



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

TEMA

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES
ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

**QUE PRESENTA LA C. TANIA CELIZETH BERNAL ORTÍZ
MÉDICO CIRUJANO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTEGRADA**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA**

**DRA. NATALIA MORALES CARRASCO
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESOR DE TESIS**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2009-2011**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**C.D. JOSÉ LUIS ANTÓN DE LA CONCHA
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H**

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE
MEDICINA DEL I.C.Sa**

**DRA. ANGELICA FRANCO SUÁREZ
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCON
CATEDRÁTICA TITULAR DE METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN**

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE
SALUD DE HIDALGO**

**DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE
SALUD DE HIDALGO**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA**

**DRA. NATALIA MORALES CARRASCO
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESOR DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Gracias señor por permitirme llegar hasta donde me encuentro por tu amor incondicional, por la familia maravillosa que me has dado y por hacer de este y muchos sueños una realidad.

A MIS PADRES: Que me han conducido por la vida con amor y paciencia; brindándome su apoyo, sus consejos y en los momentos más difíciles me alentaron a seguir adelante, hoy ven forjado un anhelo, una ilusión la más grande de mis metas: Mi Profesión por que por ustedes la obtuve y a ustedes se las brindo; pero sobre todo GRACIAS por ser mis padres.

A MIS HERMANOS: Por haberme apoyado incondicionalmente en los momentos más necesitados culminando así mi posgrado; por su cariño, apoyo, comprensión y confianza GRACIAS.

A MIS AMIGOS: Quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos compartiendo éxitos y traspiés en esta aventura llamada posgrado.

A LOS MEDICOS ADSCRITOS: Quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

A MIS PACIENTES: Por haber colaborado en mi formación como médico especialista y por haber tenido fe en mi y en mis conocimientos.

ÍNDICE

	Paginas
I. Agradecimientos	2
II. Antecedentes	4
III. Planteamiento del problema	12
IV. Objetivos de estudio	13
V. Definición de términos	14
VI. Metodología desarrollada	15
VII. Hallazgos	16
VIII. Gráficas	18
IX. Discusión	27
X. Conclusiones y recomendaciones	28
XI. Bibliografía	29
XII. Anexos	
1. Carta de consentimiento informado	33
2. Descripción general del proyecto para pacientes	35
3. Encuesta sociodemografica	36
4. MINI Internacional Neuropsychiatrica evaluación Versión en Español 5.0.0	38
5. Test AUDI	45
6. Test Fagerström	46

II. ANTECEDENTES

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud frecuente en el Hospital General de Pachuca. Actualmente la relevancia de la hipertensión reside, además de sus características propias como enfermedad, en el incremento del riesgo que puede ocasionar para enfermedad arterial coronaria, provocando infarto cardiaco, así como para eventos cerebro-vasculares y daño permanente del riñón (insuficiencia renal crónica); todas ellas con complicaciones mortales o incapacitantes si no se tratan de manera temprana, lo que generaría grandes costos en su atención ⁽¹⁾.

Según los estudios epidemiológicos, la prevalencia de la HTA es hacia la alza, siendo en el 2003 el noveno motivo de consulta de primera vez en la Secretaría de Salud en el país y para el año 2008 conformaban ya el séptimo sitio. La proporción es mayor en mujeres que en hombres (62% vs 38%) y se observa una mayor incidencia en personas mayores de 60 años ⁽¹⁾.

A través de los años se han identificado diversos factores de riesgo que entorpecen la evolución de dicha enfermedad: los factores biológicos tales como edad, género, grupo étnico y antecedentes heredofamiliares y los factores psicosociales. En relación a los factores psicosociales encontramos el consumo de tabaco y alcohol siendo el primero responsable del 25% de las enfermedades crónicas dentro de las cuales se encuentra la HTA; en relación al consumo de alcohol se menciona que el consumo de una copa de alcohol aumenta la presión arterial sistólica (PAS) en 1 mmHg, y la presión arterial diastólica (PAD) en 0.5 mmHg y se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total; otros factores psicocociales como el nivel socioeconómico, desempleo, estrés y el aislamiento social, marcan una diferencia en el manejo de la HTA al influir en la aparición de daño a órgano blanco en pacientes hipertensos ⁽²⁾.

Con la llegada de los grandes estudios epidemiológicos, se señala la inclusión de los trastornos de ansiedad como parte de la evaluación de los factores de riesgo de la HTA e inclusive dándoles un papel como causales de resistencia en dicha enfermedad ⁽³⁾. La posibilidad de que ciertos factores psicológicos conduzcan a la HTA ha sido considerada por muchos investigadores en los pasados 60 años, pero los estudios prospectivos con metodología adecuada para evaluar estas hipótesis no estuvieron disponibles para análisis hasta la década de los noventas ⁽⁴⁾.

Definición y Clasificación de Hipertensión arterial

Hipertensión arterial se define como a la elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg (diastólica) ⁽⁵⁾.

En base a la Norma oficial mexicana 030 SSA (NOM 030) la clasifica a la HTA de acuerdo a los siguientes criterios para efectos de diagnóstico y tratamiento ⁽⁵⁾:

ESTADIO	CIFRAS
Presión arterial óptima	< 120/80 mm. Hg.
Presión arterial normal	120-129/80-84 mm. Hg.
Presión arterial normal alta	130-139/85-89 mm. Hg.
Hipertensión arterial	
Etapa 1	140-159/90-99 mm. Hg.
Etapa 2	160-179/100-109 mm. Hg.
Etapa 3	$\geq 180/ \geq 110$ mm. Hg.

Más sin en cambio en base a la JNC VII (Joint National Comité) la clasifica de la siguiente manera ⁽⁶⁾:

ESTADIO	CIFRAS
Normal	< 120/80 mmHg
Prehipertenso	120-139/80-89 mmHg
Estadio 1	140-159/90-99 mmHg
Estadio 2	$\geq 160/ \geq 100$ mmHg

Definición de Ansiedad

En circunstancias normales, el sistema nervioso se encuentra preparado para advertir y movilizar al individuo frente a una amenaza objetiva y físicamente peligrosa; podemos luchar y atacar, huir o quedarnos paralizados. Sin embargo en los trastornos de ansiedad, el rasgo característico del paciente es la percepción de una amenaza intensa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro objetivo real ⁽⁷⁾.

Con la publicación del DSM-IV hoy conocemos cuatro amplias categorías de los trastornos de ansiedad: A) Trastornos de angustia y de ansiedad (trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada), B) Trastornos fóbicos (agorafobia, fobia social y fobia específica), C) Trastorno obsesivo-compulsivo y D) Trastorno por estrés postraumático. ⁽⁸⁾. Por tanto, la ansiedad no es un trastorno único, sino que forma parte de un espectro o “familia” de trastornos. En la tabla 1 se da una útil descripción de las presentaciones clínicas de los trastornos de ansiedad.

El DSM-IV es bastante explícito acerca de la definición de trastorno psiquiátrico, conceptualizado como un síndrome caracterizado por signos y síntomas físicos, conductuales y psicológicos, que se acompaña de malestar y discapacidad variable. Los trastornos de ansiedad implican una duración, una frecuencia, un número y una intensidad de síntomas que deben resultar suficientemente significativos para mermar la calidad de vida de la persona.

En México, según datos de la más reciente Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), los trastornos psiquiátricos más frecuentes que se presentan en la población general fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Al analizar los trastornos individuales en ambos géneros, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida) y en cuarto lugar, la fobia social (4.7%). Para las mujeres, las fobias (específicas y sociales) fueron los dos principales trastornos ⁽⁹⁾. Según reportes, la mayoría de los individuos diagnosticados con algún trastorno fóbico estaban discapacitados, es decir, con una disfuncionalidad a nivel laboral o social importante ⁽¹⁰⁾.

Aunque la ansiedad tiene varias definiciones, podemos resumir que los elementos comunes a esta experiencia desagradable abarcan: un estado emocional caracterizado por una diversidad de síntomas simpáticos, como dolor torácico, palpitaciones y disnea; un estado poco placentero y doloroso de la mente que anticipa algún mal; la aprensión o el miedo patológicos; las dudas sobre la naturaleza del peligro y la amenaza y periodos con menor capacidad de afrontamiento ⁽⁷⁾. Quedando con el primer descriptor, el cual se abordará en seguida.

Tabla 1. Descripción breve de la presentación clínica de los trastornos de ansiedad

Derivada de los descriptores clínicos y guías diagnósticas del CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-IV (APA, 1994)

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Es caracterizado por excesivo e inapropiada preocupación que es persistente (seis meses o más según DSM-IV) y no está restringida a circunstancias particulares. Los pacientes tienen síntomas físicos de ansiedad y síntomas psicológicos claves (cansancio, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño).

Trastorno de Pánico (con o sin agorafobia)

Caracterizado por episodios recurrentes e inesperados de ansiedad severa (“ataques de pánico”), con grados variados de ansiedad anticipatoria entre ataques. Los ataques de pánicos son periodos discretos de miedo intenso o incomodidad, acompañados de al menos cuatro síntomas físicos o psicológicos de ansiedad. Típicamente los ataques de pánico alcanzan su pico dentro de los primeros diez minutos y duran alrededor de 30-45 minutos. La mayoría de los pacientes desarrollan temor de tener ataques de pánico futuros.

Alrededor de dos terceras partes de los pacientes con trastorno de pánico desarrolla agorafobia, definida como miedo en lugares o situaciones de los cuales escapar puede ser difícil o donde la ayuda puede no estar disponible, en el caso de tener un ataque de pánico. Estas situaciones originan enclaustramiento y/o evitación de ciertas situaciones públicas.

Fobia social (Trastorno de ansiedad social)

La fobia social está caracterizada por un miedo marcado, persistente e irracional de ser observado o evaluado negativamente por otra gente, en situaciones sociales, asociado con síntomas físicos y psicológicos de ansiedad. Situaciones fóbicas (tales como hablar o comer en público) son evitadas o acompañadas de un estrés significativo.

Fobia específica

La fobia específica, simple o aislada está caracterizada por excesivo e irracional miedo a (y restringido a) personas únicas, animales, objetos o situaciones (p.ej. volar, ver sangre, el dentista, etc.) los cuales son evitados o se acompañan de un estrés significativo.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Está caracterizado por una exposición previa a un trauma (haber estado en riesgo de morir o haber sufrido daño serio, o amenazas a la integridad física de uno u otras personas), con una respuesta de miedo intenso, impotencia o pánico: con el posterior desarrollo de síntomas de reexperimentación (pensamientos intrusivos, flashbacks o sueños), síntomas de evitación (p.ej. evitar actividades o pensamientos asociados con el trauma), y síntomas de hiperactivación (incluidos alteraciones del sueño, hipervigilancia y respuestas de sobresalto exageradas).

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

El TOC está caracterizado por rumiaciones obsesivas recurrentes, imágenes o impulsos, y/o rituales mentales o físicos recurrentes, los cuales son estresantes, consumen cierto tiempo al día y causan interferencia con la función social o laboral. Obsesiones comunes son las relacionadas con la contaminación, accidentes, temas religiosos o sexuales; rituales comunes incluyen lavado, limpieza, verificación, contar y tocar.

