

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Tesis

Ansiedad Estado - Rasgo en pacientes hipertensos que acuden a consulta  
externa en un Hospital General 2018

Para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autora: Bachiller Jackeline Lara Orbegoso

Asesora: Mg. Ethel Camarena Jorge

Lima - Perú

2019

## **DEDICATORIA**

Le doy gracias a Dios por cuidarme y guiarme en mi camino.

A mi papá le doy gracias por todo el amor y cariño que me dio. A mi mamá por darme amor, por enseñarme a ser yo misma, por sus consejos y por el apoyo constante para lograr mí sueño.

## **AGRADECIMIENTO**

- ✓ A todas los pacientes que padecen de hipertensión del Hospital Arzobispo Loayza que participaron en el trabajo de investigación
- ✓ A todos mis profesores que contribuyeron en la formación académica durante mi formación del pre grado. Así como a mi asesora, que gracias a su tiempo, asesoría y dedicación logré culminar mi trabajo de investigación.

	<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
Portada		
Título		
Dedicatoria		ii
Agradecimiento		iii
Índice (general, tablas y figuras)		vii
Resumen		ix
Abstract		xi
Introducción		xiii
<b>CAPITULO I. Planteamiento del problema</b>		
1.1	Descripción de la realidad problemática	16
1.2	Formulación del Problema	
1.2.1	Problema General	21
1.2.2	Problemas Específicos	21
1.3	Objetivos de la Investigación	22
1.3.1	Objetivo general	22
1.3.2	Objetivos específicos	22
1.4.	Justificación de la Investigación	23
<b>CAPITULO II. Marco teórico</b>		
2.1.	Antecedentes de la Investigación	25
2.1.1	Tesis Internacionales	25
2.1.2	Tesis Nacionales	29
2.2	Bases Teóricas	32
2.2.1	Ansiedad	32

2.2.1.1	Enfoque de la Personalidad: Primeras Teorías	
	Rasgo Estado	32
2.2.1.2	Enfoque de la Personalidad	34
2.2.1.3	Enfoque Teoría Rasgo Estado Spielberger	34
2.2.1.4	Enfoque Experimental Motivacional	43
2.2.1.5	Línea Psicométrico Factorial	43
2.2.1.6	Línea Cognitiva Conductual	46
2.2.2	Hipertensión arterial	47
2.2.2.1	Hipertensión arterial	47
2.2.2.2	Hipertensión y emociones	53
2.2.2.3	Emociones negativas e hipertensión	53
2.2.2.4	Ansiedad estado rasgo e hipertensión	61
2.3	Definición Conceptuales	63
<b>CAPÍTULO III. Metodología</b>		
3.1	Tipo de Investigación	65
3.2	Diseño de Investigación	66
3.3	Población y Muestra	66
3.4	Variables de Estudio	68
3.5	Técnicas de recolección de datos	68
3.6	Procedimiento de Recolección de Datos	72
3.7	Técnicas Estadísticas de Análisis de Datos	73
3.8	Aspectos Éticos	73

## **CAPÍTULO IV. Presentación y análisis de los resultados**

4.1	Presentación, procesamiento de resultados	74
4.2	Análisis descriptivo	74
4.3	Discusión y análisis de los resultados	85

## **CAPÍTULO V. Conclusiones y recomendaciones**

5.1	Conclusiones	88
5.2	Recomendaciones	88

Referencias Bibliográficas

Anexos

Consentimiento Informado

Matriz de Consistencia

## Índice de tablas

Tabla 1:	Niveles de ansiedad estado de los pacientes hipertensos	75
Tabla 2:	Niveles de ansiedad rasgo de los pacientes hipertensos	76
Tabla 3:	Nivel de ansiedad estado sexo femenino	77
Tabla 4:	Nivel de ansiedad estado sexo masculino	78
Tabla 5:	Nivel de ansiedad rasgo sexo femenino	79
Tabla 6:	Nivel de ansiedad rasgo sexo masculino	80
Tabla 7:	Nivel de ansiedad estado con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años.	81
Tabla 8:	Nivel de ansiedad estado con un tiempo de enfermedad de más 5 años.	82
Tabla 9:	Nivel de ansiedad rasgo con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años.	83
Tabla 10:	Nivel de ansiedad rasgo con un tiempo de enfermedad de más 5 años.	84

## Índice de figuras

Figura 1:	Niveles de ansiedad estado de los pacientes hipertensos	75
Figura 2:	Niveles de ansiedad rasgo de los pacientes hipertensos	76
Figura 3:	Nivel de ansiedad estado sexo femenino	77
Figura 4:	Nivel de ansiedad estado sexo masculino	78
Figura 5:	Nivel de ansiedad rasgo sexo femenino	79
Figura 6:	Nivel de ansiedad rasgo sexo masculino	80
Figura 7:	Nivel de ansiedad estado con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años.	81
Figura 8:	Nivel de ansiedad estado con un tiempo de enfermedad de más 5 años.	82
Figura 9:	Nivel de ansiedad rasgo con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años.	83
Figura10:	Nivel de ansiedad rasgo con un tiempo de enfermedad de más 5 años.	84



## Resumen

El objetivo de la presente investigación reporta los resultados de los niveles de ansiedad Estado – Rasgo de los pacientes hipertensos que acuden a consulta de cardiología en un hospital nacional de Lima.

El estudio es una investigación de tipo descriptiva y el diseño utilizado fue descriptivo, transversal. La muestra es de 100 pacientes se les administro. El inventario de ansiedad Estado –Rasgo

Con respecto a los resultados se ha encontrado que de acuerdo a la **ansiedad estado** un 25% de los pacientes hipertensos presenta un nivel de ansiedad estado alto. En relación a la **ansiedad rasgo** un 23% de los pacientes presenta un nivel de ansiedad rasgo alto.

En relación de la presencia de ansiedad de acuerdo al sexo las mujeres presentan un 30% de ansiedad estado alto, asimismo un 25 % de ansiedad rasgo alto. Con respecto a los varones presentan un 50% de ansiedad estado alto, asimismo un 33% de ansiedad rasgo alto.

Con respecto a la presencia de ansiedad y el tiempo de enfermedad, en la **ansiedad estado** en los pacientes que tienen de un año hasta 5 años de enfermedad, un 15% presentan un nivel alto de ansiedad. Los pacientes que tienen más de 5 años de enfermedad un 24% presenta un nivel alto de ansiedad. En relación a la **ansiedad rasgo**, los que tienen de un año hasta 5 años de enfermedad un 14% presenta un nivel alto, mientras que los que tienen más de 5 años de enfermedad presentan un 31% de ansiedad alto.

De acuerdo a los resultados observamos que los niveles de ansiedad estado en todas las variables estudiadas se presenta más significativa, ello nos da a entender que los pacientes perciben la situación de inicio o desarrollo de la

enfermedad, como una situación amenazante, ya que por ser una enfermedad crónica y la presencia de modificaciones en los hábitos alimenticios y estado de vida le genera mayor presencia de ansiedad.

**Palabras clave:** Ansiedad Estado –Ansiedad Rasgo, paciente, hipertensión, tiempo de enfermedad.

## Abstract

The objective of the present investigation reports the results of state - trait anxiety levels of hypertensive patients attending a cardiology clinic in a national hospital in Lima.

The study is a descriptive research and the design used was descriptive, transversal. The sample is 100 patients were administered. The Inventory of Anxiety State-Risk

With regard to the results it has been found that according to anxiety state 25% of hypertensive patients have a high level of anxiety state. In relation to trait anxiety, 23% of patients have a high trait anxiety level.

In relation to the presence of anxiety according to sex, women have 30% high anxiety state, as well as 25% high trait anxiety. With respect to males, they have a high anxiety level of 50%, and a high trait anxiety of 33%.

With respect to the presence of anxiety and the time of illness, in the anxiety state in patients who have from one year to 5 years of illness, 15% have a high level of anxiety. Patients who have more than 5 years of disease, 24% have a high level of anxiety. In relation to trait anxiety, those who have one year to 5 years of illness 14% have a high level, while those who have more than 5 years of disease have a 31% high anxiety.

According to the results, we observed that the levels of state anxiety in all the variables studied are more significant, this gives us to understand that patients perceive the situation of onset or development of the disease, as a threatening situation, since by being a chronic disease and the presence of changes in eating habits and life status generates a greater presence of anxiety.

**Keywords:** Anxiety State -Anxiety Trait, patient, hypertension, time of illness.

## Introducción

La presente investigación surge en la interacción directa realizada en la atención psicológica a los pacientes que acuden al programa de control de la presión arterial, todas aquellas complicaciones derivadas a la enfermedad hipertensiva tienen gran importancia por su alta incidencia sino también como factor de riesgo.

Se ha postulado que la ansiedad y el estrés es el origen de un gran número de enfermedades, tanto de orden psicológico como físico. Dentro de ellas se encuentra la Hipertensión Arterial, considerada como el enemigo oculto, dadas las implicaciones que el riesgo conlleva, reflejado en el resultado de las estadísticas que muestran que una gran cantidad de pacientes padecen de complicaciones cardio-cerebrovasculares. Además, se suma la alta incidencia que los estados de ansiedad, derivados del estrés, tienen repercusión en la Hipertensión Arterial (HTA) (Fernández, 2002).

En el área de la Psicología de la Salud se toma en cuenta el papel de los factores psicosociales en la génesis y evolución de Hipertensión arterial (HTA) que requiere la urgencia de contar con los equipos multidisciplinarios encargados de la atención de los pacientes hipertensos para proporcionarles una atención integral (Amigo, 1998)

Actualmente se realizan grandes esfuerzos dirigidos a su prevención, control y tratamiento, para lo cual se requiere de estrategias de acción multidisciplinarias. En este sentido resulta de gran importancia el reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en la Hipertensión arterial

Los avances de la psiconeuroinmunología muestran que el estrés y las reacciones emocionales como la ansiedad, la ira o la tristeza presentan correlatos

psicofisiológicos que son el resultado de complejos mecanismos, que bajo la influencia del sistema nervioso afectan a los diferentes órganos y sistemas (Tobal, 1984). En esta línea investigativa, numerosos estudios muestran la relación entre factores emocionales y los denominados trastornos psicofisiológicos; dentro de ellos la hipertensión arterial ha sido uno de los más estudiados. Diversas investigaciones tratan de encontrar un perfil psicológico del paciente hipertenso; sin embargo, el rol que se pueda atribuir a las variables psicológicas en el desarrollo y / o mantenimiento de la HTA está incompleto en la medida que los resultados de las investigaciones no permiten tener en cuenta si la variable es causa o consecuencia de la enfermedad (Amigo, 1998).

En este sentido toda la evidencia experimental que permita tener un concepto de personalidad hipertensiva resultaría incompleta y estaría limitada por las diversas características de la muestra y por las propias limitaciones de las técnicas empleadas (Amigo, 1998). No obstante, las limitaciones expuestas las variables que más se han estudiado vinculadas a la hipertensión son: el patrón de comportamiento tipo A, la ansiedad, la depresión y más recientemente la ira. Las investigaciones que han estudiado la relación entre hipertensión y ansiedad han aportado datos no muy precisos. Se parte del supuesto de que los individuos con ansiedad tienen mayor probabilidad de experimentar estados de ansiedad, lo cual implicaría una activación psicofisiológica más frecuente y por tanto mayor probabilidad de padecer trastornos hipertensivos. Esta hipótesis ha sido confirmada por diversos estudios en los que se han comparado sujetos normales e hipertensos (Miguel -Tobal, 1984).

La Hipertensión arterial (HTA), por tanto, genera en nuestra sociedad un impacto en la salud, económico y social de magnitudes incalculables, que sólo podrá ser

reducido si avanzamos en la prevención, el diagnóstico correcto, en el tratamiento adecuado y en el control óptimo de la presión arterial de todos los pacientes hipertensos.

Nuestra investigación está relacionada con la evaluación del grupo de pacientes hipertensos a quienes se le ha aplicado un instrumento psicológico para conocer cuál es el nivel de ansiedad Estado Rasgo en los pacientes que acuden a consulta externa en el servicio de cardiología de un hospital general de Lima.

Nuestro estudio está estructurado por los siguientes capítulos:

Capítulo 1 denominado el Planteamiento del problema, que considera aspectos de la realidad problemática, formulación de la pregunta de investigación, objetivos y justificación.

Capítulo 2 El marco teórico, que incluye los antecedentes, base teórica, definición de términos y variables.

El Capítulo 3, está constituido por la metodología que se aplicó en la investigación para lograr el desarrollo de los objetivos.

Capítulo 4, está conformado por el análisis e interpretación de los resultados y discusión, de los mismos.

Capítulo 5 corresponde a las conclusiones y recomendaciones.

# **CAPITULO I**

## **Planteamiento del problema**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

La hipertensión arterial tiene una especial importancia por el lugar que ocupa en las tasas de morbilidad y mortalidad del país, y por estar asociada con el estrés y el estilo de vida, como moduladores psicosociales, determina la inclusión del psicólogo en el grupo multidisciplinario de factores de riesgo coronario como es la ansiedad. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del círculo arterial es elevada. Esta afección trae como consecuencia el daño progresivo de diversos órganos del cuerpo, así como el esfuerzo adicional del corazón para bombear sangre a través de los vasos sanguíneos.

La hipertensión arterial afectó al 18,6% de la población de 15 y más años de edad En el año 2017, la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más años de edad fue de 18,6%, cifra superior en 1,0 punto porcentual a la observada en el año 2016. La provincia de Lima (22,4%), la Provincia Constitucional del Callao (20,6%) y Tacna (20,3%) presentaron los mayores porcentajes de personas con hipertensión arterial. INEI (2018)

Nuestra investigación permitirá conocer la realidad de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial que acuden al hospital Arzobispo Loayza, y poder evaluar los niveles de la ansiedad estado rasgo, en este sentido nos interesa saber si los pacientes presentan ansiedad como un rasgo inherente a la estructura de su

personalidad, o una ansiedad estado asociado al tiempo en que aparece la enfermedad y ha desarrollado un estado momentáneo asociado a su enfermedad. A nivel mundial existe una incidencia desde el punto de vista epidemiológico que la hipertensión arterial o HTA es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo, afectando al 26% de la población adulta, lo que representa 1000 millones de personas en todo el mundo. Como es bien conocido, la prevalencia aumenta con la edad, por lo que se estima que con el envejecimiento de la población en el 2025 la hipertensión arterial afectará aproximadamente a 1500 millones de personas. OMS (2013)

A pesar de ser un factor de riesgo fácilmente detectable y, fácilmente modificable con las medidas psicoeducativas y los fármacos disponibles, hoy en día, sólo se consigue un control adecuado de la hipertensión arterial en menos de un tercio de los pacientes en países desarrollados.

La prevalencia de la hipertensión arterial en España se estima en torno a un 35%, aunque llega a un 40% en edades medias y al 68% en mayores de 65 años, afectando a más de 10 millones de personas. OMS (2013)

Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión (tensión arterial elevada). La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo y, puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas.

Este nuevo documento de la OMS de información sobre la hipertensión en el mundo busca contribuir a los esfuerzos de todos los Estados Miembros para



elaborar y aplicar políticas dirigidas a reducir la mortalidad y la discapacidad que causan las enfermedades no transmisibles. La prevención y el control de la hipertensión son piedras angulares para ello. OMS (2013)

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, la mortalidad total por cardiopatía isquémica, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (OMS (2013)

La epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú ha sido preocupación permanente de los investigadores peruanos, los que han realizado múltiples estudios en las distintas ciudades del país, con resultados variados, diferentes e inconsistentes, por haberse realizado en lugares y en grupos poblacionales distintos, aplicando metodología y criterios de definición diversos.

La hipertensión arterial ha sufrido cambios en su definición, de acuerdo a los sucesivos Reportes del Comité Nacional Conjunto, tanto en Estados Unidos como en Europa, criterios que son aplicados en la mayoría de los estudios epidemiológicos del mundo.

El Perú es un país geográficamente accidentado, con sus tres regiones costa, sierra y selva. En la sierra, las ciudades están situadas a diferentes alturas sobre el nivel del mar. En cada región, las costumbres de trabajo, alimentación, educación y cultura son diferentes, lo que influye en los factores

de riesgo cardiovascular. Agustí (2006). Al componente socio cultural y al incremento de la población habría que agregar los cambios biológicos por la altura y la predisposición genética.

