargar la tensión				
2	Me di cuenta que tenía la boca seca				
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4	Se me hizo difícil respirar				
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.				
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7	Sentí que mis manos temblaban				
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía				
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10	He sentido que no había nada que me ilusionara				
11	Me he sentido inquieto				
12	Se me hizo difícil relajarme				
13	Me sentí triste y deprimido				
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15	Sentí que estaba al punto de pánico				
16	No me pude entusiasmar por nada				
17	Sentí que valía muy poco como persona				
18	He tendido a sentirme enfadado con facilidad				
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.				
20	Tuve miedo sin razón				
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

Nota: Polo, (73).

ANEXO 4

DICTAMEN APROBATORIO DEL COMITÉ DE ÉTICA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 16 de enero de 2025

Investigadores Rosa Melgarejo Rodríguez
 Oscar Albano Del Mar Ramirez

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD ESTRÉS Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA EN UN HOSPITAL PÚBLICO, AREQUIPA 2024".

Investigadores: Rosa Melgarejo Rodríguez y Oscar Albano Del Mar Ramirez.

TIPO Y DISEÑO: De campo, descriptivo, de asociación simple, de corte transversal, no experimental, correlacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre la frecuencia de los niveles de ansiedad, depresión y estrés y la hipertensión arterial en pacientes internados en el servicio de medicina en un hospital público Arequipa 2024.

PROCEDIMIENTOS: Cuestionario, revisión de historias clínicas.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
023 - 2025



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM



ANEXO 5

APROBACIÓN DEL ESTUDIO POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"



Arequipa, 31 de enero del 2025

OFICIO N°69 - 2025-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DCD

Señor:
DR. ALEJANDRO MIRANDA PINTO
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA
PRESENTE.-

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REFERENCIA: EXPEDIENTE 4832350
OFICIO N°855-FMH-2024
OFICIO N°95-2025-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DM.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez; hacer de su conocimiento que el Departamento de Medicina y el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional Honorio Delgado opinan favorablemente para la realización del Trabajo de Investigación, según detalle.

N° EXPEDIENTE	N° DOCUMENTO	SOLICITANTE	MODALIDAD	GRADO A OBTENER	AREA/UNIDAD DE APLICACIÓN	UNIVERSIDAD	FACULTAD
4832350	7871777	OSCAR ALBANO DEL MAR RAMIREZ Y ROSA GABRIELA MELGAREJO RODRIGUEZ	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO	DEPARTAMENTO DE MEDICINA (HOSPITALIZACIÓN Y MEDICINA VARONES Y MUJERES)	UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA	FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Asimismo, debe cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas en el Hospital.

Además, al término de su proyecto debe entregar al Hospital - Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación (físico y virtual), y la tesis impresa.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,


CMN/AMML/rbh
C.c.Archivo.

Expediente: 4832350
Documento: 7895055


GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
César Domingo Molina Nuñez
Director General
CMF 21822 - RNE 9334