Fuente: British Association for Psychopharmacology, 2005

Ansiedad y enfermedades cardiovasculares

Relación biológica de la ansiedad con el sistema cardiovascular

El papel de la ansiedad en el curso de las enfermedades cardiovasculares comenzó a estudiarse tal vez desde la época de Cicerón, cuando los romanos utilizaban la palabra *anxietas* como un indicador de un estado duradero de medrosidad, en contraste con *angor* que revela un estado momentáneo de miedo intenso, análogo al concepto actual de angustia. El término *angor* también denota estrangulamiento y la idea de estrechamiento es otra connotación del término latino *angustia*. Estas raíces han dado origen a las voces inglesas *anger* (cólera o furia) y *angina* (utilizada ya en la época romana para describir la sensación de opresión en el tórax y la angustia asociada) (7).

Una variedad de mecanismos biológicos pueden explicar por qué los pacientes con ansiedad tienen un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares. El estrés causa inestabilidad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Bajo estrés se libera cortisol provocando una hiperactividad del sistema simpático adrenal con la consiguiente liberación de adrenalina y noradrenalina, incrementando así la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la resistencia vascular. Se han encontrado niveles plasmáticos elevados de adrenalina y noradrenalina en pacientes hipertensos en comparación con normotensos, ambos con rasgos de ansiedad (11). También se han evaluado rasgos de personalidad en pacientes con HTA, puntuando siempre alto para rasgos de ansiedad (12).

Niveles elevados de cortisol han sido relacionados con el desarrollo de aterosclerosis e hipertensión, aunque aún permanece poco claro si esto es un efecto directo o indirecto (13). La hiperrespuesta simpática está también ligada al desarrollo de isquemia durante el ejercicio o estrés mental (14).

En resumen, tanto la hipertensión como la ansiedad comparten un mecanismo en común: disfunción autonómica. A pesar de esta evidencia, hay pobre reconocimiento de los trastornos de ansiedad en primer nivel y en hospital general (15). Una de las razones para esta escasa búsqueda es tal vez la dificultad para discriminar síntomas de ansiedad patológica de la asociada con la condición médica que presenta el sujeto. No hay que confundir ansiedad con la preocupación, hasta cierto punto esperable, al recibir un diagnóstico médico y sobrellevar una enfermedad como la HTA. El propio padecimiento y los marcos asistenciales potencian estos temores. Wells y cols. (16) señalaron que la prevalencia de trastornos de ansiedad entre los pacientes con enfermedades médicas crónicas llegaban al 21.3% a lo largo de la vida. Estas prevalencias son significativamente superiores a las halladas en la población general. En el entorno ambulatorio, el 4 a 8% de los pacientes sufre trastornos de ansiedad, y en el hospitalario la cifra puede elevarse hasta el 23% (17).

Ansiedad y su influencia en la presión arterial

La presencia de trastornos de ansiedad se ha estudiado ampliamente en pacientes con hipertensión. El 12% de los pacientes hipertensos tienen síntomas de ansiedad, además de predominar el género femenino en dichos pacientes, la duración de la HTA e historial previo de hospitalizaciones fueron predictores independientes para presentar síntomas de ansiedad ⁽¹⁸⁾. Aunque hay una variedad de estudios donde se estudia la relación de los síntomas de ansiedad con la presencia de HTA, las conclusiones son débiles o ambiguas en la mayoría de los casos.

Puesto que las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados, se han desarrollado modelos de predicción del riesgo de padecer este tipo enfermedades tomando en cuenta que uno de los factores de riesgo que se asocian con la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular es la presencia de HTA; entre estos estudios encontramos al estudio Framingham, el cual estudia el incremento progresivo de los valores de la presión arterial a 10 años, analizando la secuencia temporal del desarrollo de HTA a partir de valores considerados como óptimos o en la franja de normal-alta ⁽¹⁹⁾.

Uno de los resultados que arrojó el estudio Framingham fue una asociación significativa en hombres de mediana edad (de 45 a 59 años) que presentaban niveles basales de ansiedad intensa para desarrollar HTA a los 18 años de seguimiento, asociación que no se encontró en adultos mayores y mujeres ^(2,19). Chaves y cols. ⁽²⁰⁾ tampoco encontraron diferencia significativa entre ansiedad y presión arterial en mujeres de una muestra latinoamericana. Sin embargo otros estudios longitudinales apoyan la relación de altos niveles de ansiedad con un incremento en la probabilidad de desarrollar HTA en mujeres europeas de mediana edad ⁽²¹⁾.

Una de los temas que llama la atención al revisar estudios posteriores que se han realizado para determinar el papel de los trastornos de ansiedad en el desarrollo de la HTA es la disparidad de los resultados a pesar de ser, en su mayoría homogéneos en su metodología.

Según los resultados de otro gran estudio epidemiológico, el Coronary Artery Risk Development in young Adults (CARDIA), el cual es una cohorte seleccionada para determinar el desarrollo de factores de riesgo de enfermedad arterial coronaria en adultos jóvenes, trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad no estuvieron relacionados con la presencia de HTA en adultos entre 18 y 30 años ^(22, 23). En otro artículo, también una cohorte pero con un rango de edad mucho mayor, abarcando a mayores de 20 años, si encontraron asociación de ansiedad y depresión como predictores para el desarrollo de HTA a un año ⁽²⁴⁾.

En un estudio longitudinal a 7 y 16 años, realizado por Jonas y cols. (25), se encontró que la comorbilidad de ansiedad y depresión de intensidad moderada y alta, fueron predictores de incidencia tardía para desarrollar HTA. La fuerza y consistencia de diversos estudios de asociación entre ansiedad y enfermedades cardiovasculares, junto con la plausibilidad biológica de la evidencia experimental, sugieren que la ansiedad puede contribuir al riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) (26). Sin embargo otros autores no han encontrado relación de la ansiedad con el desarrollo de la HTA en normotensos (27, 28).

En una población latinoamericana se encontró una mayor frecuencia de ansiedad en el grupo con HTA vs el grupo control (29). Cabe destacar que este es uno de los pocos estudios realizados en población hispana para determinar la presencia de ansiedad en pacientes hipertensos y que usa en su metodología una evaluación clinimétrica adecuada en busca de trastornos de ansiedad, al aplicar una entrevista estructurada basada en criterios diagnósticos del DSM III (SCID).

Otro estudio utilizó criterios clínicos del DSM IV para diagnosticar trastornos de ansiedad en el área de consulta externa de cardiología de un hospital general en Nueva York, detectando TAG y TEPT en más del 20% de los pacientes, encontrando en segundo y tercer lugar la fobia social y los ataques de pánico con o sin agorafobia (4.9% y 3.3% respectivamente) (30).

Una de las limitaciones más importantes de la mayoría de los estudios, es la aplicación de escalas que conceptualizan a la ansiedad como una variable dimensional, es decir, un rasgo que está presente de manera vaga durante un tiempo no determinado y no bien definido.

Una excepción tal vez son los estudios realizados por Davies y cols. en el 2004 al usar criterios clínicos y escalas autoaplicadas enfocadas a determinar algunos trastornos del espectro ansioso. En un primer estudio realizado en 1997 (31), no hallaron diferencias en la prevalencia de ataques de pánico, ansiedad y depresión entre pacientes con HTA resistente e hipertensos respondedores. Sin embargo, comprobaron que las crisis de pánico tuvieron una prevalencia elevada en ambos grupos (33% y 39%, respectivamente). En un segundo estudio, señaló que la intolerancia medicamentosa por efectos adversos inespecíficos en hipertensos se relacionó con ataques de pánico y otras manifestaciones de morbilidad psiquiátrica. La confusión puede llevar al paciente a pensar en una intolerancia al tratamiento antihipertensivo y por lo tanto a dejar el tratamiento (32). Estos resultados indican la conveniencia de evaluar los posibles factores psiquiátricos que pudieran tener un papel en la resistencia al tratamiento de la HTA.

Aunque la activación simpática es una reacción momentánea y esperable ante una amenaza real, hay una parte de la población en la que estas respuestas de ansiedad se manifiestan de manera patológica (sin una amenaza real), volviéndose constantes y crónicas, por lo que podemos suponer que la presencia de un trastorno de ansiedad conllevaría a una activación casi permanente del sistema nervioso simpático, repercutiendo en la función cardiovascular y contribuyendo a la aparición/complicación de diversos trastornos como la hipertensión arterial ⁽⁷⁾. Ya desde 1986, Coryell y cols. ⁽³³⁾ encontraron que en pacientes ambulatorios, la mortalidad debido a enfermedad cardiovascular se elevaba en el caso de hombres con trastornos de pánico.

Otro hallazgo es la asociación entre la presión arterial elevada y la muerte súbita cardiovascular, encontrando que los pacientes con fobia social tienen un riesgo cuatro veces mayor de muerte súbita; el mecanismo aún es incierto pero es probable que sea por inducir arritmias ventriculares, por lo que los trastornos de ansiedad pudieran predecir futuros eventos cardiacos, tales como infartos al miocardio ⁽³⁰⁾. En adultos de mediana edad, el TAG y la depresión están asociados a HTA ⁽³⁴⁾ y en otro estudio, se encontró que la combinación de depresión y TAG son predictores de mortalidad cardiovascular ⁽³⁵⁾. Se ha utilizado tratamiento ansiolítico -como diazepam- en el tratamiento de la presión elevada sin daño a órgano blanco, siendo igual de eficaz que la administración inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ⁽³⁶⁾.

Aun cuando parece ser que son los factores biológicos los determinantes primarios de la HTA y que el papel de los factores psiquiátricos es bajo en pacientes sin una enfermedad cardiovascular presente, se debe enfocar en la detección de trastornos comórbidos que puedan modificar el curso de una enfermedad que a la vez es crónica y deteriorante como la HTA. Así pues, al ingresar a un paciente determinado en un hospital general, el clínico debe de prepararse para incluir, dentro del diagnóstico diferencial inicial, un trastorno primario de ansiedad, cualquiera que sea la enfermedad médica ⁽⁵⁾.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial constituye un problema importante, siendo uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud.

Se ha observado una relación existente entre los trastornos de espectro ansioso con la presión arterial, mostrando distintos estudios como los pacientes hipertensos están caracterizados por una respuesta de ansiedad más alta que los pacientes normotensos, así mismo estos pueden contribuir a un mal control de la hipertensión y originar resistencia a los fármacos.

La ansiedad es un síntoma muy frecuente en la sociedad actual. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia es frecuente que se tarde en establecerse su relación con la hipertensión arterial.

Los pacientes hipertensos pueden experimentar algún trastorno de espectro ansioso al ser conscientes de su diagnóstico, experimentando reacciones negativas al saberse hipertensas o al no lograr un adecuado control de la hipertensión originando así un círculo vicioso de ansiedad, respuesta hipertensora de estrés, más ansiedad que a veces cuesta mucho romper, aumentando la presión arterial en las personas que experimentan crisis de angustia. La ansiedad sobre hipertensión provoca más hipertensión, y la hipertensión sobre la ansiedad provoca más ansiedad.

Es por eso que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de presentación de trastornos de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa del Hospital General de Pachuca?

IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

Determinar la frecuencia de trastornos de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial que acudan a la consulta externa del Hospital General de Pachuca.

Objetivos específicos

1. Determinar las principales características sociodemográficas de la muestra.
2. Identificar los principales diagnósticos de trastornos de ansiedad que se presenten en los pacientes con hipertensión arterial.
3. Identificar la presencia de factores asociados psicosociales para hipertensión arterial.
4. Identificar la presencia de complicaciones cardiovasculares en la población de la muestra.
5. Identificar los principales tipos de medicamentos antihipertensivos utilizados.
6. Identificar las posibles diferencias entre grupos.

V. DEFINICIÓN DE TERMINOS

CARDIA: Coronaria artery risk development young adults

ENEP: Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica

EVC: Evento vascular cerebral

HTA: Hipertensión arterial

HVI: Hipertrofia ventricular izquierda

IAM: Infarto agudo a miocardio

IMC: Índice de masa corporal

IRC: Insuficiencia renal crónica

JNC VII: Join National Comité

OH: Alcohol

PAD: Presión arterial diastólica

PAS: Presión arterias sistólica

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

TEPT: Trastorno de estrés post-traumático

TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo

VI. METODOLOGIA DESARROLLADA

De los 133 pacientes que se seleccionaron, los 133 resultaron elegibles; de estos los 133 contaron con encuestas completas y eran mayores de 18 años y menores de 96 años, mismos que se incluyeron en el estudio de frecuencia obteniendo una muestra de 133 pacientes (100%) con reporte completo de test aplicados.

Para el subanálisis de evaluación de trastornos de ansiedad se incluyeron 133 pacientes, los cuales todos fueron muestreados en los diferentes servicios de la consulta externa del Hospital General de Pachuca. Se analizaron características como edad, género, nivel de educación, antecedentes de HAS, DM, tratamiento hipertensivo, así como de consumo de alcohol, tabaco y realización de Test MINI Internacional Neuropsychiatric Interview Plus para la detección de trastornos de ansiedad.

Para estimar la dependencia al alcohol se utilizo el Test AUDIT calificando a los pacientes como abstemios, de bajo riesgo, alto riesgo y dependientes al OH de acuerdo al puntaje obtenido; y para determinar la dependencia al tabaco el Test Fagerström utilizando como criterio para determinar la dependencia a tabaco aquellos pacientes con puntaje mayor a 7.

Por medio de la estadística descriptiva X^2 , se busco la relación entre la respuesta al tratamiento hipertensivo y la presencia de trastornos de ansiedad, utilizando para la construcción de la base de datos el formato de Microsoft 2010 y para el análisis estadístico el programa SPSS Statistics versión 17.0.

VII. HALLAZGOS

Los datos obtenidos en este estudio nos muestra que participaron 133 pacientes de la consulta externa del Hospital General de Pachuca con el antecedentes de HAS siendo la mayoría del sexo femenino correspondiendo al 64.6% (86) y el 35.4% (47) al sexo masculino, de los cuales 75 pacientes del sexo femenino presentaron HAS controlada y 11 HAS de difícil control así bien 41 pacientes masculino con HAS controlada y 6 HAS de difícil control; los rangos de edad que predominaron fueron 51-60 años con 35 pacientes y 71-80 años con 27 pacientes.

En relación a la presencia de comorbilidades asociada se observó que de los 133 pacientes en relación al IMC predominaron los pacientes con sobrepeso con 57 pacientes, seguidos de 38 pacientes con IMC dentro de parámetros normales, así bien se encontraron 6 pacientes con obesidad mórbida y dos con peso bajo de parámetros normales; en relación a la presencia de DM se observo que de los 133 pacientes el 39.8% presentaron DM de los cuales solo el 6.7% pertenecieron al grupo con HAS de difícil control; dentro de la presencia de complicaciones cardiovasculares se pudo observar que el 51% presentaron complicaciones, el 36.8% no las presentan y el 12% desconocen presentar alguna, dentro de estas complicaciones las que se observaron con mayor frecuencia fue la presencia de HVI con 24 pacientes de los cuales el 20.8% fueron con presencia de HAS de difícil control, IRC con 24 pacientes de los cuales el 25% pertenecieron al grupo con HAS de difícil control, seguidos de EVC con un número de 17 pacientes predominando aquellos con HAS controlada (58.8%).

Otro de los datos obtenidos en cuanto a la respuesta al tratamiento fue que el 100 % de la muestra se mantienen con tratamiento farmacológico, de los cuales 50 pacientes (37.6%) consumen más de un antihipertensivo y 83 pacientes (62.4%) solo consumen un antihipertensivo; siendo los más frecuentes los IECA (73 pacientes) en el grupo con HAS controlada y los diuréticos (15 pacientes) en el grupo con HAS de difícil control.

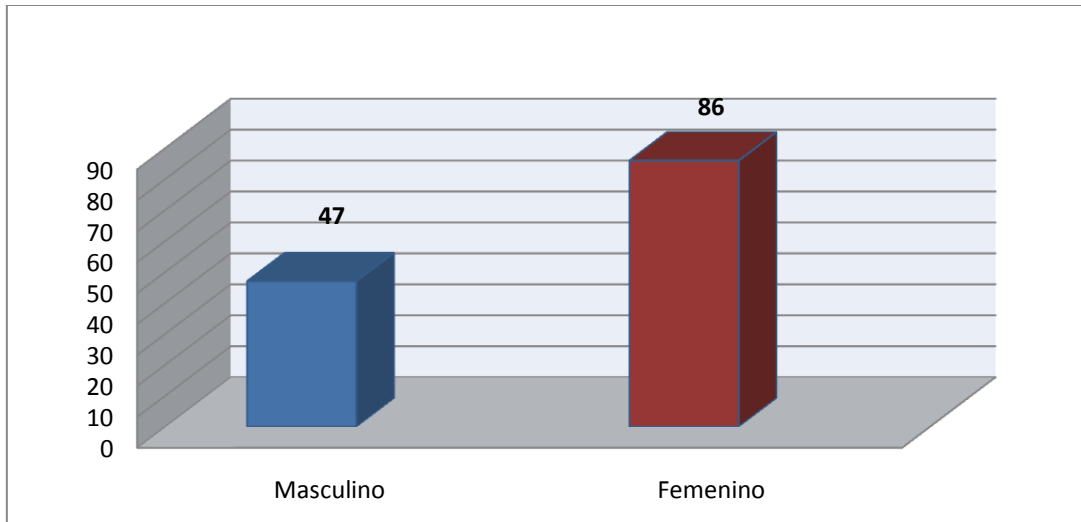
En cuanto a los factores asociados estudiados como dependencia al OH y tabaco, se pudo observar que en relación a la dependencia al OH 61 pacientes con HAS controlada resultaron abstemios de los cuales predomina el sexo femenino con 49 pacientes así bien se observo que de igual forma en aquellos pacientes con HAS de difícil control predominaron los pacientes abstemios con un número mayor en el sexo femenino (9 pacientes), en relación a la dependencia al tabaco tanto en el grupo de HAS controlada como del grupo de HAS de difícil control fueron mas frecuentes los pacientes no dependientes al tabaco predominando el sexo femenino.

Otra variable estudiada fue la presencia de trastornos de ansiedad en donde se observó que de los 133 pacientes incluidos en el estudio 74 pacientes presentaron algún tipo de trastorno de ansiedad obteniendo así una prevalencia de 55%.

De los 74 pacientes con trastorno de ansiedad el 60% fueron del sexo femenino, en relación a la diferencia de grupos se pudo observar que el 58% de los 17 pacientes con HAS de difícil control presentaron algún trastorno de ansiedad mientras que el 55% de los 116 pacientes con HAS controlada presentaron trastorno de ansiedad arrojando una $p < 0.05$, así bien los trastornos de ansiedad más observados en relación al sexo y respuesta al tratamiento farmacológico fue el TAG con 17 pacientes del sexo masculino y 23 pacientes del sexo femenino en el grupo con HAS controlada, mientras que en el grupo con HAS de difícil control el trastorno de ansiedad más frecuente fue el trastorno de angustia con 7 pacientes del sexo masculino y 18 pacientes del sexo femenino.

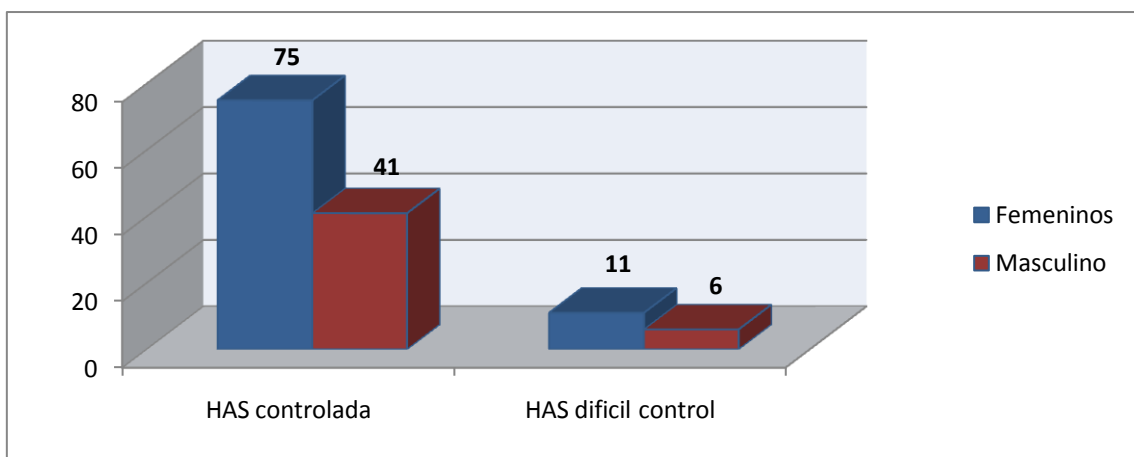
VIII. GRÁFICAS

CUADRO 1. Pacientes de acuerdo a género



FUENTE: Encuesta socio-demográfica

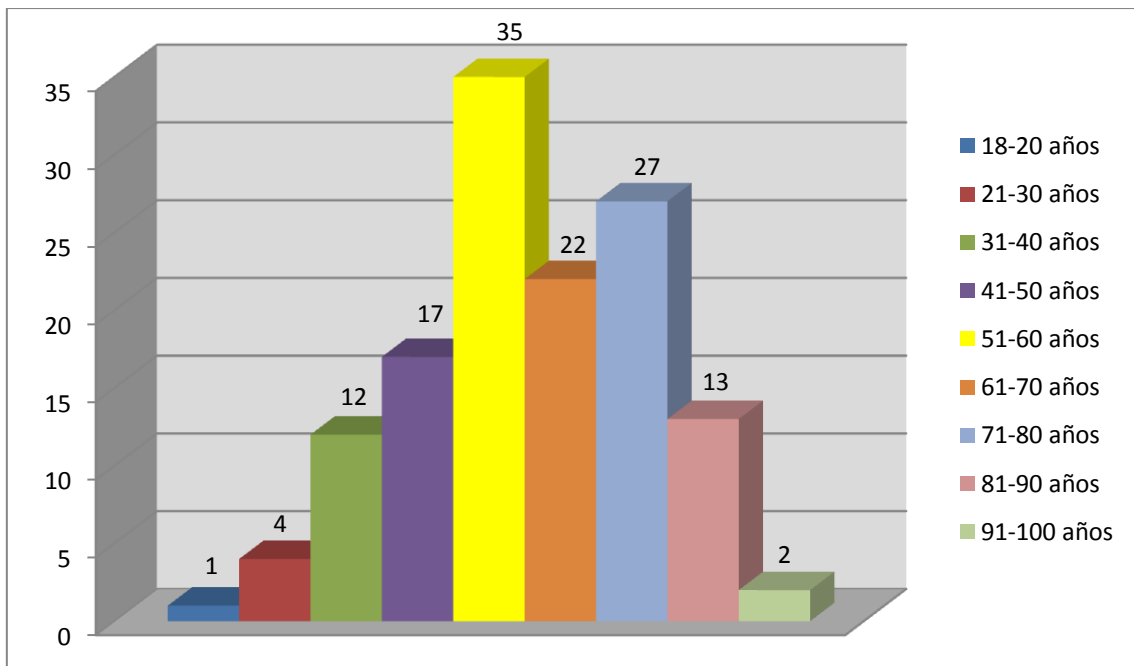
CUADRO 2. Pacientes de acuerdo a respuesta al tratamiento