En el Perú, en las últimas décadas han acontecido importantes cambios en la distribución de la población, con un incremento acelerado, básicamente por una gran migración del campo a la ciudad, de la región andina a la costa, de rural y agrícola a grandes concentraciones urbanas, en busca de mejores niveles de vida, ello conlleva a que de acuerdo a su tipo de ocupación o trabajo, carencia de recursos básicos, apoyo familiar, generen estados de tensión o ansiedad que puede desencadenar en un problema de salud como es la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial afecta la calidad de vida y la supervivencia de la población, por lo que constituye es un reto importante para la salud pública. Ya que, para realizar un tratamiento adecuado, es necesario determinar la prevalencia, el tratamiento y control de la hipertensión arterial. Debemos tener en cuenta la diversidad geográfica, en las diferentes ciudades de las 3 regiones del país, los cambios climáticos y altitudinales pueden afectar la salud de las personas, lo que permitirá conocer la realidad nacional y poder aplicar medidas de prevención, acciones que es competencia de los organismos de Salud Pública del Estado. Agustí (2006)

La hipertensión arterial en el Perú afecta aproximadamente al 25% de la población de 18 años de edad a más y la mitad de ellos desconoce tener esta enfermedad, siendo esta una situación preocupante si consideramos que esta

enfermedad es la principal causa de accidentes cerebrovasculares infarto de miocardio y otros problemas cardiovasculares. Carrión (2019)

Agregó que “hasta hace tres décadas esta enfermedad se presentaba más en personas mayores de 50 años de edad, pero en la actualidad se diagnostica en adultos e inclusive en jóvenes, debido a cambios en el estilo de vida que hace que la población joven este expuesta más tempranamente a factores de riesgo que llevan a desarrollar hipertensión”. Carrión (2019)

“Por este motivo también se ven problemas cardiovasculares a consecuencia de la hipertensión en personas de 40 años e incluso de menor edad”, sostuvo Carrión quien informó que una persona es considerada hipertensa cuando de manera constante presenta niveles de presión sanguínea por encima de 140/90 mmHg. Carrión (2019)

La mayoría de los casos de hipertensión arterial no tienen una causa específica, sin embargo, se sabe que el riesgo de padecerla aumenta si hay factores asociados como: sobrepeso, obesidad, consumo de sal en exceso, diabetes, falta de actividad física, edad o antecedentes familiares. Debido a que no da síntomas muchas personas afectadas no saben que son hipertensas y son diagnosticadas cuando presentan problemas cardiovasculares, insuficiencia renal, daño ocular u otra complicación. Perú informa (2019) pag.5.

“Es por ello recomendable que toda persona de 18 o más años de edad mida su presión sanguínea al menos una vez al año a fin de prevenir o detectar tempranamente la hipertensión y de ser necesario recibir tratamiento

para reducir el riesgo de presentar complicaciones”, dijo Carrión (2019), tras precisar que en la persona hipertensa la adherencia al tratamiento de esta enfermedad crónica no es muy alta.

El presidente de la Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial añadió que tanto las personas que ya tienen diagnóstico de hipertensión como aquellas que no deben controlar su presión arterial independientemente de tener o no alguna molestia, están propensas a sufrir de esta enfermedad.

En este sentido de acuerdo al concepto de ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, es decir las personas reaccionan de una manera muy particular y de acuerdo a esta respuesta perciben las diversas situaciones como amenazantes, generando un mayor o menor grado de ansiedad (Spielberg y Guerrero, 1975).

De acuerdo con Gordon (2003). Citado en Zavala-Rodríguez (2009)

*Gordon (2003) “La ansiedad es un vago sentimiento de incomodidad cuyo origen es a menudo inespecífico o desconocido para el individuo; este autor la categoriza en tres niveles: leve, moderado y severo, según el aumento del grado de alerta asociado con la expectativa de una amenaza que puede ser hacia el estado de salud, la posición socioeconómica, el desempeño del rol, el autoconcepto, los patrones de interacción o el entorno”. (7)*

Durante el año de Internado en el Hospital General se pudo observar que en el departamento cardiología, la ansiedad se manifiesta cuando no hay una adecuada estrategia de afronte para los diversos síntomas en la etapa de la enfermedad cardíaca. Esto quiere decir que, de acuerdo a las situaciones

amenazantes en su entorno inmediato, problemas económicos, estrés laboral o de diversa índole, contribuye a que estas situaciones condiciones generen la aparición de los síntomas propios de la hipertensión, no existiendo un rasgo predispuesto en la personalidad asociado a la hipertensión.

En la actualidad se realizan importantes esfuerzos dirigidos a su prevención, control y tratamiento, para lo cual se requiere de estrategias de acción multidisciplinarias. En este sentido resulta de gran importancia el reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en el estudio de los pacientes que padecen de enfermedad cardiaca.

## **1.2 Formulación del problema de investigación**

### **1.2.1 Problema general**

Con la presente investigación, intentamos resolver la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de ansiedad estado - rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

¿Cuál es el nivel de Ansiedad Estado en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al sexo?

¿Cuál es el nivel de Ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al tiempo de enfermedad?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Conocer el nivel de ansiedad estado - rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Describir niveles de Ansiedad Estado en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general.

Identificar los niveles de Ansiedad Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general.

Describir los niveles de Ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al sexo.

Identificar los niveles de Ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al tiempo de enfermedad.

#### **1.4 Justificación de la Investigación**

El estudio desde el punto de vista psicológico pretende ampliar la información sobre la ansiedad estado - rasgo para comprender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes hipertensos, ya como sabemos la ansiedad es un factor influyente en los pacientes hipertensos, los resultados de la evaluación de los niveles de la ansiedad estado rasgo, van hacer de mucha importancia ya que nos interesa saber si los pacientes presentan ansiedad como un rasgo inherente a la estructura de su personalidad, o una ansiedad estado asociado al tiempo en que aparece la enfermedad y ha desarrollado un estado momentáneo asociado a su enfermedad, todo ello es importante conocer para tomar las medidas preventivas tanto para los pacientes como para los familiares y tratar de impartir la psicoeducación necesaria.

Es un aporte para los especialistas del área de la psicología clínica y de la salud, porque brinda información relevante científica ya que los resultados proporcionan a los médicos y psicólogos datos importantes para comprender mejor que los aspectos psicológicos influyen de manera significativa en los pacientes hipertensos, que permita tomar decisiones a nivel de prevención de la salud integral, así como mejorar la calidad de vida

de los pacientes hipertensos, lo cual repercute no solamente en lo individual sino también a nivel familiar y laboral.

En este sentido, es importante explorar los aspectos psicológicos más importantes de los pacientes hipertensos que asisten a los servicios médicos durante su etapa de enfermedad, ya que la asistencia médica no solo realiza tratamiento farmacológico, sino que la asistencia sea integral tanto físico, psicológico y social.

Finalmente, de acuerdo a los resultados de esta investigación se busca incrementar el interés en los profesionales de la salud en conocer los síntomas ansiosos y estresantes que influyen significativamente en la aparición de la hipertensión y propiciar un tratamiento psicológico adecuado, para manejar y recuperar a los pacientes que padecen de hipertensión arterial



## CAPITULO II

### Marco teórico

#### 2.1 Antecedentes de estudios sobre el tema de Investigación

##### 2.1.1 Tesis internacionales.

Rodríguez (2018) En su estudio titulado “***Estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial***”, realizó la investigación con el objetivo de determinar el nivel de estrés, emociones negativas y modos de afrontamiento en adultos medios con hipertensión arterial esencial del consultorio 1 del Área V del municipio Cienfuegos. Cuba.

Se utilizó un método de estudio descriptivo efectuado en el consultorio 1 del Área V de salud del municipio Cienfuegos, en el período comprendido entre enero-marzo de 2014. La selección de la muestra se realizó de forma probabilística, se utilizó un muestreo bietápico y aleatorio simple, por lo que quedó conformada por 30 pacientes hipertensos esenciales comprendidos en las edades de 40 a 60 años. El sexo, color de la piel, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, nivel de estrés, vulnerabilidad y modos de afrontamiento al estrés, ansiedad y depresión constituyeron las variables del estudio. Se realizó una entrevista de datos generales y se aplicaron las pruebas de evaluación psicológica: Escala para valorar el nivel de estrés, Cuestionario de vulnerabilidad al estrés, Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés, Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y el Inventario de depresión de Beck.

Los indicadores demográficos señalan el predominio del sexo femenino, el color de la piel blanca, como nivel de escolaridad el medio superior, estado civil casados y ocupación profesional. Resultaron ser altos los niveles y la vulnerabilidad al estrés. Utilizaron como modos de afrontamiento la confrontación y el apoyo social. La ansiedad rasgo-estado que predominó fue media y aunque presentaron síntomas depresivos, la depresión no caracterizó a la mayoría de los pacientes. Fueron las mujeres, amas de casa, técnicos y profesionales quienes presentaron mayores niveles de estrés. No hubo distinción en cuanto a sexo y ocupación con el nivel de ansiedad. Conclusión: los pacientes hipertensos presentaron elevado estrés, moderada ansiedad y en menor medida depresión.

Rodríguez, Llapur y González (2015) En su estudio titulado **“Factores psicológicos de riesgo en adolescentes hipertensos esenciales”**. Incidió sobre los diversos factores de riesgo (genéticos, medioambientales y psicosociales), en la hipertensión arterial en adolescentes. Propone profundizar en la incidencia de los factores psicológicos, dentro de ellos, las emociones negativas, asociadas a la hipertensión.

El estudio tiene como objetivo conocer el comportamiento de los factores psicológicos de riesgo para la hipertensión arterial en un grupo de adolescentes. El estudio es de tipo descriptivo y transversal en adolescentes atendidos por hipertensión arterial en el periodo de enero a julio de 2013, en el Hospital Pediátrico Centro Habana, que estuvieron

comprendidos entre los 12 y 18 años, y que no tuvieron de base ninguna enfermedad renal, cardiovascular o psicológica.

Se aplicaron a todos estos pacientes entrevista psicológica, pruebas de exploración de estados emocionales (para la ansiedad, Idaren; y para los conflictos, Rotter y Composición), además del instrumento Dembo Rubinsteins, que exploró autovaloración en cuanto a la tolerancia a la frustración, el control de los impulsos, la empatía, el optimismo y la persistencia ante las tareas.

De acuerdo a los resultados se constató en la mayoría del grupo estudiado, ansiedad como estado en un nivel alto, conflictos fundamentalmente en el área familiar, social, escolar y personal; así como problemas en el control de las emociones.

Concluye que existe, en los adolescentes hipertensos estudiados, factores de riesgo psicológicos, en el área afectivo motivacional, que pueden incidir en el inicio y evolución de la enfermedad.

Pinduisaca y Guano (2015) realizaron un estudio titulado "*La personalidad como factor a la hipertensión esencial en pacientes de la asociación de diabéticos e hipertensos en Pastaza, período marzo - agosto 2014*". En el Ecuador existe un alto índice de personas que padecen trastornos cardiovasculares, destacando a la hipertensión arterial como el primer factor de muerte en el país, cuyas causas no están delimitadas en forma exacta, considerando en la investigación, la personalidad como influencia en el desarrollo de la hipertensión arterial. Estableciendo así el interés en la investigación a identificar los patrones

clínicos de personalidad que influyen en el desarrollo de la patología hipertensiva. Así mismo relacionar los patrones clínicos con la hipertensión arterial y mediante la psicoeducación sensibilizar la influencia de la personalidad en la patología. El método clínico, psicométrico y la aplicación del test de personalidad de Theodore Millon, se identificó el patrón clínico de personalidad influyente en el desarrollo de la patología cardiovascular, obteniendo como resultado que: el patrón clínico evitativo, esquizoide y agresivo sádico tienen influencia del 20% cada uno, respectivamente en la hipertensión arterial. Confirmando la hipótesis planteada: “El patrón clínico de personalidad evitativo influye en el desarrollo de la hipertensión arterial esencial en los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos en Pastaza”. Concluyendo que la personalidad influye de forma directa en la hipertensión arterial esencial y determinando que el estado emocional de las personas incide notablemente en su bienestar, específicamente en las mujeres, debido a su estructura psicológica. Con los resultados obtenidos se desarrollaron cinco talleres psicoeducativos para brindar un aporte a la sociedad y la salud pública.

Guillén (2014) en su investigación titulada “*Diferencias entre pacientes con ansiedad y población general mediante STAI. Meta-Análisis de comparación de grupos y generalización de la fiabilidad en Granada*”. Cuyo objetivo fue determinar si el STAI tiene puntuaciones superiores en pacientes diagnosticados con ansiedad respecto a población general. Los resultados mostraron que en la comparación entre grupos en la ansiedad estado las diferencias fueron

estadísticamente significativas ( $d=139$ ; IC95%: 122-1,56) En la ansiedad rasgo fue  $d=1,74$  (IC 95%: 1.56-1.91). Además de ello, la fiabilidad para pacientes con algún trastorno de ansiedad abarcó de 0.87 a 0.93.

Concluyendo que el STAI es sensible al nivel de ansiedad de la persona y fiable para muestras de pacientes diagnosticados con crisis de angustia, fobia específica, fobia social generalizada, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés post-traumático, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno por estrés agudo.

**2.1.2 A nivel Nacional.** Entre las que se consideraron relevantes para esta investigación fueron las siguientes:

Morón, N (2018) en su estudio titulado ***“Factores de riesgo y prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso atendido en el puesto de salud venta baja Ica, enero 2017”***.

El estudio se realizó con pacientes adultos hipertensos atendidos en el Puesto de Salud La Venta Baja Ica. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo y prácticas de autocuidado. El tipo de estudio fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y corte transversal, se consideró una población de 65 pacientes de los cuales se tomó en cuenta un muestreo no probabilístico de 50 pacientes hipertensos.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta para ambas variables y como instrumento un cuestionario diseñado con preguntas de opción múltiple para los factores de riesgo y cuestionario en escala de Likert para el autocuidado, ambos previamente validado por juicio

de expertos (0.031) cuya confiabilidad fue demostrada a través del coeficiente Alfa de Cronbach (0.81)

De acuerdo a los resultados los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial son predominantes, el consumo de cigarrillos 64%, los no modificables son predominantes de la hipertensión como la edad con un 72%. Por otro lado, las prácticas de autocuidado fueron inadecuadas en las siguientes dimensiones: nutrición 88%, actividad física 52%, responsabilidad y salud 86% y manejo del estrés 90% sin embargo respecto al soporte interpersonal fueron adecuadas en 62% alcanzando globalmente 52% inadecuadas.

Las conclusiones determinan que los factores de riesgo de la hipertensión arterial fueron predominantes y las prácticas de autocuidado fueron inadecuadas en los pacientes hipertensos atendidos en el Puesto de Salud La Venta Baja Ica, enero - 2017.

Sandoval (2015) Realizo un trabajo de investigación doctoral donde reporta los resultados de la Percepción de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos. Investigación de tipo descriptiva y diseño utilizado fue descriptiva, transversal, correlacional. Se tomó una muestra no probabilística de 110 pacientes, a los cuales se les administró la encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad hipertensiva, factores de riesgo relacionados con la enfermedad hipertensiva, y la escala de calidad de vida de Olson.

Los datos fueron organizados y sistematizados, mediante un análisis estadístico aplicándose la prueba de coeficiente de correlación

de Pearson, con un nivel de significancia de 0.05. Los resultados indican que existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. De igual forma, relación directa entre las dimensiones: amigos, vida familiar y hogar, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad; dimensiones: bienestar económico, vecindario y comunidad de la calidad de vida, y los factores de riesgo; conocimiento de la enfermedad: tratamiento y calidad de vida; y conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud y los factores de riesgo

Jara (2016) Factores de riesgo cardiovasculares relacionados con hipertensión arterial esencial en mayores de 40 años en Centro de Salud Ciudad de Dios – Pacasmayo, tiene como objetivo de la presente investigación ha sido determinar qué factores de riesgo cardiovascular están relacionados con la hipertensión arterial esencial en personas mayores de 40 años en el centro del ministerio de salud Ciudad de Dios provincia de Pacasmayo-La Libertad de Enero 2014-Diciembre 2015; la población de estudio estuvo constituida por todas las historias clínicas de personas mayores de 40 años del centro de salud con o sin diagnóstico de hipertensión arterial esencial determinándose una muestra de 32 casos y 64 controles. Es una investigación analítica retrospectiva de casos y controles, donde se determinó que existe una relación causal entre los factores de riesgo cardiovasculares que son

tabaquismo, diabetes e hipercolesterolemia con hipertensión arterial esencial.