ANEXO 6
MATRIZ DE DATOS

Edad	Sexo	Complicaciones renales	Complicaciones cerebrovasculares	Complicaciones cardiacas	hipertensión	Tiempo estancia	Depresión	Nivel depresión	Ansiedad	Nivel de ansiedad	Estrés	Nivel de estrés
4	1	1	0	0	1	2	14	4	11	4	13	3
4	1	1	0	0	1	2	12	3	14	4	10	2
7	2	1	0	0	1	1	16	4	17	4	11	2
6	2	1	0	0	1	2	13	3	13	4	12	2
4	2	1	0	0	1	2	15	4	16	4	19	4
5	2	1	0	0	1	1	18	4	17	4	14	3
3	2	1	0	0	1	2	12	3	16	4	12	2
3	2	1	0	0	1	1	13	3	13	4	12	2
5	1	1	0	0	1	1	11	3	7	2	9	1
5	2	1	0	0	1	1	16	4	18	4	14	3
4	1	1	0	0	1	1	6	1	6	2	7	1
4	1	1	0	0	1	1	10	2	9	3	11	2
5	1	1	0	1	1	1	8	2	8	3	12	2
7	1	0	1	0	1	2	17	4	11	4	11	2
4	1	1	0	0	1	1	12	3	8	3	5	1
6	1	1	0	1	1	1	10	2	10	4	11	2
5	2	1	0	0	1	1	11	3	12	4	12	2
5	1	1	0	0	1	1	13	3	15	4	14	3
5	1	1	0	0	1	1	11	3	12	4	7	1
6	1	0	0	1	1	1	11	3	8	3	10	2
4	2	1	0	0	1	2	13	3	14	4	13	3
5	1	1	0	0	1	1	7	2	5	2	3	1
5	1	1	0	1	1	1	14	4	14	4	11	2
8	1	1	0	0	1	1	13	3	16	4	15	3
6	2	1	0	0	1	1	17	4	15	4	8	1
4	2	1	0	0	1	1	10	2	10	4	14	3
4	2	1	0	0	1	1	9	2	7	2	13	3
5	2	1	0	0	1	1	10	2	12	4	11	2
1	2	1	0	0	1	1	8	2	6	2	8	1
5	2	0	1	0	1	1	10	2	10	4	10	2
4	2	0	0	1	1	1	12	3	14	4	10	2
5	2	1	0	0	1	1	12	3	11	4	12	2
6	2	1	0	0	1	1	10	2	12	4	9	1
8	2	0	1	0	1	1	8	2	18	4	12	2
8	2	0	1	1	1	2	11	3	16	4	11	2
3	2	1	0	0	1	2	13	3	10	4	13	3
6	2	1	0	0	1	2	19	4	8	3	15	3
7	2	0	0	1	1	1	5	1	15	4	9	1
4	2	1	0	0	1	1	7	2	9	3	8	1
6	2	1	0	0	1	1	13	3	12	4	16	3
1	1	1	0	0	1	1	12	3	8	3	4	1
3	1	0	0	1	1	1	8	2	8	3	10	2
4	1	1	0	1	1	1	9	2	6	2	9	1
2	1	1	0	0	1	1	5	1	4	1	2	1
5	1	1	0	1	1	1	7	2	3	1	8	1

5	1	1	0	0	1	1	14	4	4	1	14	3
4	1	1	0	1	1	2	11	3	10	4	11	2
4	1	1	0	0	1	1	7	2	6	2	9	1
3	1	1	0	0	1	2	10	2	4	1	5	1
2	1	0	0	1	1	1	6	1	7	2	12	2
4	1	1	0	1	1	1	7	2	9	3	5	1
5	1	1	0	1	1	1	6	1	7	2	10	2
5	1	1	0	1	1	1	5	1	4	1	13	3
7	2	1	0	0	1	2	12	3	13	4	9	1
5	2	1	0	0	1	1	14	4	10	4	10	2
6	2	1	0	0	1	2	9	2	12	4	12	2
4	2	1	0	0	1	1	13	3	8	3	13	3
5	2	1	0	0	1	1	11	3	13	4	11	2
6	2	1	0	1	1	1	7	2	7	2	9	1
4	2	1	0	1	1	1	12	3	11	4	11	2
6	2	1	0	1	1	1	16	4	16	4	13	3
6	2	1	0	1	1	1	12	3	13	4	16	3
3	2	0	0	1	1	1	10	2	6	2	10	2
3	1	0	0	1	1	1	6	1	9	3	14	3
4	1	1	0	0	1	1	8	2	7	2	11	2
5	1	1	0	0	0	1	7	2	4	1	9	1
4	1	1	0	0	1	1	11	3	7	2	5	1
1	1	1	0	0	1	1	9	2	10	4	12	2
1	1	1	0	0	0	1	14	4	6	2	11	2
4	1	1	0	0	1	1	6	1	4	1	10	2
6	1	1	0	0	0	2	14	4	7	2	13	3
5	1	1	0	0	1	1	14	4	9	3	10	2
1	1	1	0	1	1	1	7	2	7	2	14	3
8	1	1	0	1	1	1	6	1	9	3	11	2
4	1	1	0	1	0	2	8	2	7	2	9	1
6	1	1	0	0	0	1	7	2	4	1	5	1
7	1	0	1	0	0	1	8	2	6	2	12	2
1	1	1	0	0	1	1	9	2	3	1	5	1
3	1	1	0	1	1	1	5	1	4	1	10	2
1	1	1	0	0	1	1	14	4	5	2	13	3
2	1	0	0	1	1	1	9	2	5	2	10	2
2	1	1	0	1	1	1	8	2	6	2	10	2
1	1	1	0	0	0	2	10	2	9	3	12	2
8	1	1	0	0	0	1	4	1	2	1	9	1
4	1	0	0	1	1	2	7	2	9	3	12	2
7	1	0	1	0	1	1	14	4	6	2	11	2
8	1	0	1	0	1	1	12	3	7	2	13	3
5	1	0	0	1	1	2	11	3	7	2	13	3
6	1	1	0	0	0	1	7	2	16	4	10	2
3	1	1	0	1	1	1	8	2	4	1	10	2
5	1	1	0	1	0	2	14	4	7	2	12	2
4	1	1	0	0	1	1	9	2	8	3	13	3
7	1	0	1	0	0	1	9	2	15	4	11	2
3	1	1	0	1	0	1	7	2	9	3	11	2
3	1	1	0	1	1	1	6	1	4	1	11	2
3	1	1	0	1	0	1	6	1	6	2	13	3
5	1	1	0	1	1	1	7	2	7	2	16	3