$P < 0.05$

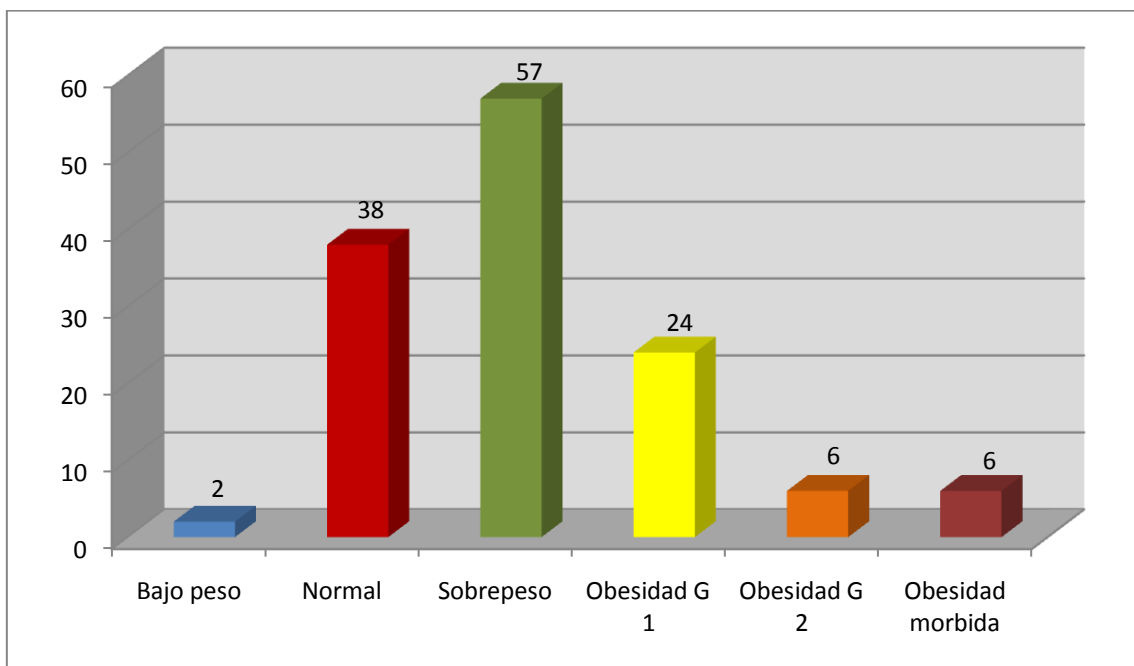
FUENTE: Encuesta socio-demográfica

CUADRO 3. Pacientes de acuerdo a grupo de edad



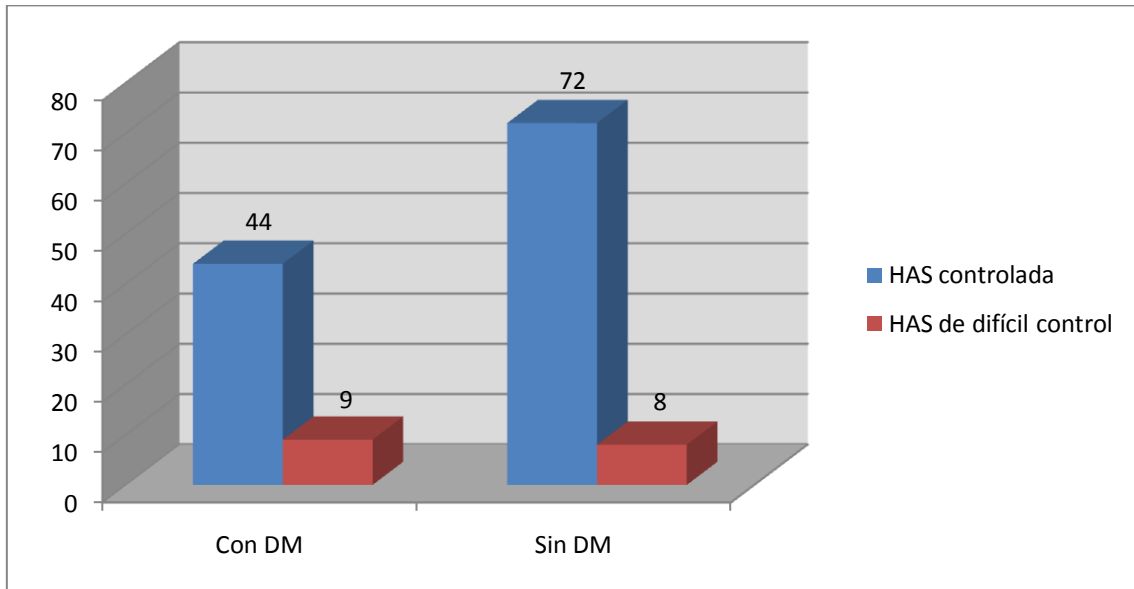
FUENTE: Encuesta socio-demográfica

CUADRO 4. Pacientes de acuerdo a IMC



FUENTE: Encuesta socio-demográfica

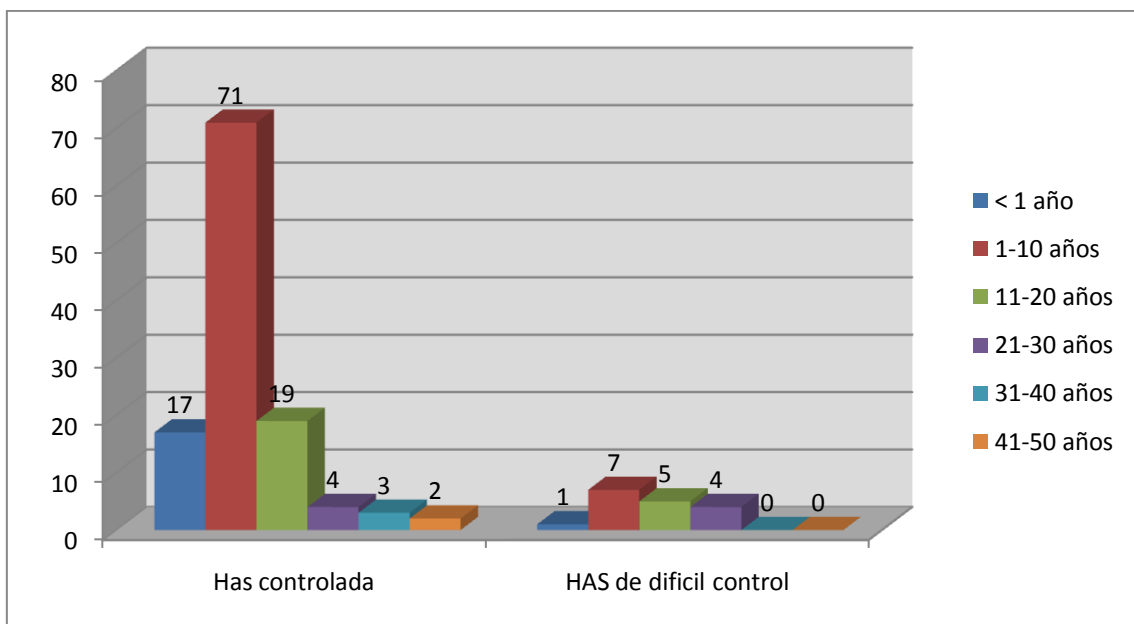
CUADRO 5. Frecuencia de DM en pacientes de acuerdo a respuesta al tratamiento



P > 0.05

FUENTE: Encuesta socio-demográfica

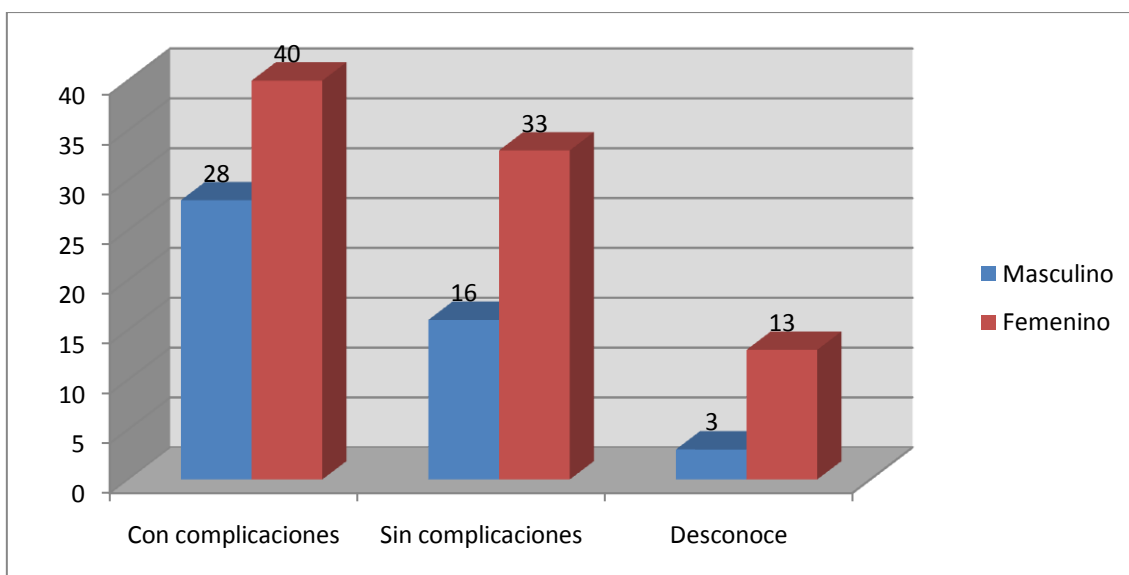
CUADRO 6. Pacientes de acuerdo a tiempo de evolución