En el presente estudio se ha encontrado que el factor de riesgo cardiovascular diabetes tiene un OR:4,25 p:0,002 (1,64<IC<11,00),hipercolesterolemia con un OR: 6,11 p: 0,000 (2,27<IC<16,42),tabaquismo con un OR: 3,69 p: 0,007 (1,39<IC<9,81) los cuales muestra asociación significativa con hipertensión arterial esencial; además se encontró que el tener obesidad y diabetes (OR: 14,54 p: 0,002 (1,67<IC<126,9)) y obesidad e hipercolesterolemia (OR:17,64 p:0,000 (2,06<IC<150,82)) mostraron un riesgo más alto de desarrollo de hipertensión arterial esencial respecto a los casos con un solo factor de riesgo .

## 2.2 Bases Teóricas

### 2.2.1 Ansiedad

**2.2.1.1 Enfoque de la Personalidad: Primeras teorías Rasgo-Estado.** Un primer intento sistemático para distinguir la diferencia entre ansiedad rasgo y ansiedad estado fue realizado por Cattell y Scheier (1958, 1961), Citado por Casado (1994), desde un enfoque psicométrico-factorial.

En esta primera teoría rasgo-estado, se define

*“El rasgo de ansiedad como la disposición interna o la tendencia temperamental que tiene un individuo a reaccionar de forma ansiosa, independientemente de la situación en que se encuentre” en Casado (1994, p.11)*



Esta ansiedad rasgo se basa en las diferencias individuales, relativamente estables, en cuanto a la propensión a la ansiedad. Desde esta perspectiva, la ansiedad sería un factor de personalidad. Frente al rasgo, Cattell defiende el estado de ansiedad como una condición o un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo. En el estado de ansiedad se dan cambios fisiológicos tales como aumento de la presión sistólica, aumento del ritmo cardíaco, aumento del ritmo respiratorio, descenso del pH salivar. Estos cambios, según Cattell, distinguen el estado de ansiedad de otros patrones de respuesta asociados al esfuerzo, al miedo. En esta primera distinción rasgo-estado de Cattell, ambos factores no son excluyentes ni opuestos, sino que cada sujeto tiene un rasgo propio de ansiedad que, en función de las situaciones (variables situacionales) y del propio organismo (variables orgánicas), fluctúa como estado. En cualquier caso, el concepto fundamental de la teoría de Cattell es el de rasgo, pero sin olvidar los procesos motivacionales que él denomina “rasgos dinámicos”.

Esta primera formulación tuvo una gran repercusión en la formulación de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger, Citado por Casado (1994) autor que ha desarrollado una de las teorías de mayor difusión en el campo de la ansiedad.

En el segundo periodo que hemos delimitado a partir de la década de los años 60 se caracteriza por la aparición de una serie de cambios que revolucionarán el concepto de ansiedad: aportaciones desde el enfoque de la personalidad, modificación de la concepción unitaria de la ansiedad y la relevancia dada a las variables cognitivas.

**2.2.1.2 Enfoque de la personalidad.** Desde la perspectiva de la ansiedad en el campo de la personalidad señalaremos tres de las aportaciones más relevantes: el desarrollo de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger, las aportaciones de las Teorías Situacionistas y la aparición de las Teorías Interactivas.

**2.2.1.3 Teoría Rasgo-Estado de Spielberger.** Según esta teoría la respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo.

Hasta entonces la ansiedad había sido conceptualizada como un rasgo de personalidad. Las teorías de rasgo concebían éste como una disposición interna o tendencia del organismo a reaccionar de forma ansiosa con una cierta independencia de la situación en que se encuentra el sujeto.

Tras la primera formulación de Cattell, Spielberger desarrollará su Teoría Rasgo-Estado, llamada a ser la de mayor difusión en el campo de la ansiedad.

Spielberger (citado por Casado,1994). Sostiene que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, así como diferenciar entre estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados. Según este autor:

*“El estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en*

*intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo". (pag.21)*

### **Desarrollo en plenitud de las teorías rasgo-estado de la mano de Spielberger**

Uno de los principales representantes de las teorías rasgo-estado de mayor difusión y repercusión en la literatura psicológica y en el avance y desarrollo de teorías que expliquen el origen, evolución y mantenimiento de la respuesta de ansiedad es Spielberger (1966, 1972), quién partiendo de una postura cercana a las teorías de rasgo, se ha ido acercando progresivamente hacia posiciones más interactivas (Spielberger, 1977). Citado en Navlet (2012)

Desde el enfoque psicométrico-factorial que caracteriza la investigación de rasgos que definen la personalidad, Cattell (1957) sería el primero en medir e identificar el constructo ansiedad, entendiéndolo de dos formas diferentes: "bien como la repercusión afectiva de la incertidumbre respecto al refuerzo o bien como algo específicamente asociado al motivo de miedo resultante de la privación de cualquier motivo". En su obra El significado y medida del neuroticismo y la ansiedad (Cattell y Sheier, 1961), a estas dos formas de la ansiedad se las denomina ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Citado en Navlet (2012)

Lo más innovador de esta teoría es que no sólo define la ansiedad en términos de rasgo de personalidad, sino que la asocia con procesos motivacionales poniendo el énfasis en los constructos de este tipo que denomina “rasgos dinámicos”. Así pues, la ansiedad es una supresión de la expresión del comportamiento que se combina paradójicamente con un incremento de la disposición dinámica (Cattell y Kline, 1982).

Spielberger, al igual que Cattell, distingue conceptual y operacionalmente entre ansiedad como estado transitorio y como rasgo de personalidad relativamente estable. Además, este autor en su teoría diferencia entre estados de ansiedad, estímulos condicionados, que provocan estos estados, y defensas para evitarlos y aliviarlos.

El proceso comienza por una valoración cognitiva por parte del individuo, de los estímulos externos e internos, si bien esta valoración estará mediatizada por el rasgo de ansiedad más o menos marcado que posea el sujeto. Así pues, aquellos sujetos que realicen una valoración en términos de peligro o amenaza, experimentarán un incremento de niveles de ansiedad o bien se desencadenarán una serie de mecanismos de defensa con el objeto de minimizar, reducir o eliminar el estado de ansiedad.

El rasgo de ansiedad hace referencia a la tendencia que tiene el individuo a reaccionar de forma ansiosa como resultado de una interpretación, peligrosa o amenazante de los estímulos o situaciones a las que se enfrenta. No obstante, existen diferencias

en cuanto al grado de ansiedad que una persona experimenta, puesto que en ella influyen tanto factores biológicos como aprendidos a los que se le añaden la experiencia. Así pues, nos encontramos con que una misma persona puede percibir un gran número de situaciones como amenazantes, por ejemplo: hablar en público, sentirse observado mientras realiza una tarea, etc. Por el contrario, otras situaciones o estímulo, como viajar en avión o en barco, las alturas, etc., no le desencadenan respuestas de ansiedad.

El estado de ansiedad hace referencia a un estado emocional transitorio o a una condición del organismo humano que varía en intensidad y duración. Se experimenta ante situaciones que el individuo percibe como amenazantes o peligrosas, y se caracteriza por ser subjetiva, por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo, lo que da lugar a una gran variedad de cambios fisiológicos o corporales.

Como señala Miguel-Tobal (1996), existe una estrecha relación entre rasgo y estado, de modo que un individuo con un alto rasgo de ansiedad tenderá a reaccionar más frecuentemente de forma ansiosa o con estados de ansiedad, siendo éstos generalmente más intensos y duraderos.

Para Spielberger (1989), las diferencias entre rasgo y estado consisten, por una parte, en la potenciación ligada al rasgo, frente a la actualización unida al estado. Así, “la ansiedad-estado será la combinación de sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo,

pensamientos molestos y preocupaciones, asociado todo ello a una elevada activación del organismo”. La “ansiedad-rasgo sería una disposición de la personalidad, tendencia o rasgo a percibir ciertas situaciones como amenazantes y responder a ellas con niveles elevados de ansiedad estado”. Navlet (2012)

La ansiedad estado conlleva cambios fisiológicos como “elevación de la frecuencia cardíaca, de la presión sanguínea, respiración intensa, rápida y superficial, dilatación de las pupilas, erección capilar, sequedad de boca e incremento de la transpiración”. La ansiedad rasgo no es directamente observable a través del comportamiento del individuo, sino que ha de “ser inferida a partir de la frecuencia con la que un individuo experimenta elevaciones en su ansiedad estado”. Así Spielberger (1989), sugirió una analogía “para conceptualizar la diferencia entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado sería a la ansiedad rasgo lo que la energía cinética a la energía potencial”. Dicho de otro modo, “la ansiedad estado es la energía cinética; una reacción que tiene lugar en un momento concreto con un determinado nivel de ansiedad”, mientras que la “ansiedad rasgo” sería “la energía potencial”, o “disposición latente para que ocurra una reacción si existen los estímulos apropiados”.

Spielberger, resume su teoría de la ansiedad rasgo-estado en los siguientes puntos:

- Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán un estado de ansiedad. A través de los

mecanismos de feedback sensorial y cognitivo, los niveles altos de ansiedad estado serán experimentados como displacenteros.

- La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo.

La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.

- Los individuos con niveles altos en cuanto a rasgo de ansiedad percibirán las situaciones que conllevan fracasos o amenazas para su autoestima, como más amenazantes que las personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad.

- Las elevaciones en estados de ansiedad pueden ser expresadas directamente en conducta, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de ansiedad.

- Las situaciones estresantes ocurridas frecuentemente pueden causar en el individuo un desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa psicológicos dirigidos a reducir o minimizar los estados de ansiedad. Navlet (2012)

Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger (1966) Citado por Casado (1994), de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación. El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición

para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad.

Por tanto, según la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger podemos hablar de los estados de ansiedad como un proceso temporal que comienza con la valoración, por parte del individuo de los estímulos, bien internos, bien externos, y sobre el que influirá el rasgo de ansiedad. Por ello, un individuo con marcado rasgo de ansiedad tenderá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función de si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes. Si los estímulos son valorados como no amenazantes no se llegará a dar reacción de ansiedad. En cambio, si los estímulos son valorados como amenazantes se dará un incremento en el estado de ansiedad, si bien el individuo podrá poner en marcha mecanismos (respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares) para reducir y/o eliminar el estado de ansiedad. Navlet (2012)

Las principales aportaciones de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Clarifica y profundiza en la distinción (ya sugerida por Cattell y Scheier, 1958, 1961) entre rasgo y estado de ansiedad, aportando una definición más precisa y operativa de ambos conceptos.



- El desarrollo de un instrumento de evaluación, el STA.I (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), Citado por Casado (1994). cuya utilidad es respaldada por el gran número de investigaciones, tanto básicas como aplicadas.
- Por otro lado, es importante resaltar la relevancia que se da en esta teoría a los procesos o variables cognitivas. La valoración cognitiva juega un papel importante en la evocación de un estado de ansiedad y, junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad.

Goldstein (1939) sostiene que *“la ansiedad es una amenaza al “self”, al concepto de sí mismo; la ansiedad es un momento del proceso por el cual organismo y mundo son transformados continuamente”*. Citado en (Domblás 2016, p 26) R.B.

Sullivan (1953) Conceptualiza la ansiedad como la percepción de una evaluación negativa por parte de personas significativas en nuestras vidas. Citado en (Domblás 2016, p 27) R.B.

Basowitz, Persky, Korchin y Grinlcer (1955), Definen la ansiedad como la experiencia consciente y relatable de miedo intenso junto con un presentimiento, siendo ésta una experiencia subjetiva y sin relación con una amenaza externa. Citado en (Domblás 2016, p 27) R.B.

Epstein (1967), Citado por Casado (1994) *La ansiedad es un estado de impulso emocional que aparece tras la percepción de un peligro, como una situación de miedo sin resolver o como un estado de arousal no dirigido a la percepción de amenaza.* Citado en (Domblás 2016, p 27) *R.B.*

Y, siguiendo el recorrido, se llega al siglo XX, donde la literatura médica juega un papel importante en el año 1911 a través de la utilización del término estrés de un modo figurado, en una conferencia de divulgación por parte de Walter B. Cannon que, algunos años después, en 1932 describe la “homeostasis”, es decir la capacidad que tiene todo organismo para mantener un constante equilibrio interno (equilibrio orgánico). Más tarde, a partir del año 1936, Selye (citado por Casado, 1994) se convierte en el autor protagonista durante las siguientes cuatro décadas.

En 1946 introduce el síndrome general de adaptación, en 1956 desarrolla los conceptos eustrés (eustress) y distrés (distress), el primero se refiere al estrés bueno o que produce resultados positivos o constructivos y el segundo se refiere al estrés perturbador o “malo”. En 1976 hace posible que el concepto estrés sea primordial desde la Psicología y la Medicina.

Selye (1956, citado por Casado 1994), introduce el término estrés para referirse a la suma de cambios generales o inespecíficos que suceden en el organismo en respuesta a determinadas condiciones estimulares o situacionales. Tras el planteamiento inicial de Selye, el origen del concepto estrés fue diseñado de un modo estrictamente médico. Sin embargo, el concepto actual de estrés al uso en Psicología de la Salud es el resultado

de la posterior psicologización del concepto original, llevada a cabo en primera instancia por Lazarus. Citado por Casado, (1994) y algo después por Masson. Citado por Casado, (1994)

**2.2.1.4 Enfoque experimental motivacional.** Se constituye un esfuerzo al realizar un estudio experimental a partir de diversas manifestaciones según la Teoría de Hull (1921, 1943, 1952) Citado por Casado (1994). y larga serie de autores han querido considerar la ansiedad como un drive motivacional, responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. Así Dollard y Miller (1950), Spence y Taylor (1953) y Spence y Spence (1966). Citado por Casado (1994). Estos últimos autores suponen una relación entre la ansiedad causada por la prueba y el grado de dificultad de la tarea a ejecutar, de manera que una respuesta condicionada sencilla es aprendida con mayor facilidad por aquellos sujetos que tienen un nivel de ansiedad alto o se encuentran muy sensibles a los problemas emocionales mientras que aquellos con nivel de ansiedad es menor, encuentran mayor dificultad en aprender la tarea.

#### **2.2.1.5 Línea psicométrico factorial.**

Debemos a Raimond Cattell el primer intento sistemático de medir e identificar el constructo ansiedad. El procedimiento multifactorial utilizado por este autor se encuentra ampliamente expuesto en muchos de sus trabajos, especialmente Cattell (1972-1973). Citado por De Ansorena, y Col. (1983).

Cattell y Scheier, citado por De Ansorena, Cobo y Romero, (1983) en su obra, destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado se encuentra caracterizado por la aparición de una serie de respuestas altamente correlacionadas definen los autores anteriormente citados han denominado la ansiedad.

Cuando la ansiedad estado se hace consistente a lo largo del tiempo conforma lo que Cattell denomina “ansiedad rasgo” y se constituye en uno de los factores integrantes de la personalidad del sujeto.

En un ciclo de conferencias dictadas a la Universidad de Vanderbilt George Peabody Collage, más tarde recogidas en sus trabajos “Ansiedad y Conducta” (Spielberger, citado por De Ansorena, et al.1983). Fundamenta las bases de su teoría del “estado rasgo-proceso”.

Por un lado, Spielberger insiste en la necesidad de clarificar las relaciones existentes entre estos tres conceptos: la primera, la ansiedad como estado, la segunda, la ansiedad como un estado complejo que incluye el miedo y stress” y tercero, la ansiedad como un factor de riesgo de personalidad. Para Spielberger el “stress” queda reducido a las condiciones estimulares que desencadenan la ansiedad. Así mismo, las estrategias cognitivas aprendidas para reducir la ansiedad, deben distinguirse claramente de esta.