2	1	1	0	0	1	1	5	1	4	1	8	1
5	1	0	0	1	1	1	11	3	8	3	13	3
6	1	0	0	1	1	1	10	2	9	3	10	2
7	2	1	0	0	1	1	14	4	8	3	10	2
1	2	1	0	0	1	1	10	2	14	4	13	3
2	2	0	0	1	1	1	5	1	5	2	10	2
2	2	0	0	1	0	1	13	3	14	4	14	3
2	2	0	0	1	0	1	8	2	16	4	10	2
5	2	1	0	0	1	1	10	2	15	4	11	2
1	2	0	0	1	1	1	7	2	10	4	10	2
5	2	1	0	0	1	1	7	2	7	2	3	1
5	2	1	0	0	0	1	16	4	8	3	13	3
4	2	1	0	1	1	1	7	2	14	4	14	3
4	2	1	0	1	1	1	15	4	5	2	10	2
5	2	1	0	0	1	2	9	2	14	4	15	3
6	2	0	1	0	1	2	11	3	16	4	10	2
2	2	1	0	1	0	1	15	4	15	4	10	2
1	2	0	0	1	0	1	7	2	10	4	15	3
8	2	0	1	0	1	1	13	3	7	2	14	3
5	2	1	0	0	1	1	8	2	7	2	14	3
4	2	0	0	1	1	1	12	3	4	1	6	1
4	2	1	0	1	1	1	7	2	13	4	10	2
4	2	1	0	0	1	1	9	2	10	4	10	2
5	2	0	1	0	0	1	11	3	12	4	13	3
6	2	1	0	1	0	1	8	2	8	3	12	2
6	2	1	0	0	1	1	7	2	13	4	13	3
7	2	0	1	0	0	1	10	2	7	2	10	2
4	2	1	0	0	1	1	5	1	11	4	11	2
1	2	1	0	0	1	1	16	4	16	4	12	2
6	2	1	0	1	1	1	14	4	13	4	19	4
3	2	1	0	0	1	1	8	2	6	2	14	3
3	2	1	0	0	1	1	6	1	7	2	12	2
4	2	1	0	0	0	1	9	2	7	2	12	2
4	2	0	0	1	1	1	12	3	5	2	9	1
6	2	1	0	0	1	2	7	2	11	4	14	3
5	2	1	0	1	1	2	7	2	4	1	7	1
8	2	0	1	0	0	1	15	4	14	4	11	2
4	2	1	0	1	1	2	13	3	3	1	12	2
4	2	1	0	0	1	1	7	2	4	1	11	2
5	2	1	0	0	1	1	7	2	5	2	13	3
4	2	1	0	1	1	1	8	2	5	2	14	3
6	2	1	0	1	1	1	7	2	9	3	8	1
5	2	1	0	1	0	2	8	2	5	2	8	1
1	2	1	0	0	0	1	4	1	4	1	5	1
2	2	0	1	0	0	1	8	2	12	4	6	1
2	2	0	0	1	0	1	5	1		1	10	2
2	2	1	0	0	0	2	6	1	14	4	9	1
2	2	1	0	0	1	1	10	2	7	2	10	2
3	2	1	0	0	1	1	10	2	7	2	6	1
3	2	1	0	0	1	1	5	1	9	3	10	2
3	2	0	0	1	0	1	7	2	4	1	13	3
3	2	1	0	1	0	2	10	2		1	13	3