P > 0.05

FUENTE: Encuesta socio-demográfica

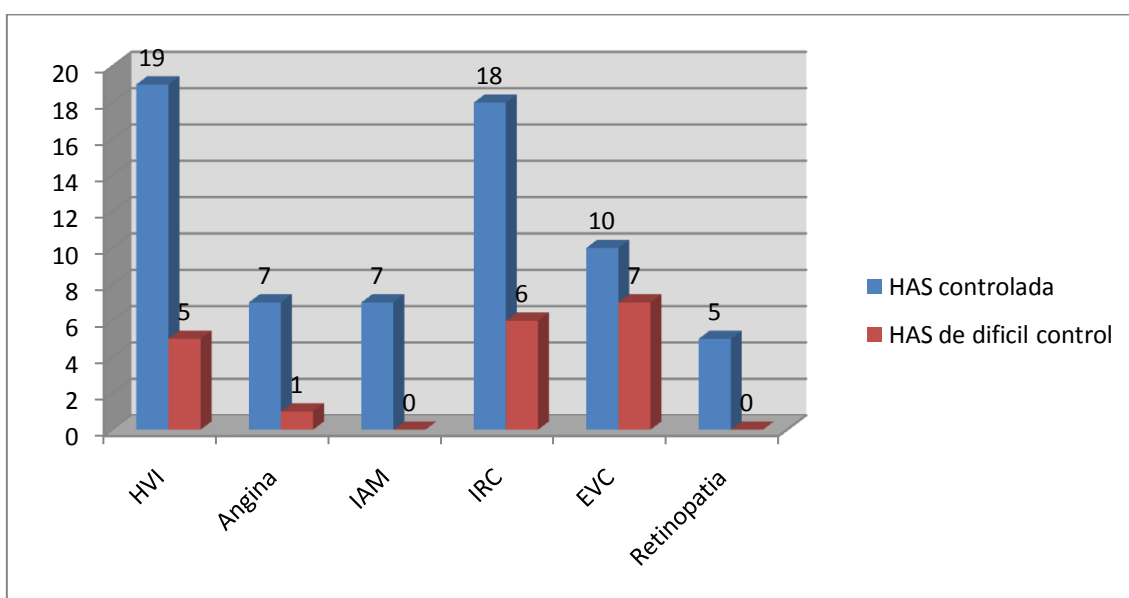
CUADRO 7. Pacientes con conocimiento de complicaciones



P > 0.05

FUENTE: Encuesta socio-demográfica

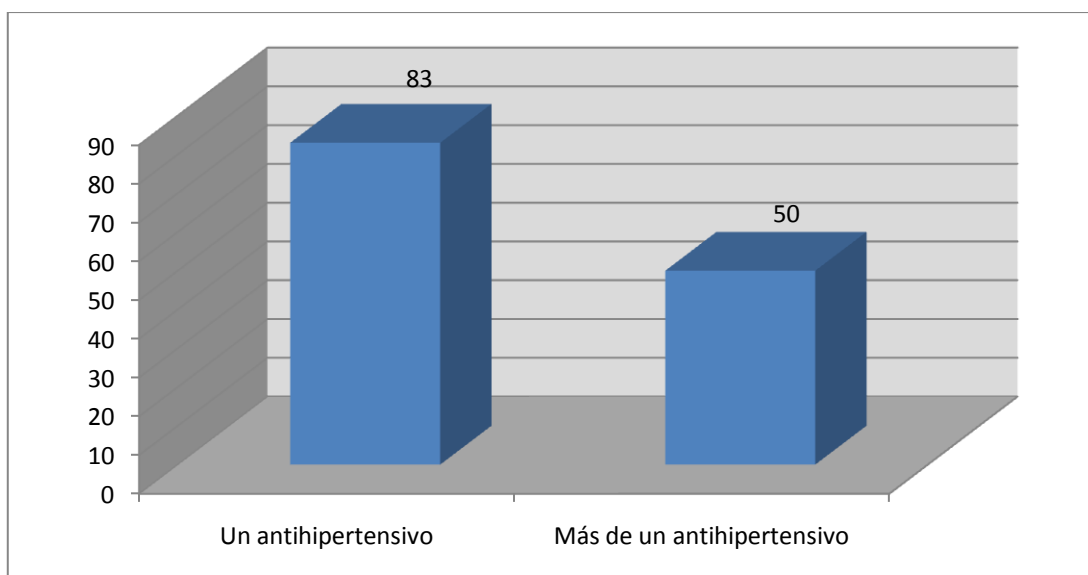
CUADRO 8. Complicaciones más frecuentes en la población estudiada de acuerdo a respuesta a tratamiento



P > 0.05

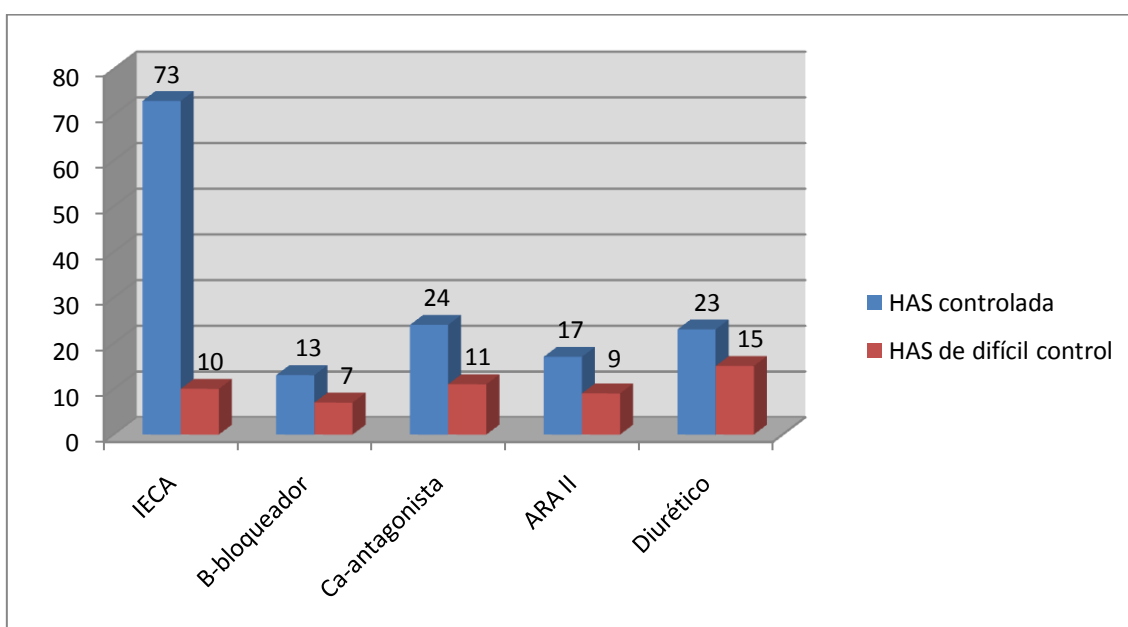
FUENTE: Encuesta socio-demográfica

CUADRO 9. Cantidad de antihipertensivos en la población estudiada



FUENTE: Encuesta socio-demográfica

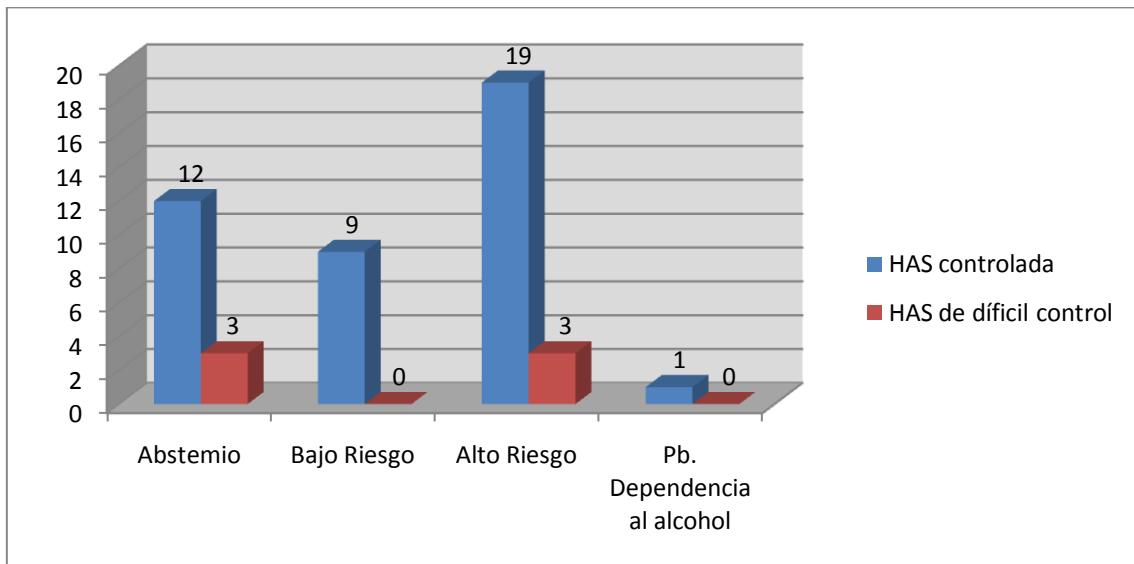
CUADRO 10. Tipo de tratamiento antihipertensivo en relación a respuesta al tratamiento



P > 0.05

FUENTE: Encuesta socio-demográfica

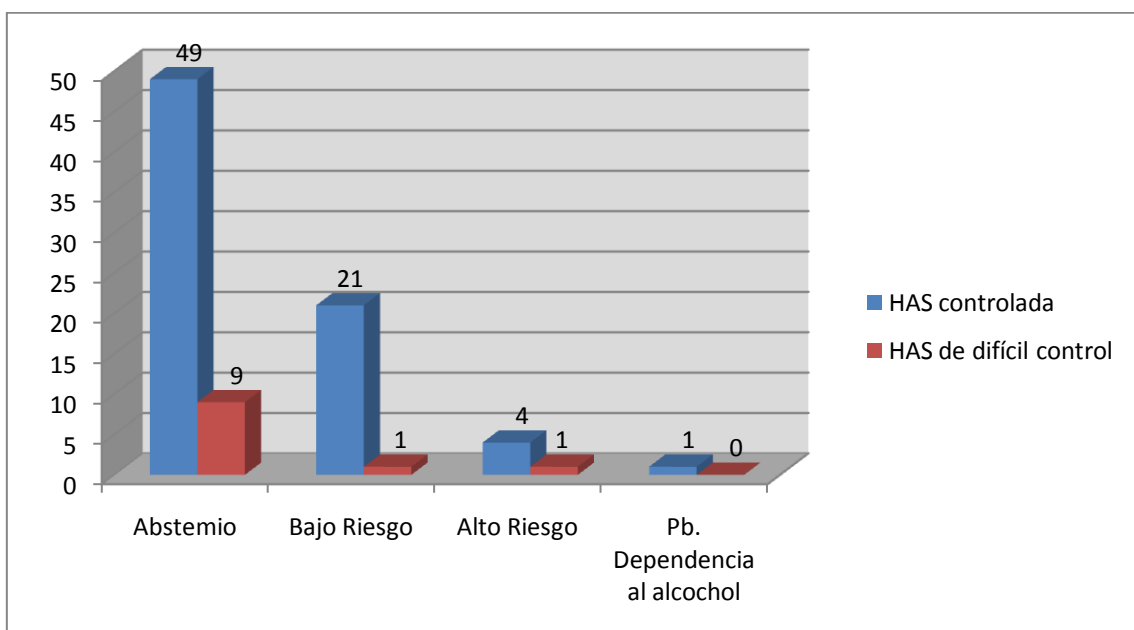
CUADRO 11. Grados de dependencia al alcohol como factor asociado para HAS en pacientes masculinos