Existe también una distinción clara entre el estado, rasgo y el proceso en que consiste la ansiedad. Por último, es erróneo pensar

que la ansiedad es un todo unitario. ¿Qué es entonces la ansiedad? La ansiedad es un proceso, es decir, una secuencia compleja de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales evocada por unas formas de “stress”. Los estímulos pueden ser interpretados cognitivamente potencialmente peligrosos, elevándose, entonces, el nivel de ansiedad estado que consiste en aquellos sentimientos percibidos conscientemente, subjetivos, de tensión, aprensión y nerviosismo, acompañados de activación del Sistema Nervioso Autónomo y Endocrino. Al elevarse el estado de ansiedad, se producen operaciones cognitivas y conductuales que tienden a disminuir el nivel de ansiedad estado, y que pueden ser tres tipos:

- a) Reinterpretación del estímulo.
- b) Evitación de la situación.
- c) Emisión de conductas y/o “mecanismos de defensa” que tiendan a reducir la ansiedad estado.

De este modo Spielberger, sitúa el tercer componente de su modelo: ansiedad rasgo. Esta es conceptualizada como aquellas diferencias individuales estables en la tendencia a interpretar como “peligrosas” un alto espectro de situaciones y a responder a ellas con elevaciones de ansiedad estado. La intensidad y duración de la ansiedad estado son función de tres elementos:

- a. Percepción cognitiva de la amenaza.
- b. Persistencia de la estimulación.
- c. Experiencia anterior en situaciones similares. (Spielberger, citado por De Ansorena, et al.1983).

### 2.2.1.6. Línea cognitiva conductual:

*“Esta línea conductual está centrada en determinar las relaciones específicas existentes que desencadenan respuestas de ansiedad, tales respuestas y su mantenimiento, es decir, las teorías se han desarrollado desde el campo conductual”.* Endler y Hunt (citado por De Ansorena, et al 1983). *proponen su modelo de ansiedad de interacción persona por situación. Estos autores Insisten en la necesidad de especificar la interacción entre los rasgos personales que definen la ansiedad y situaciones específicas en que tal ansiedad se manifiesta en orden a predecir o modificar determinada.*

A tal fin, Endler, Hunt y Rosenstein citado por De Ansorena, et al (1983) construyeron el S-R I A (Inventario de Ansiedad Estímulo Respuesta), cuestionario que pretende medir el rasgo-multidimensional- ansiedad integrado por tres componentes:

1. Ansiedad interpersonal
2. Ansiedad ante el peligro físico
3. Ansiedad en situaciones ambiguas

La investigación de Endler y Hunt citado por De Ansorena, et al (1983), así como otras posteriores que han demostrado *“que ante una situación ansiógena, la interacción de la persona con la situación, explica mayor parte de la varianza de la ansiedad total que la situación en sí o diferencias individuales. El tema de ansiedad ha sido sustituido por la investigación de las “conductas ansiosas” que, desde el paradigma de la teoría del aprendizaje, pueden considerarse como producto de una situación estimular antecedente en la que se*

*encuentra un sujeto y que consisten en una serie de manifestaciones a nivel cognitivo, fisiológico y motor que son mantenidas o extinguidas en función de las consecuencias o refuerzos que reportan a ese mismo sujeto". Citado por De Ansorena, et al (1983)*

## **2.2.2 Hipertensión Arterial**

### **2.2.2.1 Definiciones de hipertensión**

Según la OMS (2013) La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre.

Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardíaca. OMS (2013)

- Hipertensión arterial: es un nivel mantenido de la presión arterial (PA) sistó-diastólica igual o superior a 140/90 mmHg, respectivamente,

tomada en condiciones apropiadas en por lo menos tres lecturas de preferencia en tres días diferentes o cuando la PA inicial sea muy elevada y/o cuando el paciente presente cifras normales bajo tratamiento antihipertensivo. Sellén y Barroso (2009)

- HTA por monitoreo ambulatorio de la PA (MAPA): cuando el 50 % o más de las tomas de PA durante el día son  $> 135/85$ , durante la noche mayor de  $120/75$  y en las 24 horas  $> 130/80$  mmHg.

- Carga de PA: es el porcentaje de tomas o registros por encima de cierto nivel. Se ha observado que el 10 % de los normotensos tienen cifras mayores de  $140/90$  mmHg durante el día y que el 35 % - 40 % de los hipertensos, cifras menores de la misma.

- HTA de bata blanca: se denominó a las personas con PA normales en el domicilio y elevadas en consulta. Pickering la halló en un 20 %. Sellén y Barroso (2009)

- Pseudo HTA: medición incorrecta de la PA que da lugar a un diagnóstico erróneo. Ejemplo manguito pequeño para circunferencia braquial mayor y en ancianos con rigidez arterial.

- HTA sistólica aislada (HTASA): es la PA sistólica mayor o igual  $140$  mmHg y una diastólica menor de  $90$  mmHg. Alcanza su mayor frecuencia después de los 65 años.

- HTA dipper y no-dipper: *O'Brien* y otros, describieron en un grupo de hipertensos un patrón de la PA que no desciende durante el reposo



nocturno y lo llamaron no-dipper a diferencia del dipper en que hay el mayor descenso de la PA durante la fase del sueño.

- Paciente controlado: PA < 140/90 mmHg durante un año en por lo menos cuatro tomas o adecuadas para su correspondiente grupo de riesgo.

- HTA acelerada o maligna: es la forma más grave de HTA. Se asocia a necrosis arteriolar en el riñón y otros órganos. Los pacientes presentan retinopatía grado III y IV y fallecen antes de los dos años posteriores al diagnóstico. Es frecuente la presencia de hemorragias y exudados retinianos con papiledema o sin él (retinopatía III y IV), lo cual es su signo clínico más significativo. Este hallazgo en pacientes jóvenes obliga a estudiar una génesis vasculorrenal. El 50 % reconoce como causa a la HTA esencial y el resto a las secundarias. El 10 % de los sujetos con HTA maligna están asintomáticos en el momento del diagnóstico, y una medida práctica como realizar un fondo de ojo evitaría el subregistro. Sellén y Barroso (2009)

- HTA refractaria o resistente: es aquella que no se logra reducir a menos de 140/90 mmHg con un régimen adecuado de tres drogas, en dosis máxima siendo una de ellas un diurético. Estos pacientes deben estar bajo una observación correcta, haber descartado causas secundarias, pseudo-HTA y haber presentado cifras superiores a 180/115 mmHg antes del tratamiento. Un régimen adecuado de tratamiento anti-hipertensivo incluye un diurético más dos de los siguientes fármacos: beta bloqueador u otro antiadrenérgico, vaso-

dilatadores directos, anticálcicos e inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de la angiotensina-II (ARA-II). Sellén y Barroso (2009)

La hipertensión arterial (HTA) constituye un reconocido problema de salud, tanto por su elevada frecuencia, por las consecuencias y discapacidades que provoca, así como por su repercusión en la mortalidad. Sin embargo, en pocas ocasiones en la historia de la medicina han existido tantos malos entendidos y errores, como en la historia de la HTA, por lo que aún en nuestros días, no parece fácil determinar, de manera inequívoca, quienes son realmente hipertensos y quienes no, en una comunidad, o en la atención médica individual a una persona, en un momento dado. Espinoza (2018)

Además, es difícil, también, mantener un adecuado y estable control de los que ya se consideran como hipertensos. Se conoce hoy que, aunque la HTA es mucho más que tener cifras elevadas de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) por encima de los valores que se consideren como “normales” -incluso cuando se siguen todas las recomendaciones para la medición adecuada de la PA y evitar falsos positivos y falsos negativos-, sin embargo, la elevación de las cifras de presión arterial (PA) constituyen un aspecto crucial de su diagnóstico, seguimiento y control.

Pero, estas cifras son variables cuantitativas de distribución continua, y como prácticamente todas las variables fisiológicas, la determinación de sus valores en la población muestran una curva de distribución normal (la famosa campana de Gauss), por lo que

realmente no existe una barrera definida entre la que se pudiera considerar como una presión arterial “normal” y una presión arterial “alta”. Los límites (cifras) a partir de los cuales se ha considerado a una persona como hipertensa siempre han sido artificiales, arbitrarios, en ocasiones ambiguos, y se han sustentado, sobre todo, en criterios estadísticos, de pronóstico, de expertos y operativos. Espinoza (2018)

Estos criterios han estado generalmente basados en los niveles de riesgo cardiovascular, de nuevo a partir de opiniones de expertos y de diversas investigaciones. Es así que las cifras que se han adoptado como criterios de HTA se han ido modificando en el transcurso del tiempo, según los conocimientos, las evidencias disponibles y las opiniones predominantes en cada momento y lugar pues, como se expresaba, la barrera entre lo normal y lo patológico siempre será artificial, al igual que todas las dicotomías simplistas que se apliquen al complejo proceso de salud/enfermedad del ser humano. En otras palabras, una persona puede haber sido clasificada como hipertensa (o no) -incluso por el mismo médico-, en dependencia de la época en que se ha atendido, de las condiciones y el número de las tomas de la presión arterial que se le ha realizado, además de contar, como uno de los factores más importantes, con los diferentes criterios que se adopten para definir la HTA en cada momento y lugar. Espinoza (2018)

Según la OMS (2015) La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede

dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg<sup>1</sup> cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada.

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma; por ello se le conoce como el "asesino silencioso". En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. OMS (2015)

A nivel mundial, más de uno de cada cinco adultos tiene la tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo.

En casi todos los países de ingresos altos, el diagnóstico y tratamiento generalizado de esas personas con medicamentos de bajo costo ha propiciado una reducción significativa de la proporción de personas con tensión arterial elevada, así como de la tensión arterial media en todas las poblaciones, lo que ha contribuido a

reducir la mortalidad por enfermedades del corazón. Por ejemplo, el 31% de los adultos en la Región de las Américas de la OMS padecía tensión arterial elevada en 1980, en comparación con 18% en 2014.

OMS (2015)

En cambio, los países de ingresos bajos tienen la prevalencia más elevada de tensión arterial elevada. En la Región de África de la OMS se estima que en muchos países más del 30% de los adultos sufre hipertensión, y esa proporción va en aumento. Asimismo, los valores medios de la tensión arterial en esta región son mucho más altos que la media mundial.

En los países en desarrollo, muchas personas con hipertensión no saben que la padecen ni tienen acceso a los tratamientos que podrían controlar su tensión arterial y reducir significativamente su riesgo de defunción y discapacidad por cardiopatía o accidente cerebrovascular. Diagnosticar, tratar y controlar la hipertensión es una prioridad de salud en todo el mundo. OMS (2015)

#### **2.2.2.2 Hipertensión y emociones**

Las emociones y el estrés tienen una importante función adaptativa, sin embargo, bajo determinadas condiciones, el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión que pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial esencial (HTA). La hipertensión arterial constituye un problema socio sanitario de primer orden por su elevada incidencia y su pronóstico negativo. Dos problemas complican

el estudio de este trastorno, su carácter multicausal, que determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial y su naturaleza procesal, que circunscribe la relevancia de los factores implicados a estadios específicos en la evolución de la patología. Todo ello plantea la necesidad de un abordaje multidisciplinario que incluya también los factores psicológicos.

El conocimiento de las regularidades y cambios en los estados psíquicos que se dan en el paciente hipertenso cobra una importancia extraordinaria no sólo para proporcionarle una atención integral en el tratamiento de esta enfermedad, sino para desarrollar estrategias preventivas. Muchas investigaciones han sido llevadas a cabo a fin de demostrar qué papel desempeñan los factores psicológicos y psicosociales en la etiología de la HTA. La mayoría de estos estudios se han centrado en variables como: características de personalidad, estrés, ansiedad, depresión, hostilidad y, más recientemente, la ira.

Diversas investigaciones han tratado de desarrollar el perfil psicológico del paciente hipertenso, sin embargo, un gran número de autores ha concluido que el papel que se puede atribuir a las variables psicológicas en el desarrollo y /o mantenimiento de la HTA es confuso en la medida en que los resultados de las investigaciones no han permitido dilucidar si dichas variables son causa o consecuencia de la enfermedad, porque los sujetos incluidos en la mayoría de las

investigaciones son pacientes hipertensos ya diagnosticados y sometidos en muchos casos a un tratamiento farmacológico antihipertensivo.

### **2.2.2.3. Emociones negativas e hipertensión**

A partir de los años ochenta del pasado siglo, gracias a los estudios liderados por Spielberger (1988, 1996), se empezó a prestar atención sobre el papel central de la ira como componente letal del síndrome de conducta de tipo A, en las enfermedades cardiovasculares. Más adelante numerosos estudios y modelos sobre agresión, hostilidad, ira han surgido tratando de dar una explicación de las relaciones causales de estas variables con las enfermedades cardiovasculares, especialmente con la hipertensión. Gaviria (2009)

El “Modelo de vulnerabilidad psicosocial” plantea que las personas más hostiles informan un mayor número de conflictos interpersonales (trabajo, vida personal y familiar) (Smith & Christensen, 1992). El “Modelo conducta-salud” plantea que los hábitos inadecuados en salud incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas hostiles (Leiker & Hailey, 1988). El “Modelo de reactividad psicofisiológica” propone que la hostilidad contribuye a la enfermedad cardiovascular por la manera en que las respuestas fisiológicas son aumentadas, incrementando la potencialidad patógena de los estresores (Williams, Barefoot & Shekelle, 1985). Citado en Gaviria (2009)

Además, muchos estudios han venido centrando la atención en las emociones negativas, como la ansiedad, la depresión y el estrés en

enfermedades cardiovasculares (Sandín, 1999; Taylor, 2007; Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008; Pelechano, 2008); Citado en Gaviria (2009), igualmente, se ha planteado la alta demanda de los trastornos psiquiátricos como factor de riesgo en las personas hipertensas, ya que se presenta la utilización frecuente de los servicios de atención sanitaria por parte de éstos, aunque aún falta mucho por conocer al respecto para una adecuada prestación de los servicios por parte de los sistemas de salud (Wagner, Pietrzak & Petry, 2008).

Por otro lado, Fernández-Abascal (1993) Citado en Gaviria (2009), plantea que:

[...] se han realizado innumerables trabajos con la pretensión de asociar la hipertensión con una amplia variedad de factores de personalidad, todos los cuales han resultado siempre infructuosos. La única característica clara que aúna a las personas que padecen hipertensión y, que, a su vez, las diferencias de las personas que no la padecen o que padecen otras series de trastornos psicofisiológicos, es el tipo de patrón de activación del sistema nervioso autónomo o el tipo de desequilibrio que presentan del balance autónomo. Así las personas con hipertensión son las que aparecen como poseedoras de un patrón de activación autonómica estereotipado, caracterizado por una extrema activación de la rama simpática, siendo esta activación más extrema incluso que la que aparece en los trastornos de ansiedad (p. 16). Gaviria (2009)

Spicer y Chamberlain (1996), en Estados Unidos, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar las asociaciones entre ira y hostilidad



con la presión sanguínea sistólica en una muestra de 105 sujetos de ambos géneros a quienes se les aplicó los cuestionarios STAXI-I y The Cook-Medley Hostility Scale. Los resultados, de acuerdo con los análisis de regresión lineal, demostraron que la presión arterial diastólica era inversamente relacionada con la ira en hombres y mujeres. La presión sistólica y diastólica fue asociada positivamente con hostilidad solamente en las mujeres. En general, no fueron encontrados efectos interactivos de hostilidad e ira sobre la presión sanguínea.

El estudio concluye que la hostilidad y la presión sanguínea en mujeres clínicamente hostiles pueden ser un indicativo para determinar desajustes crónicos en sus cogniciones sociales y de algunas normas culturales de su rol social que están interfiriendo en sus vidas.