4	2	1	0	0	1	1	8	2		1	8	1
4	2	0	0	1	0	1	9	2	8	3	8	1
4	2	1	0	0	1	1	10	2		1	9	1
4	2	1	0	0	1	2	6	1	9	3	10	2
5	2	1	0	0	0	2	6	1	4	1	8	1
5	2	0	0	1	0	2	5	1	6	2	9	1
5	2	1	0	1	1	2	11	3	7	2	10	2
5	2	0	1	0	0	1	7	2	6	2	8	1
6	2	1	0	0	1	1	6	1	8	3	13	3
6	2	1	0	1	1	1	8	2	9	3	5	1
6	2	1	0	0	1	2	5	1	4	1	13	3
6	2	1	0	0	0	2	14	4	8	3	14	3
7	2	1	0	0	0	2	4	1	4	1	6	1
7	2	1	0	1	1	2	9	2	8	3	15	3
7	2	0	0	1	1	1	13	3	8	3	14	3
7	2	1	0	1	1	1	12	3	12	4	8	1
8	2	0	1	0	1	2	12	3	16	4	10	2
1	2	0	0	1	0	2	5	1	4	1	5	1
1	2	1	0	0	1	1	5	1	4	1	4	1
1	2	1	0	0	1	2	6	1	5	2	5	1
1	2	0	0	1	0	1	6	1	4	1	14	3
1	2	1	0	1	0	1	10	2	7	2	9	1
1	2	1	0	0	1	1	5	1	7	2	5	1
2	2	1	0	0	1	2	5	1	5	2	10	2
2	2	1	0	1	1	1	9	2	3	1	10	2
2	2	0	0	1	1	2	8	2	4	1	15	3
5	2	1	0	1	1	2	12	3	14	4	14	3
2	2	1	0	0	1	2	5	1	3	1	14	3
3	2	1	0	0	0	1	3	1	4	1	6	1
3	2	0	0	1	0	1	6	1	5	2	10	2
3	2	1	0	0	1	1	6	1	5	2	10	2
3	2	1	0	0	1	1	7	2	6	2	13	3
1	2	1	0	0	1	1	8	2	9	3	6	1
3	2	0	1	0	0	2	11	3	2	1	9	1
4	2	1	0	1	1	2	9	2	9	3	13	3
4	2	1	0	0	1	2	10	2	6	2	10	2
4	2	0	1	0	1	2	5	1	7	2	9	1
4	2	1	0	0	1	2	9	2	7	2	8	1
4	2	1	0	0	1	2	7	2	16	4	10	2
4	2	1	0	1	0	2	6	1	7	2	15	3
5	2	1	0	0	1	1	7	2	6	2	10	2
5	2	1	0	0	1	2	10	2	8	3	10	2
5	2	1	0	0	0	2		1	2	1	14	3
5	2	1	0	0	1	2	9	2	8	3	8	1
5	2	1	0	0	1	2	6	1	7	2	10	2
5	2	1	0	0	0	1	3	1	4	1	5	1
6	2	0	1	0	1	2	13	3	7	2	10	2
6	2	0	0	1	1	2	6	1	9	3	14	3
6	2	1	0	0	1	1	6	1	7	2	12	2
6	2	0	0	1	1	2	8	2	9	3	8	1
6	2	1	0	1	1	1	7	2	14	4	12	2
6	2	1	0	0	1	1	11	3	6	2	9	1

7	2	1	0	1	1	1	14	4	16	4	10	2
7	1	1	0	0	1	1	10	2	4	1	8	1
6	1	1	0	1	1	2	9	2	6	2	10	2
5	1	1	0	0	0	1	10	2	16	4	11	2
7	2	1	0	0	1	2	13	3	5	2	12	2
5	2	1	0	0	1	2	6	1	6	2	11	2
3	1	1	0	1	0	1	5	1	4	1	11	2
5	2	1	0	0	1	1	7	2	7	2	12	2
7	1	1	0	0	1	2	8	2	16	4	8	1
8	1	0	0	1	1	1	13	3	14	4	13	3
6	1	1	0	1	1	1	14	4	7	2	10	2
4	1	1	0	1	0	1	10	2	6	2	12	2
5	2	1	0	0	1	1	12	3	6	2	9	1
2	2	0	0	1	0	1	5	1	4	1	10	2
8	1	1	0	0	1	1	13	3	15	4	14	3
4	2	1	0	0	1	1	10	2	8	3	11	2
2	2	1	0	1	1	1	8	2	7	2	10	2
3	2	1	0	0	0	1	13	3	7	2	11	2
4	2	1	0	1	0	1	8	2	10	4	10	2
2	2	0	0	1	1	1	13	3	15	4	18	4
5	1	0	0	1	1	1	15	4	7	2	13	3
5	1	1	0	1	0	1	5	1	9	3	11	2
4	1	1	0	0	0	1	12	3	7	2	10	2
2	2	1	0	0	1	1	6	1	4	1	11	2
4	2			1	0	1	15	4	16	4	14	3