P > 0.05

FUENTE: Test de AUDIT

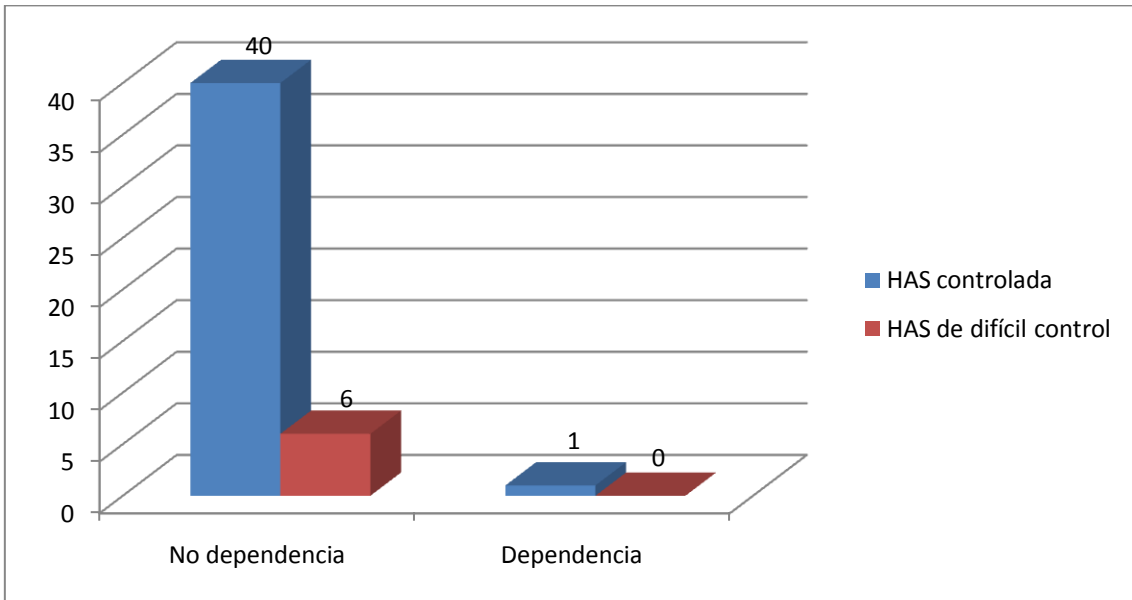
CUADRO 12. Grados de dependencia al alcohol como factor asociado para HAS en pacientes femeninos



P > 0.05

FUENTE: Test de AUDIT

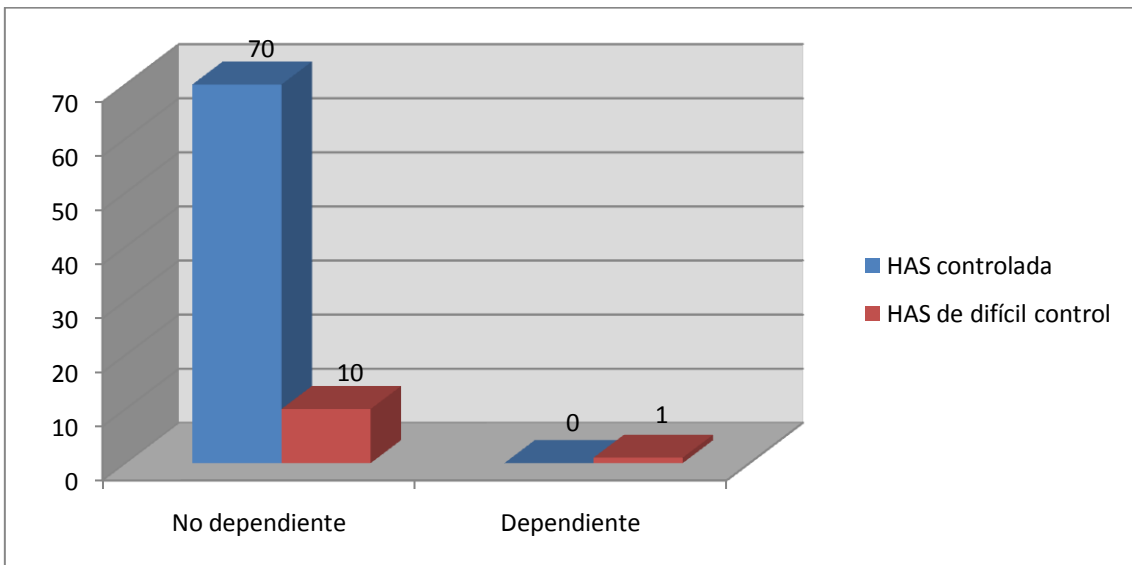
CUADRO 13. Dependencia al tabaco como factor asociado para HAS en pacientes masculinos



P > 0.05

FUENTE: Test Fagerström

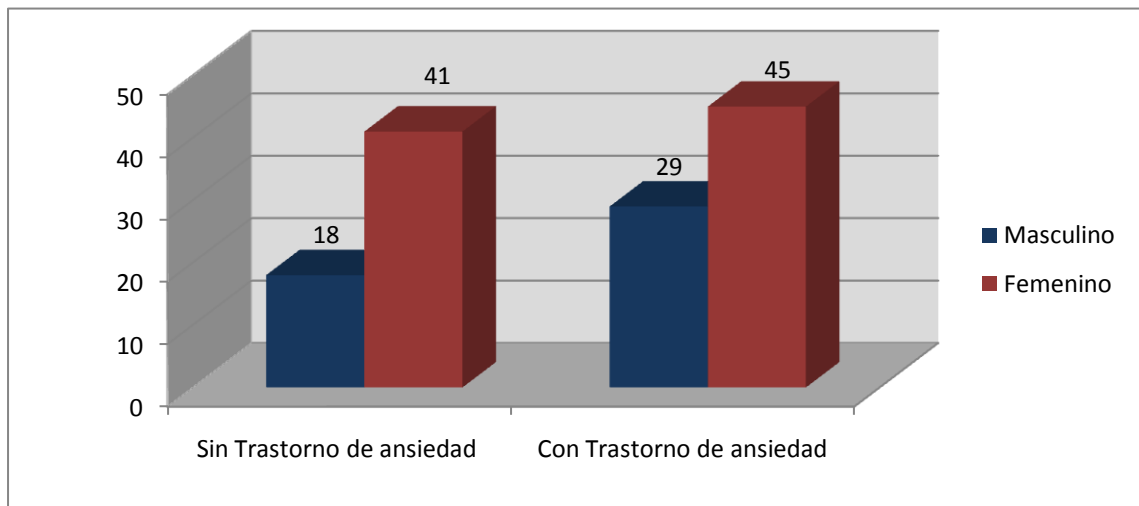
CUADRO 14. Dependencia al tabaco como factor asociado para HAS en pacientes femeninos



P > 0.05

FUENTE: Test Fagerström

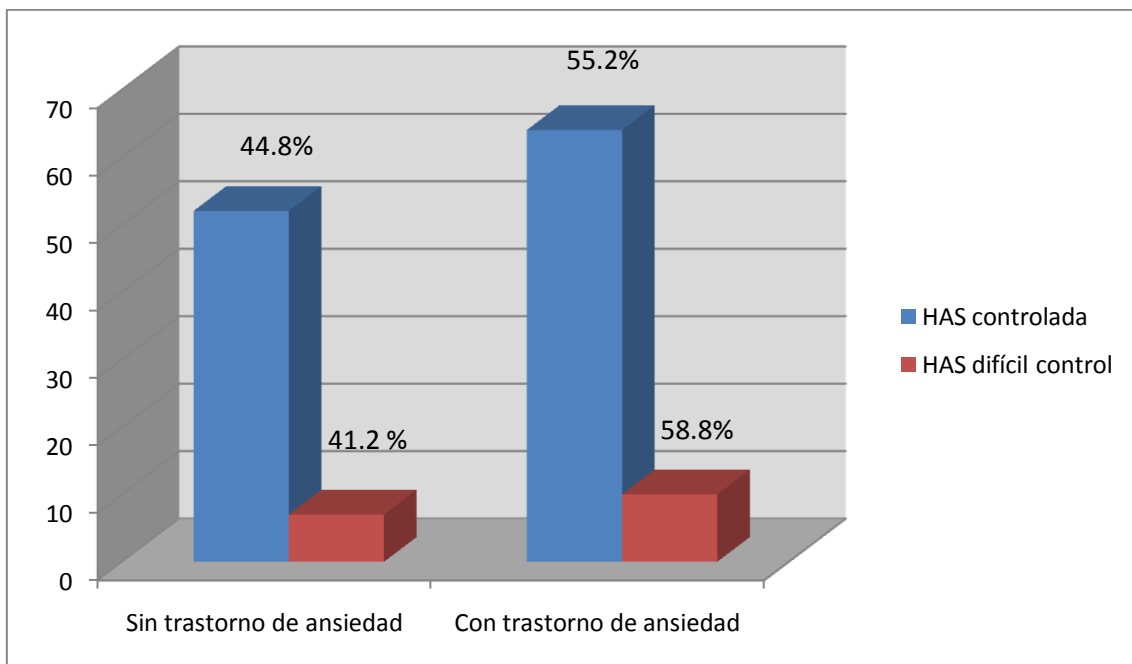
CUADRO 15. Presencia de trastornos de ansiedad de acuerdo al género



P > 0.05

FUENTE: MINI Internacional Neuropsychiatric Interview Plus

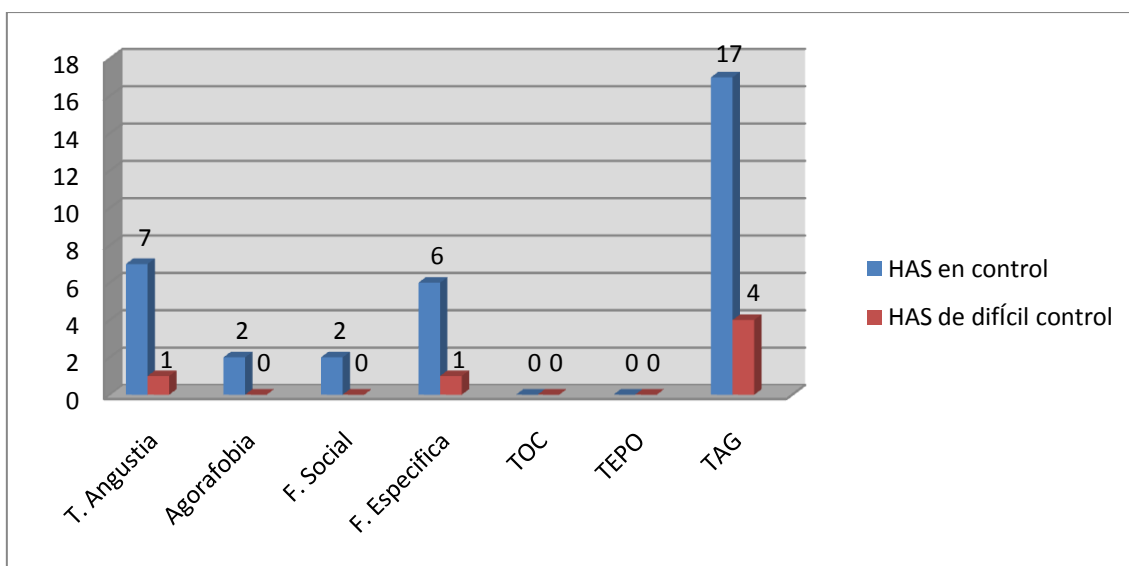
CUADRO 18. Presencia de trastorno de ansiedad de acuerdo a respuesta al tratamiento