Hogan y Linden (2004) llevaron a cabo en Canadá un estudio cuyo objetivo fue evaluar seis estilos de respuesta de la ira como: agresión, aserción, búsqueda de apoyo social, difusión, anulación y rumiaciones. Participaron en este estudio 109 personas sanas (45 hombres y 64 mujeres) y 159 pacientes hipertensos (90 hombres y 69 mujeres). Se diligenciaron el "Behavioral Anger Response Questionnaire" que mide hostilidad y se realizó un monitoreo ambulatorio de la presión sanguínea por 24 horas. En los análisis de regresión lineal y correlacionales se midieron los estilos de respuesta, el descanso y la presión sanguínea ambulatoria, controlando los factores de riesgo tradicionales y el nivel de hostilidad. Los resultados evidenciaron que no hubo asociaciones entre los estilos de respuesta de ira y la presión

sanguínea. Las rumiaciones tuvieron influencia negativa sobre la relación entre la evitación, la aserción, el descanso y los niveles de presión sanguínea medidos ambulatoriamente. La influencia de las rumiaciones sobre la búsqueda de apoyo social varía entre género. El estudio concluye que las rumiaciones se deben considerar como una variable crítica en la relación de la ira con la presión sanguínea. Gaviria (2009)

En Finlandia, Julkunen y Ahlsröm (2006) Citado en Gaviria (2009), desarrollaron un estudio, a fin de investigar las relaciones de la expresión de la ira con el sentido de coherencia y su rol como predictor de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos. En este estudio participaron 774 sujetos. Como hipótesis se planteó que el sentido de coherencia podía mediar entre la ira y la hostilidad con la calidad de vida. Se utilizó la forma breve de la escala sentido de coherencia y se midió ira-hostilidad con la escala “Cynical Distrust” y con la escala de Expresión de Ira, y la calidad de vida se midió con la escala MOS SF-36. Los resultados mostraron fuertes asociaciones entre la capacidad de control de la expresión de ira con los bajos niveles de supresión de la ira o la expresión abierta de la ira. El control de la ira y el sentido de coherencia fueron relacionados con una buena calidad de vida, mientras que el cinismo, la ira hacia fuera y la ira hacia adentro correlacionaron negativamente con la calidad de vida. Gaviria (2009)

Los modelos estadísticos causales revelaron que el sentido de coherencia era un fuerte predictor de la calidad de vida, mientras que

la hostilidad y la ira tuvieron un impacto inferior sobre la calidad de vida. El estudio concluye que el impacto de la hostilidad y la ira sobre la calidad de vida son mediados, en gran parte, por el sentido de coherencia, lo que implica que en futuros estudios se considere a la hostilidad como un factor de riesgo para la salud, si se mira desde la perspectiva de la teoría del sentido de coherencia.

Vetere, Ripaldi, Ais, Korob, Kes y Villamil (2007) desarrollaron en Argentina una investigación para determinar el predominio del trastorno de ansiedad en pacientes con hipertensión esencial. Se administró el módulo del trastorno de ansiedad de la entrevista estructurada clínica SCID I a una muestra 157 personas, quienes eran hipertensos sin diabetes, sin cierre valvular aórtico u otras complicaciones y se consideró a cien sujetos controles no hipertensos que frecuentaban el hospital. Los resultados demostraron que había más frecuencia de los trastornos de ansiedad en los pacientes hipertensos en comparación con el grupo control. Gaviria (2009)

En China, Han, Yin, Xu, Hong, Liang y Wang (2008) desarrollaron un estudio con el propósito de valorar la ansiedad y la depresión en pacientes con hipertensión para desarrollar posteriormente programas de control y de intervención. En este estudio participaron personas mayores de treinta y cinco años con diagnóstico de hipertensión y personas sanas que servían como grupo control. Se utilizaron como instrumentos la escala de ansiedad y depresión de Zung. En general, los resultados evidenciaron altos niveles de ansiedad y depresión en comparación con el grupo control. La prevalencia de depresión (17,9%)

y ansiedad (9,5%) en el grupo de pacientes fue considerablemente más alta que en el grupo control sano que fue del 11,5% y 14,3%, respectivamente. Por otro lado, los análisis de modelo de regresión logística mostraron que la depresión y la ansiedad eran los factores de riesgo posibles de hipertensión. El estudio concluye que es importante que las instituciones en el área de salud mental presten más atención a los pacientes hipertensos, a mejorar su calidad de vida. Gaviria (2009)

Wagner, Pietrzak y Petry (2008) llevaron a cabo en Estados Unidos un estudio, que tuvo como objetivo evaluar las asociaciones entre los trastornos psiquiátricos y el trato recibido en las personas con hipertensión, por parte del hospital. El estudio fue epidemiológico con un diseño transversal, el total de la muestra fue de 8.812 personas hipertensas seleccionada entre una población de 43.093 adultos. Los pacientes con más de un año de tratamiento por urgencias u hospitalización fueron evaluados, según los criterios diagnósticos del DSM-IV y los informes clínicos. Los resultados evidenciaron que las personas con cualquier trastorno del estado de ánimo o ansiedad o desorden de personalidad fueron los que habían incrementado la frecuencia a la sala de urgencias, mientras que los que presentaron trastornos del estado de ánimo o desorden de personalidad eran hospitalizados.

Los trastornos específicos, significativamente asociados con el tratamiento de las salas de emergencia, fueron: depresión mayor de larga duración, el desorden maniaco de larga duración; y la depresión

mayor, el desorden maniaco, el trastorno de pánico sin agorafobia del último año, además fueron estadísticamente significativos los trastornos de personalidad como el paranoide, histriónico, antisocial y el obsesivo-compulsivo. Mientras que los trastornos específicos asociados con la hospitalización fueron: la distimia y el trastorno maniaco con diagnóstico de casi toda una vida; y la depresión mayor y el desorden maniaco del último año; los trastornos de personalidad estadísticamente significativos fueron el histriónico, antisocial y paranoide. El estudio concluye que el abordaje clínico de los problemas de salud mental en personas con hipertensión puede reducir la utilización de los servicios de salud. Gaviria (2009)

Partiendo de las consideraciones anteriores, el objetivo de este estudio descriptivo transversal correlacional exploratorio mediante encuesta (Montero & León, 2002) fue evaluar las relaciones de las emociones de ira, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de Medellín (Colombia). Gaviria (2009)

#### 2.2.2.4.- Ansiedad Estado rasgo e Hipertensión

Se ha evidenciado que los aspectos psicológicos, y en particular los factores emocionales, parecen tener especial relevancia en la morbimortalidad (Everson-Rose y Lewis 2005) y en el ajuste de los pacientes hipertensos (Consoli et al., 2010; Rueda y Pérez-García, 2004, 2006, 2007). El papel que se podría atribuir a estos procesos es, sin embargo, todavía confuso y no del todo consistente. De hecho, si

abordamos de forma separada la influencia de las emociones negativas, tradicionalmente estudiadas en el ámbito de la hipertensión, como la ansiedad, la depresión y la ira, la evidencia empírica obtenida muestra una serie de resultados con un cierto grado de incongruencia. En el caso de la ansiedad, algunos trabajos no han evidenciado que esta emoción sea una variable relacionada con el hecho de presentar hipertensión (Friedman et al., 2001; Jula, Salminen y Saarijärvi, 1999) mientras que, en otros, se ha observado una relación significativa entre ser hipertenso y experimentar un mayor estado de ansiedad (Cheung et al., 2005; Rafanelli, Offidani, Gostoli y Roncuzzi, 2012). Citado en Alemán (2014)

Por otra parte, la posible repercusión emocional que puedan tener aspectos como la duración de la enfermedad y el género del paciente, representan dos cuestiones que merecen una especial atención en el contexto de la hipertensión esencial. Algunos resultados que indican que conforme la hipertensión se va cronificando, se produce un aumento en las emociones negativas del paciente (Räikkönen et al. 2001; Schneider et al., 1986). En este sentido destaca en estudio realizado por García, Medina, Solano, Gómez, y Gómez (2010). En él se analizó de forma exploratoria el impacto emocional que tenía el hecho de recibir el diagnóstico de HTA esencial, utilizando para ello los relatos que hacían las mujeres después de haber recibido dicha información. Citado en Alemán (2014)

A partir de los datos obtenidos, estos investigadores observaron que la recepción del diagnóstico de hipertensión arterial generaba un impacto negativo, el cual daba lugar a alteraciones emocionales. Estos cambios emocionales, a su vez, repercutían sobre el control de la presión arterial. Con respecto al género y su asociación con la HTA, se constata que este trastorno resulta más prevalente en los hombres que en las mujeres (Minh, Byass, Chuc y Wall, 2005), si bien, se da la paradoja de que, por grupos de edad y a partir de los cincuenta y cinco años, la prevalencia es mayor en las mujeres. Junto a esta evidencia epidemiológica, un hecho notable es que el ajuste físico y psicológico a la ECV es peor en las mujeres (Brink, Karlson y Hallberg, 2002). Citado en Alemán (2014)

En esta línea se ha observado, por ejemplo, mayores niveles de ansiedad en mujeres hipertensas que en hombres hipertensos (Cheung et al., 2005), si bien en algunos casos, estos efectos parecen estar moderados por la edad (Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb y D'Agostino, 1993). Citado en Alemán (2014)

### **2.3 Definiciones conceptuales**

#### **Ansiedad:**

**Ansiedad estado:** Estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Gallarday (2016)

**Ansiedad rasgo:** Estado emocional que señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Gallarday (2016)

**Paciente:** persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

**Hipertensión:** La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo.

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. Gallarday (2016)

**Hipertenso:** Persona que padece de hipertensión. Miguel - Tobal, J. (1984).

**Consulta Externa:** Se refieren a aquellos actos médicos realizados de forma ambulatoria en un local adaptado para ello para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base a la anamnesis (historia clínica) y la exploración física. Miguel - Tobal, J. (1984).



## **CAPITULO III**

### **Metodología**

#### **3.1-Tipo de Investigación**

En razón del propósito que persigue la investigación es de tipo básica simple porque tiene como propósito recoger información de la realidad y generalizar los resultados. La investigación básica o pura tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente.

El presente estudio basa su método en la investigación descriptiva, definida por Taylor y Bogdan (2000), como la que produce datos representativos y pretende estudiar a las personas y escenarios en su contexto, interactuando con ellas de forma natural y no intrusiva y procurando no afectar al comportamiento de éstas para no condicionar su forma de pensar o actuar. En resumen, se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio, sin intervenir o manipular el factor de estudio.

El enfoque de la investigación es cuantitativo, de acuerdo al método que emplea para el manejo de los datos, porque implica procedimientos estadísticos en el procesamiento de datos. Rodríguez, M. (2010, p.32), señala que el método cuantitativo se centra en los hechos o causas del fenómeno social, con escaso interés por los estados subjetivos del individuo. Este método utiliza el cuestionario, inventarios y análisis demográficos que producen números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables definidas operacionalmente, además regularmente la presentación de resultados de estudios cuantitativos viene sustentada con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico.

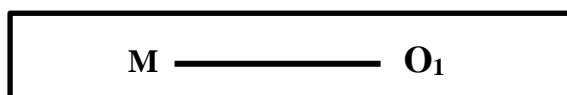
### 3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental y según la temporalización el diseño de investigación es transversal porque recolecta datos en un sólo momento y en un tiempo único.

“El diseño no experimental es el que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos. Por lo tanto, en este diseño no se construye una situación específica si no que se observa las que existen. (Palella y Martins, 2012)

De la afirmación citada por los autores anteriores se infiere que el investigador que utiliza este tipo de diseño resume su labor investigativa a la observación, teniendo un papel pasivo y limitándose a la recolección de la información tal cual se da en un contexto.

El diagrama del diseño es el siguiente:



Dónde:

O<sub>1</sub> = nivel de ansiedad estado rasgo de los pacientes hipertensos

M = Muestra

### 3.3.- Población y Muestra

La población estuvo conformada por los pacientes que asisten al consultorio externo de control de la hipertensión en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza con una totalidad de 800 pacientes, durante el año 2018, que se encuentren asistiendo a su control médico y a su grupo de apoyo.

De esta manera los participantes fueron elegidos en función a un muestreo intencional. La muestra está conformada por 100 pacientes 40 pacientes de sexo femenino, y 60 pacientes de sexo masculino, cuyas edades cronológicas están comprendida entre 40 y 65 años. El acceso a la muestra estuvo en función de la disponibilidad de participación y aceptación por parte de las pacientes y autoridades respectivas.

Pacientes	F	%
Femenino	40	40%
Masculino	60	60%
Total	100	100%

### **Criterios de inclusión**

- 1) **Edad:** Estará conformado por mujeres entre 40 y 65 años.
- 2) **Sector poblacional:** La presente investigación se realizará en un Hospital Nacional Arzobispo Loayza por tener acceso directo con sus autoridades, quienes permitirán la aplicación del instrumento psicológico.
- 3) **Participación:** La participación de los pacientes será voluntaria.
- 4) **Nivel de instrucción:** Primaria, secundaria o superior

### **Criterios de exclusión**

- 1) **Comprensión de los ítems:** Si se aprecia que el paciente presenta dificultades para la comprensión de cada uno de los ítems, se tendrá en cuenta ello para no considerarlo como parte de la muestra.
- 2) **Nivel de instrucción:** Analfabetos

**3) Condiciones físicas y cognitivas.** - Condiciones físicas y cognitivas que no les permitan responder a los instrumentos.

**4) Recibir atención en el Servicio de Psiquiátrica.**

### **3.4.- Variables de estudio.**

#### **Variables Atributiva**

- **Evaluación de la ansiedad**

Definida por los resultados obtenidos en el inventario de ansiedad

Estado - Rasgo (STAI)

#### **Variables Controladas**

- **Deseabilidad Social**

Se controlará dado que la aplicación del instrumento se realizó de forma anónima, por lo que se presume que existen mayores probabilidades para que las participantes respondan de forma honesta.

- **Fatiga y/o Cansancio Físico y Mental**

Será controlado debido a que se aplica prueba psicológica solo a aquellos participantes que ese día de la evaluación.

### **3.5. Técnicas de recolección de datos**

#### **3.5.1.- Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo.**

La ansiedad es uno de los principales problemas de salud de la sociedad industrializada. Un diagnóstico adecuado es crucial para establecer unas pautas de intervención eficaces. El objetivo del cuestionario **STAI** es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 ítems:

**Ansiedad como estado (A/E):** evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

**Ansiedad como rasgo (A/R):** señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

En la 8ª edición del 2011, se ha procedido a una completa revisión de sus propiedades psicométricas y de sus baremos. A partir de una muestra de más de 1.500 casos se han generado nuevos baremos de adolescentes, universitarios y adultos.

#### FICHA TÉCNICA

#### STAI CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

#### IDENTIFICACIÓN

Nombre Del Test: STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Nombre Priginal: "State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire" (Romero, 2011,62).

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore

Adaptación Española: Sección de estudios de TEA Ediciones, S. A. Madrid.

#### DESCRIPCIÓN

Tipo de Instrumento: Cuestionario autoaplicado de forma individual o colectiva

Población: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.

Número de Ítems: 40

Tiempo de Administración: 15 minutos.

Normas de Aplicación: El STAI fue diseñado para la autoaplicación y puede ser administrado de forma individual y colectiva. Conviene que el examinador lea en voz alta las instrucciones mientras los evaluados lo hacen en silencio. Para analizar la ansiedad como estado el paciente debe leer cada frase y señalar la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente ahora mismo, para el análisis de la ansiedad como rasgo se debe leer cada frase y señalar la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente en general en la mayoría de las ocasiones. (Romero, 2011,62).

**Descripción:** El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. (Romero, 2011,63).

La Ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). la ansiedad rasgo es

similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”. En 1964 comenzaron los trabajos de construcción del cuestionario, en principio planteado como escala única para la evaluación tanto del rasgo como del estado. Los resultados preliminares vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, especialmente del rasgo. En la redacción de los items se procuró que no hubiera connotaciones de rasgo. En la versión que ha dado lugar a la castellana quedan cinco items con la misma redacción y 15 de redacción específica para cada forma. (Romero, 2011,63).

**Fiabilidad:** El coeficiente alfa de los estudios originales oscila entre 0.83 y 0.92. En la muestra española los índices KR20 para A/E oscilan entre 0.90 y 0.93 y en A/R entre 0.84 y 0.87. La fiabilidad test-retest se obtuvo en un subgrupo de sujetos normales con diferentes intervalos.