P < 0.05

FUENTE: MINI Internacional Neuropsychiatric Interview Plus

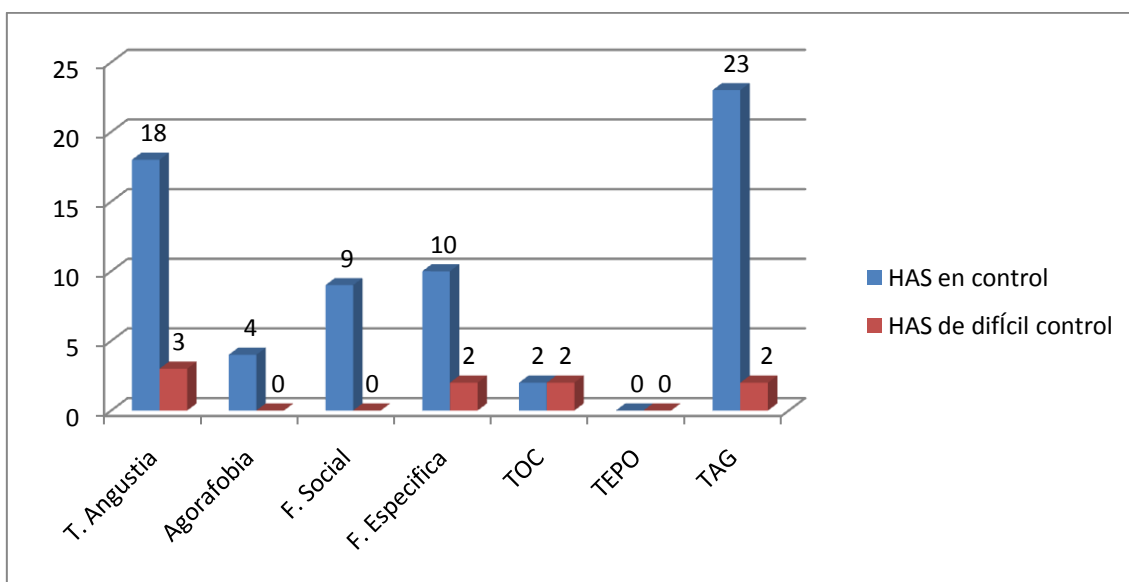
CUADRO 17. Hombres con trastorno de ansiedad



P > 0.05

FUENTE: MINI Internacional Neuropsychiatric Interview Plus

CUADRO 18. Mujeres con trastorno de ansiedad



P > 0.05

FUENTE: MINI Internacional Neuropsychiatric Interview Plus

IX. DISCUSIÓN

De acuerdo a las variables establecidas y los resultados previamente enumerados demuestran que de los 133 pacientes incluidos en el estudio predominó el sexo femenino con el 64% de los pacientes presentando una edad media en el total de los pacientes de 60.8 años y una desviación estándar de 16.7 observando así similitud con reportes de estudios previos ⁽¹⁾, del total de los 133 pacientes estudiados el 55% presentaron algún trastorno de ansiedad correspondiendo al 13.5% de estos pacientes al grupo con HAS de difícil control vs 86.4% con HAS controlada obteniendo así una $P < 0.05$ predominando el sexo femenino con el 8.1% de los pacientes considerando la existencia de significancia estadística en ambos grupos siendo similar a reportes previos ⁽³⁾, sin embargo no así dentro de los trastornos de ansiedad más frecuentes en este grupo de paciente se observó el TAG con 23 pacientes seguida del trastorno de angustia con 18 pacientes así bien en el sexo masculino no se observó diferencia⁽⁹⁾.

Dentro de las comorbilidades más frecuentes observadas fueron la presencia de un IMC con sobrepeso en el 42.8% de los 133 pacientes estudiados y solo el 4.5% con presencia de obesidad mórbida de los cuales el 50% presentaron algún trastorno de ansiedad; el 39.8% de los pacientes presentaron DM de los cuales el 83% correspondieron al grupo de HAS de difícil control; otra comorbilidad estudiada fue la presencia de complicaciones cardiovasculares en los que se observó que el grupo de pacientes con HAS controlada predominó la presencia de HVI con 19 pacientes, sin embargo en el grupo de pacientes con HAS de difícil control la complicación con mayor frecuencia fue la presencia de EVC con 7 pacientes no observando diferencia con estudios previos ⁽²⁹⁾.

En cuanto a la dependencia al alcohol se observó que predominaron los pacientes abstemios con el 54.1% de los 133 pacientes, de los cuales solo el 16.6% correspondieron al grupo con HAS de difícil control y en relación a la dependencia al tabaco se encontró que el 63.9% de los 133 pacientes no presentaron dependencia, siendo el 88.2% de estos del grupo con HAS controlada, pudiendo observar que la dependencia al alcohol y tabaco como factores psicosociales no se relacionan en la población estudiada con el control de la HAS ni con la presencia o ausencia de trastornos de ansiedad como se ha reportado en estudios previos ⁽²⁾.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en este estudio se establece que existe la presencia de diferencia estadística en ambos grupos (HAS controlada Vs HAS de difícil control) en relación a la presencia de algún tipo de trastorno de ansiedad; por lo que estableciendo que la hipótesis planteada al inicio del estudio refiere que la presencia de trastornos de ansiedad es mas frecuente en el grupo de pacientes con HAS de difícil control Vs HAS controlada es aceptada ya que los resultados obtenidos muestran una $P < 0.05$ indicando una significancia estadística.

Sin embargo no se observó relación con la dependencia al tabaco y alcohol con la respuesta al tratamiento en la población estudiada, sin embargo el hecho de que en este estudio no exista asociación entre las variables no asegura que la asociación no exista ya que el tamaño de muestra pudo haber sido insuficiente.

Los datos obtenidos del estudio nos responden el planteamiento del problema al inicio.

Y del mismo con los datos cotejados se cumplen el 100% de los objetivos del estudio.

Recomendaciones

- ✚ Considero que para llevar un adecuado control de HAS asociado a la presencia o ausencia de trastornos de ansiedad debe de participar un grupo multidisciplinario ya que como vimos es necesario el trabajo conjunto entre área de psicología y en caso de ser necesario psiquiatría, trabajo social, nutrición y medicina interna.
- ✚ Ofrecer mayor información dentro de la unidad hospitalaria sobre los trastornos de ansiedad así como establecer compromiso de los médicos para el manejo integral de los pacientes.
- ✚ En conjunto con el servicio de psicología seria de utilidad aplicar Test para la detección de alteraciones en la personalidad encaminados a este tipo de pacientes y mediante la formación de grupos de ayuda mutua poder disminuir la presencia de trastornos de ansiedad en los mismos.
- ✚ Mantener un seguimiento en aquellos pacientes que presentaron obesidad mórbida evaluando así su envío a cirugía bariátrica en caso de ser necesario.

XI. Bibliografía

1. Secretaria de Salud. SUIVE. Número 48 Volumen 26 Semana 48 (29 de nov. -- 5 de dic. de 2009).
2. Levenstein S, Smith M, Kaplan G. Psychosocial Predictors of hypertension in men and women. Arch Intern Med 2001; 161: 1341-1346.
3. Feldstein A. Hipertensión arterial resistente. Rev Méd Chile 2008; 136: 528-538.
4. Markovitz J, Jonas B, Davidson K. Psychologic factors as precursors to hypertension. Curr Hypertens Rep 2001; 3: 25-32.
5. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial; pg. 5.
6. The National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), 7º informe (JNC 7) JAMA, May 21, 2003; 289:2560-2572.
7. Stein D, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona, Psiquiatría Editores SL, 2000; 4: 79-114.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
9. Medina-Mora M, Borges G, Lara M, Benjet C, Blanco J y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26: 1-16.
10. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. Salud Mental 2000; 23: 10-19.
11. Sullivan P, Schoentgen S, DeQuatro V y cols. Anxiety, anger and neurogenic tone at rest and in stress in patients with primary hypertension. Hypertension 1981; 3:119-123.
12. García-Vera MP, Sanz J, Espinosa R, Fortín M, Morgan I. Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. Hipertens Res 2010; 8:435-442.

13. Colao A, Pivonello R, Spiezia S, Faggiano A y cols. Persistence of increased cardiovascular risk in patients with Cushing's disease after five years of successful cure. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:2664-2672.
14. Goldberg A, Becker L, Bonsall R, Cohen J y cols. Ischemic hemodynamic and neurohormonal responses to mental and exercise stress: experience from the psychophysiological investigations of myocardial ischemia study (PIMI). *Circulation* 1996; 94: 2402-2409.
15. Davies S, Jackson P, Potokar J, Nutt D. Treatment of anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular disease. *BMJ* 2004; 328: 939-943.
16. Wells K, Golding J, Burnham M. Psychiatric disorder in a sample of the population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145:976-981.
17. Carroll D, Phillips A, Gale C. Generalized anxiety and major depressive disorders, their comorbidity and hypertension in middle-aged men. *Psychosom Med* 2010; 72: 16-19.
18. Wei T, Wang L. Anxiety symptoms in patients with hypertension: a community-based study. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36: 315-322
19. Markovitz J, Matthews K, Kannel W, Cobb J, D'Agostino R. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. *JAMA* 1993; 270: 2439-2443.
20. Chaves E y Cade N. Anxiety effects on blood pressure of women with hypertension. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12:162-167
21. Räikkönen K, Matthews K, Kuller L. Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. *Hypertension* 2001; 38: 798-802.
22. Jones-Webb R, Jacobs D, Flack J, Liu K. Relationships between depressive symptoms, anxiety, alcohol consumption, and blood pressure: results from the CARDIA Study. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20:420-427.
23. Yan L, Liu K, Matthews K, Daviglius M y cols. Psychosocial factors and risk of hypertension. The coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *JAMA*, 2003; 2138-2148.
24. Rutledge T, Hogan B. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med* 2002; 64:758-766.