**Validez:** Se obtuvieron datos de validez concurrente mediante la correlación del STAI(A/R) y otros cuestionarios de ansiedad. Para estudiar la validez del A/E se compararon los resultados de estudiantes universitarios (332 hombres y 645 mujeres) en situación normal y antes de un examen. Se obtuvieron diferencias significativas (al 1 por 100) para la puntuación total y todos los ítems excepto el 8. (Romero, 2011,63).

**Aparición:** 1964.

**Objetivo:** La escala A/E se puede utilizar para medir los niveles de ansiedad provocados por procedimientos experimentales de inducción

de ansiedad o como índice del nivel de “impulso”. También puede ser un indicador de los efectos de técnicas de relajación. La variable A/R puede utilizarse en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. También puede ser útil para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad. (Romero, 2011,63).

**Aspectos que Evalúa:** Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos. En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula impresa en la esquina superior derecha del Ejemplar. (Romero, 2011,63).

### **3.6.-Procedimiento de Recolección de datos.**

Los pacientes serán evaluados durante el proceso de asistencia a la consulta externa y a las acciones de capacitación realizadas en el Hospital, a quienes se les aplicarán los siguientes instrumentos psicológicos.

Antes de su aplicación, la evaluadora (autora de la presente tesis) leerá y explicará detenidamente las instrucciones de cada cuestionario. Se tendrá en cuenta el correcto llenado de las hojas de respuesta de los instrumentos psicológicos.



### **3.7.- Técnicas estadísticas de análisis de datos**

Los pacientes serán evaluados durante el proceso de estancia hospitalaria. De forma individual se les aplicarán los siguientes instrumentos en el siguiente orden: Cuestionario Ansiedad Estado – Rasgo, y el Indicador de estrategias de afrontamiento (IEA). Antes de su aplicación, la evaluadora (autora del presente proyecto de tesis) leerá y explicará detenidamente las instrucciones de cada cuestionario. Se tendrá en cuenta el correcto llenado de las hojas.

Para procesar los datos se ha utilizado el software estadístico SPSS 22. Es necesario precisar que el software estadístico en mención aplica la técnica estadística utilizada en el estudio.

Finalmente, en los anexos se incluye el análisis del nivel descriptivo: Las puntuaciones directas obtenidas de los instrumentos se presentan en tablas gráficas.

### **3.8.- Aspectos éticos**

El presente trabajo de investigación se realizará con previa información de las autoridades respectivas de la institución hospitalaria donde se realizará la evaluación, a los pacientes sobre el tema y objetivos de la investigación, teniendo la facultad de elegir su participación. Además, se informará que, al aceptar su participación en el trabajo de investigación, se tendrá la máxima confidencialidad de la información brindada, así como también se le asegurará que los resultados de la investigación serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

## CAPÍTULO IV

### Presentación y análisis de los resultados

#### 4.1. Presentación, procesamiento y análisis de resultados:

A continuación, se presentan los cuadros estadísticos que contienen los resultados obtenidos sobre la variable en estudio.

Los datos que se describen constituyen la base fundamental para el conocimiento a fondo de la problemática planteada en relación a los pacientes hipertensos, en la cual ayudará a dar un diagnóstico que permita disminuir los factores de riesgo que presentan estos pacientes y disminuir los efectos colaterales asociados a la enfermedad.

Después de reunir la información se procedió a:

\* Tabular la información, codificarla y transmitirla a una base de datos computarizada (MS Excel 2013 y IBM SPSS Statistics versión 22)

\* Se determinó la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (porcentajes) de los datos del instrumento de investigación.

\* Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas: Valor Máximo y valor mínimo

Media aritmética

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

#### 4.2 Análisis descriptivo

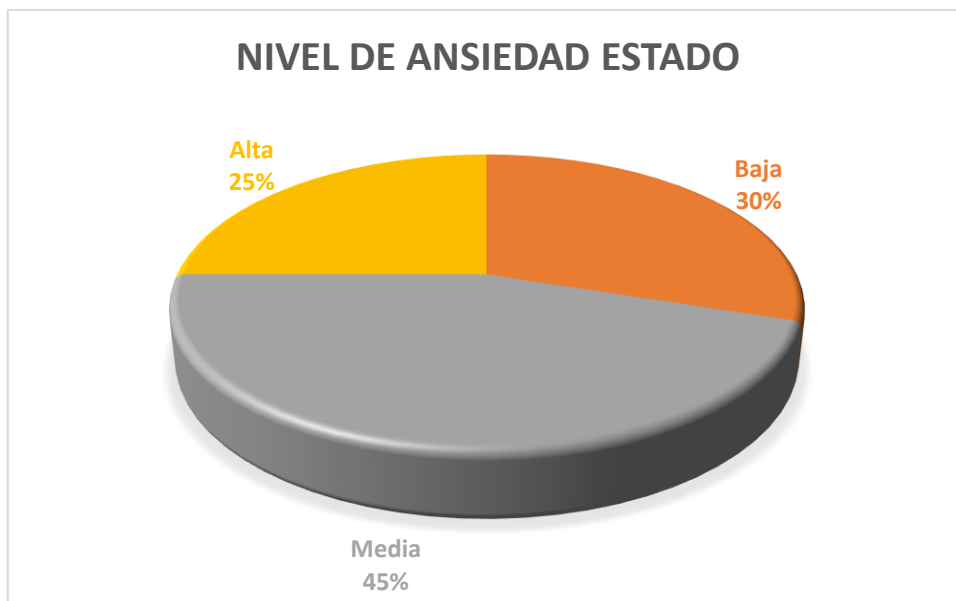
En el nivel descriptivo se ha utilizado las puntuaciones directas de las pruebas, según el sistema de calificación y puntuación de los ítems, de la variable Ansiedad Estado, a continuación, se presentan los resultados:

## 1. Niveles de ansiedad estado

Tabla 1.

Niveles de **Ansiedad Estado** en un grupo de pacientes hipertensos

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	30	30,0 %
Media	45	45,0 %
Alta	25	25,0 %
Total	100	100.0%



**Figura 1:** Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes hipertensos

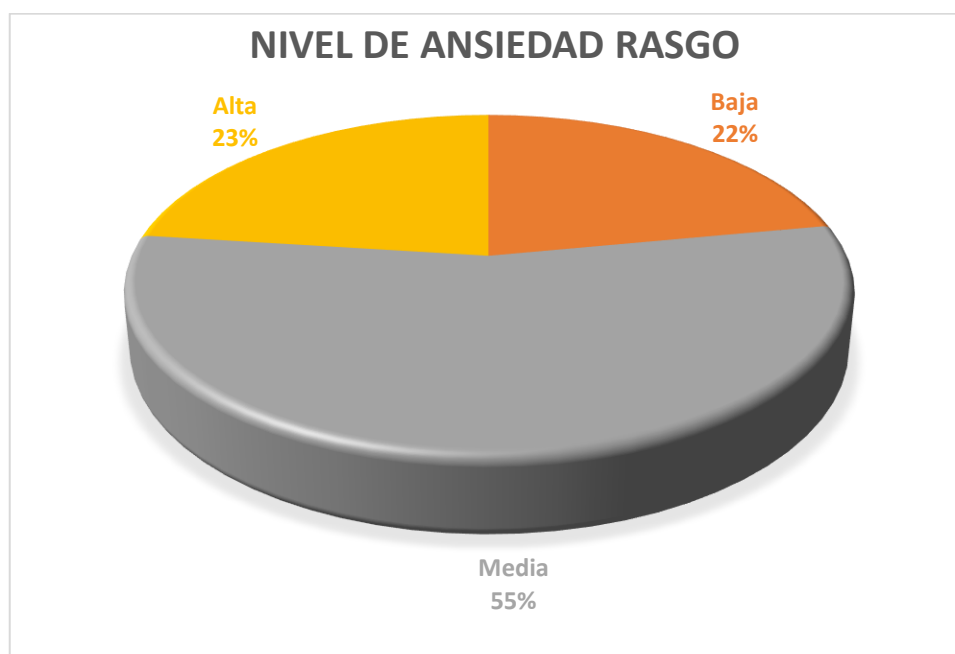
En los resultados encontramos a nivel general, que los pacientes evaluados presentan un 30,0% muestran un nivel bajo de ansiedad estado, un 45% presentan un nivel medio y finalmente un 25% evidencia un nivel de ansiedad estado alta.

## 2. Niveles de ansiedad rasgo

**Tabla 2.**

*Niveles de **Ansiedad Rasgo** en un grupo de pacientes hipertensos*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	22	22,0
Media	55	55,0
Alta	23	23,0
TOTAL	100	100%



**Figura 2.** Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos

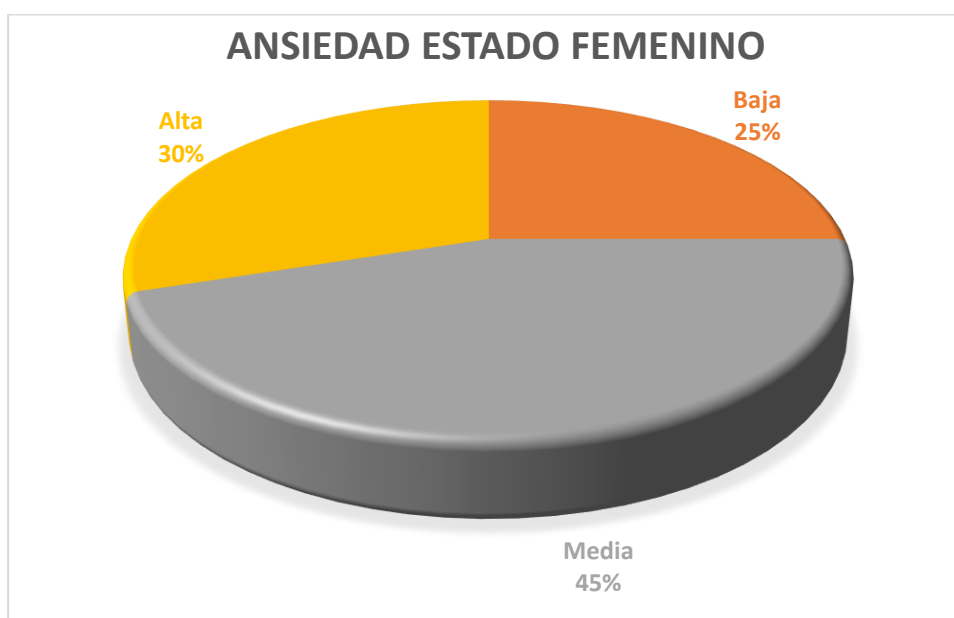
En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 22,0% muestran un nivel bajo de ansiedad rasgo media, seguidamente un 55,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 23,0% evidencia un nivel de ansiedad rasgo alto.

### 3. Niveles de ansiedad estado de acuerdo al sexo

**Tabla 3.**

*Niveles de **Ansiedad Estado** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al sexo **Femenino***

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	10	25,0
Media	18	45,0
Alta	12	30,0
TOTAL	40	100%



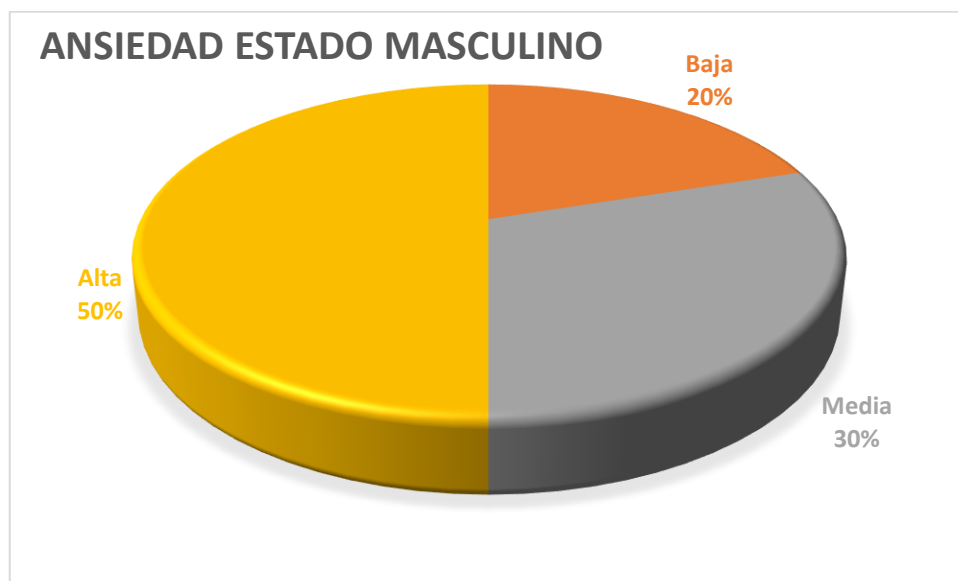
**Figura 3.** Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes hipertensos femenino

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 25,0% muestran un nivel bajo de ansiedad, seguidamente un 45,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 30,0% evidencia un nivel de ansiedad estado alto

**Tabla 4.**

*Niveles de **Ansiedad Estado** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al sexo Masculino*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	12	20,0
Media	18	30,0
Alta	30	50,0
TOTAL	60	100%



**Figura 4.** Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes hipertensos masculino

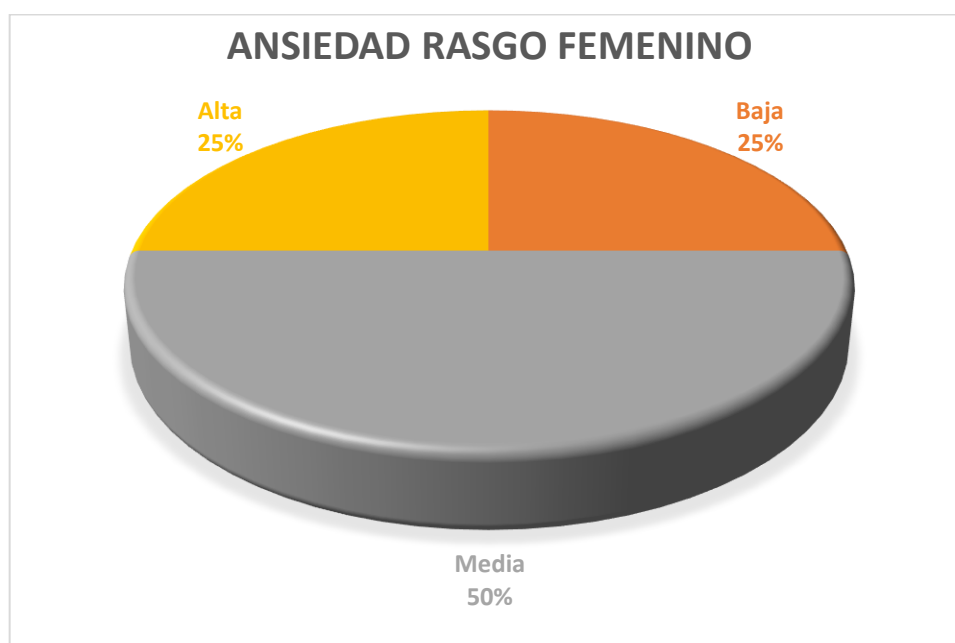
En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 20,0% muestran un nivel bajo de ansiedad estado, seguidamente un 30,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 50,0% evidencia un nivel de ansiedad estado alto.

#### 4. Niveles de ansiedad rasgo de acuerdo al sexo

**Tabla 5.**

*Niveles de **Ansiedad Rasgo** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al sexo femenino*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	10	25,0
Media	20	50,0
Alta	10	25,0
TOTAL	40	100%



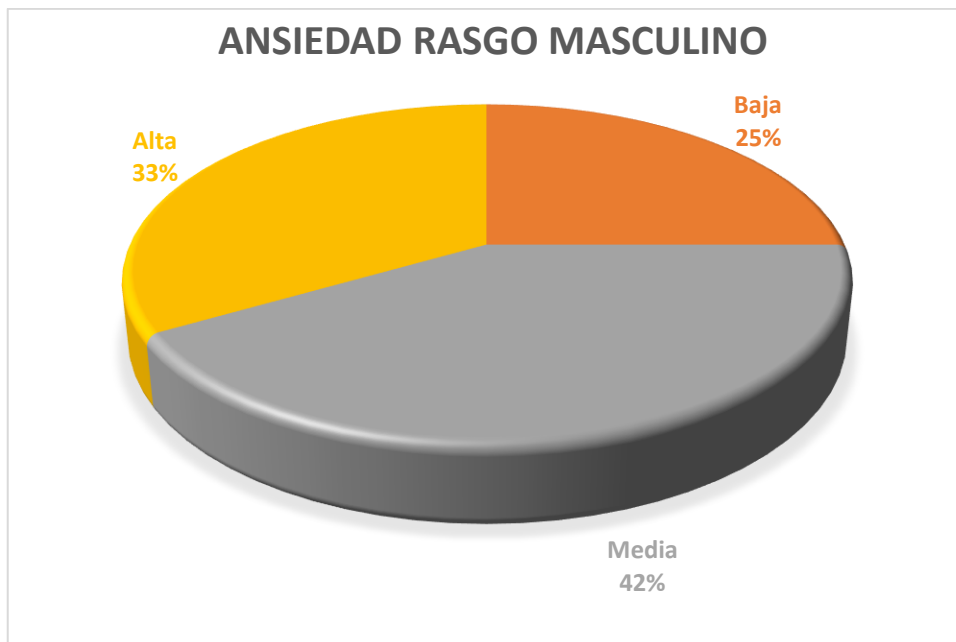
**Figura 5.** Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos femenino

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 25,0% muestran un nivel bajo de ansiedad rasgo, seguidamente un 50,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 25,0% evidencia un nivel de ansiedad rasgo alto

**Tabla 6.**

*Niveles de **Ansiedad Rasgo** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al sexo masculino*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	15	25,0
Media	25	42,0
Alta	20	33,0
TOTAL	60	100%



**Figura 6.** Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos masculino

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 25,0% muestran un nivel bajo de ansiedad, seguidamente un 42,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 33,0% evidencia un nivel de ansiedad rasgo alto

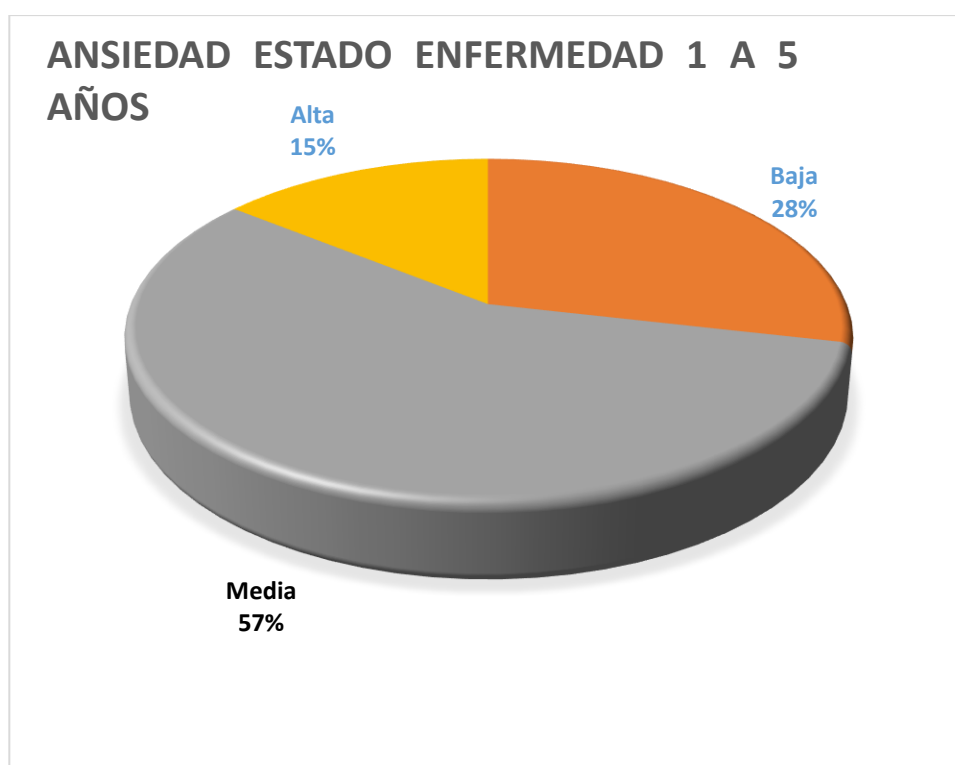


#### 4. Niveles de ansiedad estado rasgo de acuerdo al tiempo de enfermedad

**Tabla 7.**

*Niveles de **Ansiedad Estado** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al tiempo de enfermedad de 1 a 5 años*

Tiempo de Enfermedad	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	Baja	10	28,0
	Media	20	57,0
	Alta	5	15,0
	TOTAL	35	100%



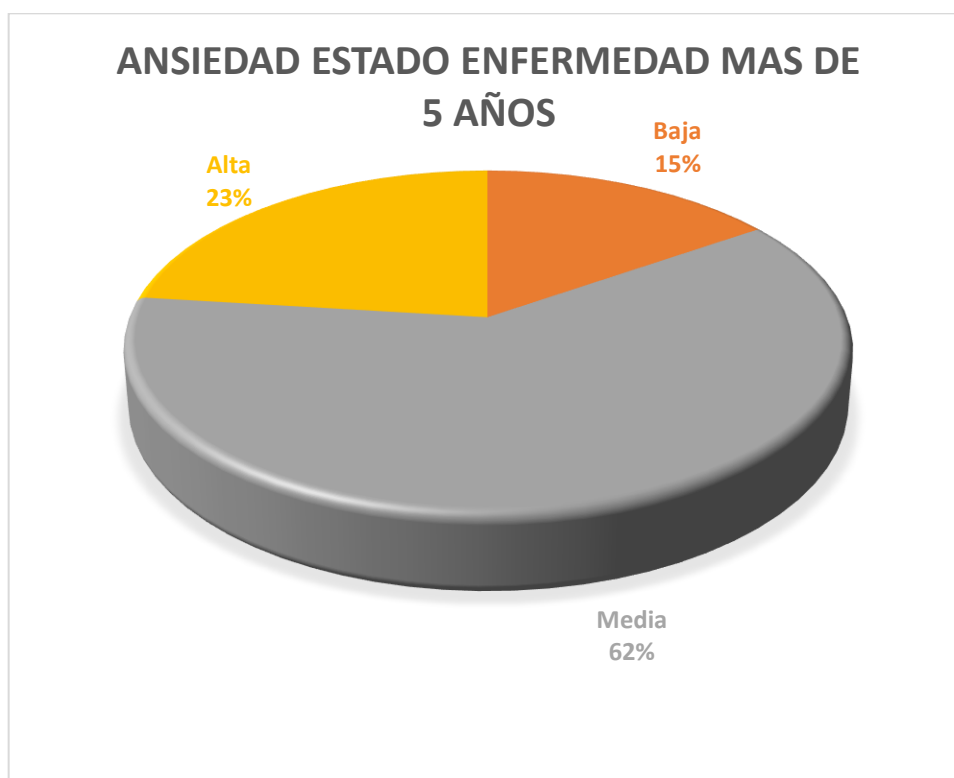
**Figura 7.** Niveles de Ansiedad estado en un grupo de pacientes hipertensos tiempo de enfermedad de 1 a de 5 años

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 28,0% muestran un nivel bajo de ansiedad, seguidamente un 57,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 15,0% evidencia un nivel de ansiedad estado alto

**Tabla 8.**

*Niveles de **Ansiedad Estado** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al tiempo de enfermedad de más de 5 años*

Tiempo de Enfermedad	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Más de 5 años	Baja	10	15,0
	Media	40	61,0
	Alta	15	24,0
	TOTAL	65	100%



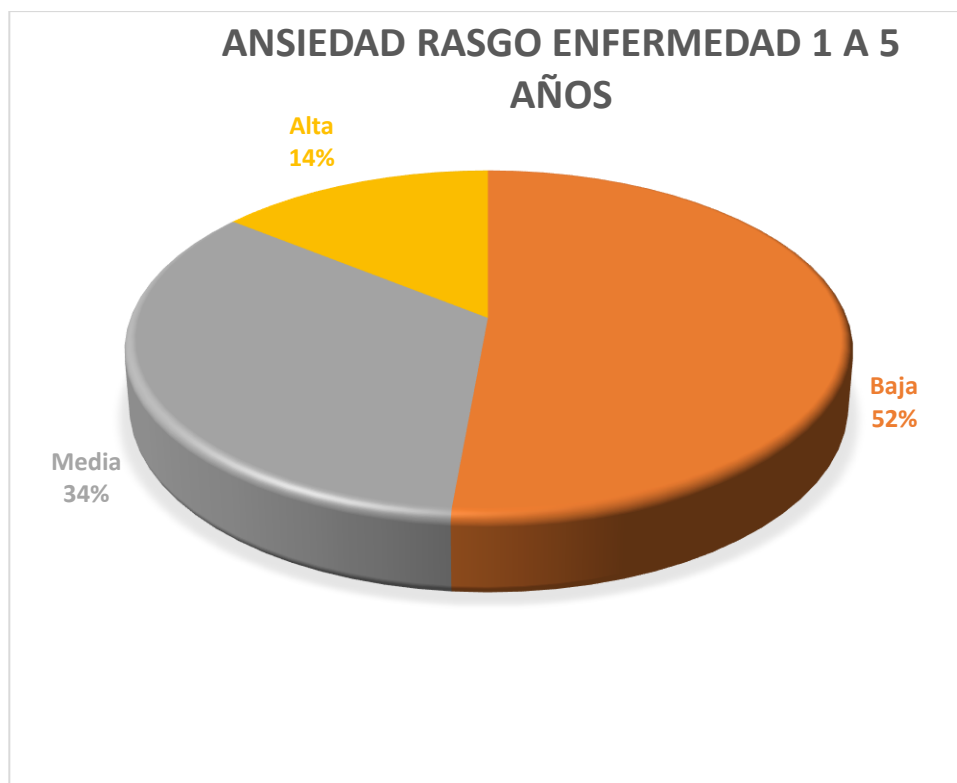
**Figura 8.** Niveles de Ansiedad Estado en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al tiempo de enfermedad más de 5 años

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 15,0% muestran un nivel bajo de ansiedad, seguidamente un 61,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 24,0% evidencia un nivel de ansiedad estado alto

**Tabla 9.**

*Niveles de **Ansiedad Rasgo** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al tiempo de enfermedad de 1 a 5 años*

Tiempo de Enfermedad	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	Baja	18	52,0
	Media	12	34,0
	Alta	5	14,0
	TOTAL	35	100%



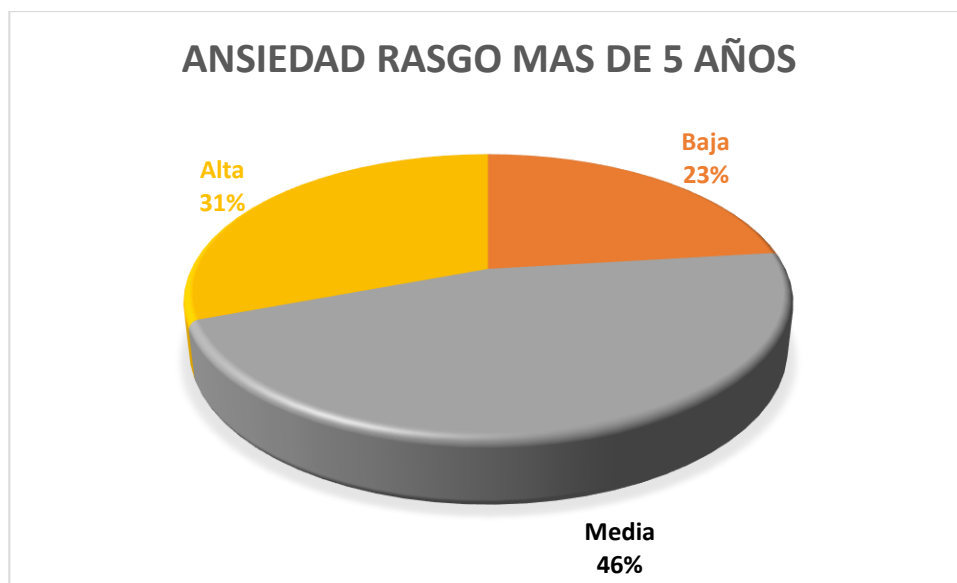
**Figura 9.** Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al tiempo de enfermedad de 1 a 5 años

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 52,0% muestran un nivel bajo de ansiedad, seguidamente un 34,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 14,0% evidencia un nivel de ansiedad rasgo alto

**Tabla 10.**

*Niveles de **Ansiedad Rasgo** en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al tiempo de enfermedad más de 5 años*

Tiempo de Enfermedad	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Más de 5 años	Baja	15	23,0
	Media	30	46,0
	Alta	20	31,0
	TOTAL	65	100%



**Figura 10.** Niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos de acuerdo al tiempo de enfermedad más de 5 años

En los resultados encontramos a nivel general, que los evaluados representado por un 23,0% muestran un nivel bajo de ansiedad, seguidamente un 46,0% presentan un nivel medio, y finalmente, el 31,0% evidencia un nivel de ansiedad rasgo alto

### 4.3 Discusión y análisis de los resultados

La discusión de los resultados se centra en poder observar si se presentan porcentajes significativos en los pacientes hipertensos tanto a nivel general como en sus mediante la aplicación del instrumento psicológico.

Con respecto a los resultados se ha encontrado que de acuerdo a la **ansiedad estado** un 25% de los pacientes hipertensos presenta un nivel de ansiedad estado alto. En relación a la **ansiedad rasgo** un 23% de los pacientes presenta un nivel de ansiedad rasgo alto.

En relación de la presencia de ansiedad de acuerdo al sexo las mujeres presentan un 30% de ansiedad estado alto, asimismo un 25 % de ansiedad rasgo alto. Con respecto a los varones presentan un 50% de ansiedad estado alto, asimismo un 33% de ansiedad rasgo alto.

Con respecto a la presencia de ansiedad y el tiempo de enfermedad, en la **ansiedad estado** en los pacientes que tienen de un año hasta 5 años de enfermedad, un 15% presentan un nivel alto de ansiedad. Los pacientes que tienen más de 5 años de enfermedad un 24% presenta un nivel alto de ansiedad. En relación a la **ansiedad rasgo**, los que tienen de un año hasta 5 años de enfermedad un 14% presenta un nivel alto, mientras que los que tienen más de 5 años de enfermedad presentan un 31% de ansiedad alto.

De acuerdo a los resultados observamos que los niveles de ansiedad estado en todas las variables estudiadas se presenta más significativa, ello nos da a entender que los pacientes perciben la situación de inicio o desarrollo de la enfermedad, como una situación amenazante, ya que por ser una enfermedad crónica y la presencia de modificaciones en los hábitos alimenticios y estado de vida le genera mayor presencia de ansiedad.

De acuerdo a las diferencias significativas encontradas tanto a nivel específicas en relación a la ansiedad concuerdan con lo que plantea Gallarday (2016) En su estudio nivel de ansiedad en adultos con hipertensión arterial controlada y no controlada en el primer nivel de atención, cuyos objetivos: Determinar la diferencia en los niveles de ansiedad entre adultos con hipertensión controlada y no controlada en el primer nivel de atención. Material y Métodos: Mediante un estudio seccional cruzado, en el Centro de Atención Primaria Metropolitano de ESSALUD Trujillo; se estudiaron 99 adultos con hipertensión arterial; 50 con HTA controlada y 49 HTA no controlada para comparar sus niveles de ansiedad. Resultados: El 11.1% de pacientes tuvo ansiedad patológica. El 47.5% y el 41.4% tuvieron niveles moderado y leve de ansiedad respectivamente. El 12.24% de pacientes con hipertensión no controlada comparado con 10% en el grupo con HTA controlada (tamaño del efecto 2.24%) tuvieron ansiedad grave.

El riesgo de tener ansiedad grave no fue significativo OR= 1.53 p=0.357. El promedio del puntaje de ansiedad es mayor en el grupo de pacientes con hipertensión no controlada que en los que tuvieron hipertensión controlada: 28.64±9.71 vs.26.84± 8.52; la diferencia de medias no fue significativa p= 0.490. El promedio corresponde a un nivel de ansiedad moderada. Los niveles de ansiedad son mayores en el sexo femenino (medias F7M: 28.617 vs 25.875). Sin embargo, en el grupo casos el nivel de ansiedad es mayor en el sexo masculino (30.857 vs 27.777). El género no influye significativamente en la influencia del control de la hipertensión sobre los niveles de ansiedad p=0.490. Se asocian significativamente en la influencia del control de la hipertensión sobre la presencia de ansiedad grave, el tiempo de enfermedad (p=0.01) y la

edad del paciente  $p=0.049$ . No se asocia significativamente en la influencia del control de la hipertensión sobre la presencia de ansiedad grave el sexo  $p=0.096$ .

## **CAPITULO V**

### **Conclusiones y recomendaciones**

#### **5.1. Conclusiones**

1. A nivel general se ha comprobado que existe un porcentaje significativo de ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos estudiados
2. A nivel de la presencia de ansiedad Estado Rasgo y el sexo, los pacientes varones presentan mayores niveles de ansiedad en relación a las mujeres.
3. Con respecto a la relación entre ansiedad estado rasgo y el tiempo de enfermedad, los pacientes que tienen de uno a cinco años de enfermedad de enfermedad presentan niveles de ansiedad entre un 15% en un nivel alto que interfiere en su proceso de enfermedad.
4. Con respecto a la relación entre ansiedad estado rasgo y el tiempo de enfermedad, los pacientes que tienen más de cinco años de enfermedad de enfermedad presentan niveles de ansiedad entre un 24% a 31% en un nivel alto que interfiere en su proceso de enfermedad.
5. En este sentido de acuerdo a los resultados la presencia de ansiedad estado rasgo interfiere de manera significativa en el proceso de la enfermedad hipertensiva, generando en ocasiones complicaciones serias para la salud del paciente.

#### **5.2 Recomendaciones**

1. Presentar el informe de la investigación realizada a las autoridades respectivas de la Hospital Nacional Arzobispo Loayza, especialmente al



Servicio de Cardiología para la toma de decisiones de las sugerencias, que mejoren el tratamiento multidisciplinario de las pacientes en esta etapa.

2. Incrementar el desarrollo actividades preventivas promocionales de salud física mental en el Programa de capacitación a las pacientes a fin de mejorar las condiciones saludables mentalmente para un adecuado afrontamiento a los síntomas de la enfermedad hipertensiva.
3. Propiciar y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de los fenómenos estudiados como señal de alerta y riesgo para la salud del grupo de pacientes, así como ampliar las variables y la metodología de investigación utilizada, generalizable para futuros estudios de investigación, tanto en instituciones privadas y públicas.
4. Realizar un seguimiento sobre las implicancias de los síntomas y consecuencias de la enfermedad.
5. Implementar talleres de relajación, así como de intervención cognitiva a fin de mejorar los niveles de ansiedad estado.

## Referencias bibliográficas

Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Alemán (2014) Factores asociados con la vulnerabilidad emocional y la baja adherencia al tratamiento en la hipertensión esencial. *Boletín de Psicología*, No. 112, noviembre 2014, 35-52

<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N112-2.pdf>

Agusti, R (2006) Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta méd. peruana* v.23 n.2 Lima mayo/agos.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005)

Casado (1994) *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología. Madrid.

Carrión (2019) presidente de la Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial. Perú informa (2019)

Cruz Roja Española (2018) Hospital Victoria Eugenia | Sevilla 955 038 600|954 351 400

<https://www.hospitalveugenia.com/comunicacion/consejos-de-salud/la-hipertension-un-problema-de-salud-mundial/>

De Ansorena, A, Cobo J y Romero I (1983). El constructo de Ansiedad *Una Revisión. Estudios de Psicología.* N° 16 Dialnet-ElConstructoAnsiedadEnPsicologia-65892.pdf

Dueñas H A.(1992). Enfermedades cardiovasculares. Hipertensión Arterial. Su control en el nivel primario. *Rev cubana Med Gen Integr* ;8 (3),195-213.

Espinoza (2018) Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018 Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf08108.pdf>

Gaviria, A, Stefano Vinaccia, S, Quiceno, M, Taborda, M, y Ruiz, N. (2009) Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial ISSN: 1794-9998 / Vol. 5 / No 1 / 2009 / pp. 37-46  
<https://www.redalyc.org/pdf/679/67916259004.pdf>

Gallarday, D (2016) En su estudio nivel de ansiedad en adultos con hipertensión arterial controlada y no controlada en el primer nivel de atención. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana.  
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2172>

González, T y Vigil H, T. (2008). *Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes.* tesis.pucp.edu.pe

- Guillén Riquelme, Alejandro. (2014) *Validación de la adaptación española del state-trait anxiety inventory en diferentes muestras españolas*.  
Universidad de Granada,  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58041>
- Jara, Ch (2016) Factores de riesgo cardiovasculares relacionados con hipertensión arterial esencial en mayores de 40 años en Centro de Salud Ciudad de Dios – Pacasmayo. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de medicina Humana.  
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2137>
- Jáuregui, (2017) Realiza un estudio sobre los estilos de vida e hipertensión arterial, en adultos mayores atendidos en el puesto de salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Facultad de Ciencias de la Salud.  
<http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/1287>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw- Hill.
- INEI (2018) Instituto nacional de estadística e informática N° 089 – 01 junio 2018  
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-089-2018-inei.pdf>
- Mejía R.C. (2008). *Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay en Lima Perú*. (Tesis de especialidad) Universidad Nacional Mayor de san Marcos.  
<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4400>

Navlet (2012) Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Madrid 2012

<https://eprints.ucm.es/15771/1/T33813.pdf>

Miguel - Tobal, J. (1984). *Hipertensión arterial: Tipos* Anales de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Fondo Editorial.

Moleiro y García (2004) Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Universidad Central de Villas Facultad de psicología. Rev. Cubana Med.V.43 Ciudad de la Habana Abril- junio 20014. Villas. Facultad de Psicología.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000200007&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000200007&script=sci_arttext&lng=pt)

Morón, N (2018) Factores de riesgo y prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso atendido en el puesto de salud venta baja Ica, enero 2017. Universidad San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud. Enfermería

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1853>

Navas, M (2008). Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. *Revista Científica de enfermería*,36-51

OMS (2013) Enfermedades cardiovasculares. Programa de la OMS

[https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)

OMS (2015) Preguntas y respuestas sobre la hipertensión

<https://www.who.int/features/qa/82/es/>

OMS (2013) Temas de salud: Hipertensión

<https://www.who.int/topics/hypertension/es/>

OMS (2013) Información general sobre la hipertensión en el mundo

[pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](https://pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf);

[jsessionid=699834CA26FE7262ECBE999F6E814724? sequence=1](https://pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf)

Paella y Martins (2012) Diseño, Tipo, Nivel y Modalidad de Paella y Martins, Apuntes de Metodología de Investigación. Universidad de Florencia

<https://www.doccity.com/es/disenio-tipo-nivel-y-modalidad-de-paella-y-martins/2733947/>

Perú Informa (2019) En el Perú el 25% de la población adulta padece hipertensión arterial

<http://www.peruinforma.com/peru-25-la-poblacion-adulta-padece-hipertension-arterial/>

Pérez, Guerra, Zamora y Grau (2014) En su estudio Regulación emocional en adolescentes con hipertensión arterial esencial. Rev cubana med vol.53 no.4 Ciudad de la Habana sep.-dic.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232014000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000400004)

Pinduisaca y Guano (2015) La personalidad como factor a la hipertensión esencial en pacientes de la asociación de diabéticos e hipertensos en Pastaza, período marzo - agosto 2014. Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo Facultad de Ciencias de la Salud carrera de Psicología Clínica.

<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1031/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2015-0021.pdf>

Romero Sánchez, Z (2011). *Reacciones emocionales de ansiedad o depresión más frecuentes que se presentan en adolescentes menores debido a insuficiencia renal crónica* / Tesis de Psicóloga Clínica. - Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas

Rodríguez Reyes, Llapur y González z (2015) Factores psicológicos de riesgo en adolescentes hipertensos esenciales. Rev Cubana Pediatr vol.87 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312015000200005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312015000200005&script=sci_arttext&tlng=en)

Rodríguez, Hernández, Valladares (2018) Estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

<http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf05108.pdf>

Rodríguez, M. (2010). *Métodos de Investigación*. 1ra Edición. México: Ed. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Sandoval, J (2015) Percepción de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos. Universidad

Inca Garcilaso de la Vega. Tesis Doctoral en Psicología. Escuela de Post grado. UIGV

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/353>

Sellén y Barroso (2009) Evaluación y diagnóstico de la hipertensión arterial. Rev cubana Invest Bioméd v.28 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002009000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001)

Spielberg C, y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)*. México D.F: El Manual Moderno

Quijano, S C. (2015). *Nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima 2013*". Tesis de especialista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Escuela de Post Grado.

Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. Ediciones Paidós.

Zavala, M.R y Whetsell, M. (2007) La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Revista Aquichan* 2007; 7 (2): 174-188.

Zavala-Rodríguez M, Ríos-Guerra MC, García-Madrid, G, Rodríguez-Hernández, C (2009). *Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica* Universidad la Sabana. México

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1524/19>

[71](#)



## ANEXO 1

### Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene) Ansiedad- Estado

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente. Nada Algo Bastante Mucho

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5.Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

**Fuente:** Vera,P., Celis, K., Cordova, R., Buella, G., Spielberger, Ch. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. Extraído el 06 de Enero del 2012 desde: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200006)

## ANEXO 2

### Ansiedad-Rasgo

Instrucciones: a continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente. Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien				
2. Me canso rápidamente				
3. Siento ganas de llorar				
4. Me gustaría ser tan feliz como otros				
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
6. Me siento descansado				
7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada				
8. Veo que las dificultades se amontonan y no				
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10. Soy feliz				
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
12. Me falta confianza en mí mismo				
13. Me siento seguro				
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
15. Me siento triste (melancólico)				
16. Estoy satisfecho				
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
19. Soy una persona estable				
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

**Fuente:** Vera, P., Celis, K., Cordova, R., Buena, G., Spierlberger, Ch. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. Extraído el 06 de Enero del 2012 desde: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200006)

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está aparentemente en condiciones de ser evaluado y participar en las pruebas a realizar

He leído, entendido y llenado completamente este cuestionario respondiendo a todas las preguntas:

El Propósito de la aplicación de las pruebas. Es con la Finalidad de establecer el perfil de acuerdo a su etapa menopaúsica, la abajo firmante del presente documento, consciente en someterse a las siguientes pruebas:

- 1.-Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)
- 2.-Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

#### **Beneficios que esperan obtener con las pruebas**

Estas pruebas nos permitirán valorar científicamente su nivel de ansiedad Estado – Rasgo y las estrategias de afrontamiento, es decir, determinar psicológicamente el riesgo psicológico que Ud. tiene ante sus síntomas relacionados a su etapa de climaterio y que puede producir complicaciones en su salud psicológica.

La información obtenida será mantenida con reserva y confidencialidad y uso de los resultados obtenidos se determinará su perfil de riesgo, dándole consejería en pro de mejorar su estado de bienestar. Los registros de los datos serán usados con fines académicos, en el cual su identidad no será revelada.

#### **Preguntas**

Si Usted tiene alguna duda e inquietud acerca de los procedimientos implementados en las pruebas al personal responsable de las mismas, le solicitamos nos lo haga saber para podérselo explicárselo mejor.

La vinculación en el presente estudio es voluntaria, usted está en todo el derecho de participar o de renunciar a la evaluación psicológica planteada anteriormente. De aceptar la participación, afirma que:

"Yo \_\_\_\_\_, identificado con DNI. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años, he leído atentamente este documento y entiendo plenamente los procedimientos de las pruebas. Doy mi consentimiento para someterme a la evaluación con las pruebas psicológicas"

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO 4

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Autora: Bachiller Jacqueline Lara Orbegoso

Especialidad: área clínica

Título: Ansiedad Estado Rasgo en pacientes hipertensos que acuden a consulta externa en un Hospital General 2018

PROBLEMA	JUSTIFICACION	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODO	INSTRUMENTO
<p>1.2.1 Problema General: ¿Cuál es el nivel de ansiedad estado - rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general?</p> <p>1.2.2 Problemas Específicos ¿Cuál es el nivel de Ansiedad Estado en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio</p>	<p>Es un aporte para los especialistas del área de la psicología clínica y de la salud, porque brinda información relevante científica ya que los resultados proporcionan a los médicos y psicólogos datos importantes para comprender mejor que los aspectos psicológicos influyen de manera significativa en los pacientes hipertensos, que permita tomar decisiones a nivel</p>	<p>1.3 Objetivos de la investigación 1.3.1 Objetivo general Conocer el nivel de ansiedad estado - rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general. 1.3.2 Objetivos específicos Identificar y describir niveles de Ansiedad Estado en los pacientes hipertensos que</p>	<p>2.3 Formulación de Hipótesis 2.3.1 Hipótesis General Existe una presencia significativa de los niveles de Ansiedad Estado - Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en un hospital general 2.3. 2 Hipótesis Específicas Existe una presencia significativa de los niveles de Ansiedad</p>	<p><b>3.4.- Variables de estudio.</b>  <b>Variables Atributivas Evaluación de la ansiedad</b> Definida por los resultados obtenidos en el inventario de ansiedad Estado - Rasgo (STAI)  <b>Variables Controladas</b> • <b>Deseabilidad Social</b></p>	<p>El presente estudio es de tipo cuantitativo no experimental, porque permite la medición y cuantificación de la variable de estudio, en este caso los niveles de ansiedad estado rasgo de los pacientes que acuden a consulta externa en un</p>	<p><b>Escala de Ansiedad Estado – Rasgo</b> Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore</p>

<p>de cardiología en un hospital general?</p> <p>¿Cuál es el nivel de Ansiedad Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general?</p> <p>¿Cuál es el nivel de Ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al sexo?</p> <p>¿Cuál es el nivel de Ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al tiempo de enfermedad?</p>	<p>de prevención de la salud integral, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, lo cual repercute no solamente en lo individual sino también a nivel familiar y laboral.</p> <p>En este sentido, es importante explorar los aspectos psicológicos más importantes de los pacientes hipertensos que asisten a los servicios médicos durante su etapa de enfermedad, ya que la asistencia médica no solo realiza tratamiento farmacológico, sino que la asistencia sea integral tanto físico, psicológico y social.</p>	<p>acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general.</p> <p>Identificar y describir niveles de Ansiedad Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general.</p> <p>Identificar y describir niveles de Ansiedad Estado Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al sexo.</p> <p>Identificar y describir niveles de Ansiedad Estado</p>	<p>Estado en un grupo de pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en un hospital general</p> <p>Existe una presencia significativa de los niveles de Ansiedad Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en un hospital general</p> <p>Existe una presencia significativa de los niveles de Ansiedad Estado - Rasgo en un grupo de pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en un hospital general de acuerdo al sexo</p> <p>Existe una presencia significativa de los niveles de Ansiedad Estado - Rasgo en</p>	<p>Se controlará dado que la aplicación del instrumento se realizará de forma anónima, por lo que se presume que existen mayores probabilidades para que los participantes respondan de forma honesta.</p> <p>• <b>Fatiga y/o Cansancio Físico y Mental</b></p> <p>Será controlado debido a que se aplicarán los instrumentos solo a aquellos participantes que ese día de la evaluación.</p>	<p>hospital general</p> <p>La investigación no experimental es aquella investigación en la que no se manipula deliberadamente la variable independiente, lo que hacemos es variar en forma intencional las variables independientes, para posteriormente ver cuál es su efecto ante otras variables. En consecuencia, propiamente dicho, la investigación no</p>	
--	--	--	---	---	--	--

	<p>Finalmente, de acuerdo a los resultados de esta investigación se busca incrementar el interés en los profesionales de la salud en el estudio de los aspectos psicológicos que influyen significativamente en el tratamiento, manejo y recuperación de las enfermedades físicas y en especial de la hipertensión arterial</p>	<p>Rasgo en los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en un hospital general, de acuerdo al tiempo de enfermedad</p>	<p>un grupo de pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en un hospital general de acuerdo al tiempo de enfermedad</p>		<p>experimental analiza la realidad y observa la situación, el momento, como se da en su contexto natural</p>	
--	---	---	---	--	---	--