25. Jonas B, Franks P, Ingram D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? *Arch Med Fam* 1997; 6: 43-49.
26. Kubzansky L, Kawachi I, Weiss S, Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. *Anna Behav Med* 1998; 20.
27. Huh SE, Poston W, Kimball K, Sachiko T y cols. Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: a prospective study. *Am J Hypertens* 2001; 14: 660-664.
28. Hildrum B, Mykletun A, Holmen J, Dahl A. Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-year longitudinal population study. *Brit J Psych* 2008; 193: 108-113.
29. Vetere G, Ripaldi L, Ais E, Korob G, y cols. Prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Vertex* 2007; 18: 20-25.
30. Schulman J, Muskin P, Shapiro P. Psychiatry and cardiovascular disease. *Focus* 2005; 2: 208-224.
31. Davies S, Ghahramani P, Jackson P y cols. Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension –a case-control study. *J hypertension* 1997; 15: 1077-1082.
32. Davies S, Jackson P, Ramsay L y cols. Drug intolerance due to nonspecific adverse effects related to psychiatric morbidity in hypertensive patients. *Arch Intern Med* 2003; 163: 592-600.
33. Coryell W, Noyes R, House J. Mortality among outpatients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 508-510.
34. Carroll D, Phillips A, Gale C. Generalized anxiety and major depressive disorders, their comorbidity and hypertension in middle-aged men. *Psychosom Med* 2010; 72: 16-19.
35. Phillips A, Batty G, Gale CR y cols. Generalized anxiety disorder, major depressive disorder and their comorbidity as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: the Vietnam experience study. *Psychosom Med* 2009; 71: 395-403.
36. Grossman E, Nadler M, Sharabi Y y cols. Antianxiety treatment in patients with excessive hypertension. *Am J Hypertens* 2005; 18: 1174-1177.

37. L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola. L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert. MINI International Neuropsychiatric Interview Plus. 6 Abr 2009; 12: 234-511.
38. Rubio Valladolid G, Bermejo Vicedo J, Caballero Sanchez-Serrano MC, Santo-Domingo Carrasco J. Validación de la Prueba para la Identificación de Transtornos por Uso de Alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. Revista Clínica Española 1998; 198 (1): 11-14.
39. Fargerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fargerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.

ANEXO No. 1

HOSPITAL GENERAL PACHUCA HIDALGO

TITULO DE LA TESIS
FRECUENCIA DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO ANSIOSO EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA: _____

Le invitamos a participar en este estudio coordinado por la Dra. Tania Celizeth Bernal Ortiz Médico residente de la especialidad de Medicina Integrada del adulto del Hospital General de Pachuca Hgo.

Este estudio requiere su consentimiento voluntario, así que lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar cualquier duda.

PROYECTO A EFECTUAR

El objetivo de este proyecto es conocer la frecuencia de los trastornos de ansiedad en aquellos pacientes que cursen con el diagnóstico de HAS que acudan a la consulta externa del Hospital General Pachuca y describiendo así las principales trastornos de espectro ansioso, principales antihipertensivos empleados y principales factores de riesgo.

PLAN DEL PROGRAMA

De aceptar participar en esta actividad, se le pedirá que coopere en la aplicación de cuestionarios y en una evaluación clínica. Dichos cuestionarios serán realizados por el investigador principal (Dra. Tania Celizeth Bernal Ortiz residente del segundo año de la especialidad de Medicina Integrada del Adulto).

CONSIGNAS A SEGUIR

1. Le pedimos su participación, cooperación y paciencia.
2. Le pedimos 30 minutos aproximadamente de su tiempo.
3. Esta evaluación no tendrá costo.
4. Su participación es voluntaria y podrá retirar su consentimiento en el momento que lo desee sin inconvenientes para su tratamiento en esta institución.

BENEFICIOS POSIBLES

1. Identificar de manera objetiva la presencia de trastorno de ansioso en pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial sistémica.
2. Ayudar a que en el Hospital General de Pachuca se conozca más sobre la influencia de Trastornos de ansiedad en aquellos pacientes con hipertensión arterial sistémica.

3. Identificar los Trastornos ansiosos más comunes, factores de riesgo para hipertensión arterial sistémica y antihipertensivos mas utilizados en los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica, mejorando así su atención.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios serán manejados con estricta confidencialidad. En ningún momento se hará del conocimiento de terceros (fuera de su médico) su nombre o datos personales que permitan su identificación.

PACIENTE:

Nombre y Firma o huella digital

Dirección y teléfono

TESTIGO 1

Nombre y Firma o huella digital

Dirección y teléfono

Relación con el paciente: _____

TESTIGO 2

Nombre y Firma o huella digital

Dirección y teléfono

Relación con el paciente: _____

TESISTA

Dra. Tania Celizeth Bernal Ortíz

Domicilio: Priv. 1 del mango No. 404, Campestre Villas del Alamo, Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Teléfono: (044) 7711440764

ASESOR DE TESIS

Dra. Natalia Morales Carrasco. Especialista en Psiquiatría

Dirección: Estatal No. 613 Mz. 3 Lt. 7, Frac. Los Tuzos, Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Teléfono: (044) 7717472141

PRESIDENTE DE LAS COMISIONES DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

Dr. Francisco J. Chong Barreiro

Dirección: Hospital General de Pachuca

Carretera Pachuca – Tulancingo No. 101, Col. Ciudad de los niños, Pachuca, Hidalgo

Teléfonos: 771-3-72-55, 771-3-72-66

ANEXO NO. 2

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO PARA PACIENTES

TITULO

“FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”

OBJETIVOS

Tiene como objetivos: Determinar la frecuencia de trastornos de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial que acudan a la consulta externa del Hospital General de Pachuca, así como determinar los principales trastornos de ansiedad, factores de riesgos para los trastornos de ansiedad, y principales complicaciones cardiovasculares que presenten los pacientes con hipertensión arterial.

MÉTODO

Se realizará en el periodo comprendido por los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre del 2010, con aquellos pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial que acudan a la consulta externa del Hospital General de Pachuca, sin importar la presencia o no de comorbilidad médica así como sin importar el tiempo de diagnóstico, o si están controlados o son pacientes resistentes al tratamiento médico.

Se solicitara su consentimiento en forma verbal y por escrito para la realización del proyecto así bien para la realización de encuesta sociodemográfica y 3 escalas necesarias para el proyecto las cuales serán aplicadas por la Dra. Tania Celizeth Bernal Ortíz residente del segundo año de la especialidad de Medicina Integrada del Adulto llevando un tiempo aproximado de 30 minutos.

La información será manejada de forma confidencial y una vez cubriendo la cantidad de pacientes participantes necesarios para el proyecto se realizara el análisis de la información obtenida realizando el reporte final del proyecto y poder publicar los resultados.

Dra. Tania Celizeth Bernal Ortiz
Médico residente de Medicina Integrada del Adulto

ANEXO No.3**Encuesta Sociodemográficos**

Folio: _____

No. de Expediente: _____

Nombre: _____

Edad al momento del estudio: _____

Genero: M (1) F (2)

Estado Civil: (1) Casado / Unión Libre

(2) Soltero

(3) Viudo

(4) Divorciado / Separado

Escolaridad (en años): _____

Ocupación: _____

Evolución de HTA en semanas :

Hospitalizaciones en últimos 6
meses secundaria a HTA: _____Número de visitas a urgencias en últimos 6
meses secundaria a HTA: _____

Diabetes Mellitus: SI (1) NO (2)

IMC:

Peso:

Talla:

<input type="checkbox"/> < 18.5 Bajo peso (1)	<input type="checkbox"/> 25 – 29.9 Sobrepeso (3)	<input type="checkbox"/> 35 – 39.9 Obesidad g. II (5)
<input type="checkbox"/> 18.5- 24.9 Normal (2)	<input type="checkbox"/> 30 – 34.9 Obesidad g. I (4)	<input type="checkbox"/> > 40 Obesidad mórbida (6)

Complicaciones SI: _____

NO: _____

DESCONOCE: _____

<input type="checkbox"/> Hipertrofia ventricular izquierda (1)	<input type="checkbox"/> IRC (4)
<input type="checkbox"/> Angina (2)	<input type="checkbox"/> EVC (5)
<input type="checkbox"/> Infarto Agudo a Miocardio (3)	<input type="checkbox"/> Retinopatía (6)

Tratamiento antihipertensivo

<input type="checkbox"/> IECAS (1)	<input type="checkbox"/> B-Bloqueadores (2)	<input type="checkbox"/> Ca-Antagonistas (3)
<input type="checkbox"/> ARA II (4)	<input type="checkbox"/> Diuréticos (5)	<input type="checkbox"/> Otros (6)

Medicamento/dosis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Trastornos de Ansiedad

<input type="checkbox"/> Ts. De Angustia (1)	<input type="checkbox"/> Agorafobia (2)	<input type="checkbox"/> Fobia Social (3)
<input type="checkbox"/> Fobia Específica (4)	<input type="checkbox"/> TOC (5)	<input type="checkbox"/> TEPT (6)
<input type="checkbox"/> TAG (7)	<input type="checkbox"/> NINGUNO (8)	

Clinimetría

AUDIT	0 = Abstemio (1)	1 -7 = Bebedores bajo riesgo (2)
	8 -19 = B. alto riesgo (3)	>20 = Pb. Dependencia OH (4)
Fagerström	0-6 = No dependencia (1)	> 7 puntos = Dependencia (2)

Anexo No. 4

MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRICA EVALUACION Versión en Español 5.0.0

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA (TRASTORNO DE ATAQUE DE PANICÓ)

(➡ SIGNIFICA: PASAR A E6, E7 Y E8, CIRCULAR NO EN TODAS Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	➡ NO	SÍ
	b	¿Estas crisis o ataques, alcanzan su máximo nivel en los primeros 10 minutos?	➡ NO	SÍ
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma inesperada o sin provocación?	➡ NO	SÍ
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:		
	a	¿Sentía que su corazón saltaba latidos, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?	NO	SÍ
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ
	k	¿Tenía miedo de que se estaba muriendo?	NO	SÍ
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ
	m	¿Tenía una sensación de calor en el cuerpo o en la cara, o escalofríos?	NO	SÍ
		E4 (RESUMEN): ¿MARCÓ SI EN 4 O MÁS RESPUESTAS DE E4?	NO	SÍ

- E6 ¿MARCÓ SÍ E3 Y E4 (RESUMEN) Y E5 (RESUMEN)? NO SÍ
TRASTORNO DE
ANGUSTIA
DE POR VIDA
- E7 SI E6 = NO, ¿MARCÓ SÍ EN 1, 2 O 3 SÍNTOMAS DE E4a-m? NO SÍ
CRISIS CON SÍNTOMAS
LIMITADOS
ACTUAL
- E8 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más),
seguidas de miedo a que recurrieran? NO SÍ
TRASTORNO DE
ANGUSTIA
ACTUAL
- E11 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los primeros síntomas de crisis de angustia? edad

F. AGORAFOBIA

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda, o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ
----	--	----	----

SI F1 = NO, CIRCULE NO EN F2 Y EN F3.

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre a través de ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?

F3 ¿Actualmente, teme o evita estas situaciones o lugares? NO SÍ
AGORAFOBIA
ACTUAL

¿MARCÓ SÍ EN AGORAFOBIA? MARQUE SOLO SI SÍ
F2 de por vida F3 actual
¿MARCÓ SÍ EN TRASTORNO DE ANGUSTIA? E6 de por vida E8 actual

F4 a ¿MARCÓ SÍ EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, ACTUAL (E8),
Y
MARCÓ NO EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3)?

NO	SÍ
<i>Trastorno de Angustia, Actual sin AGORAFOBIA</i>	

b ¿MARCÓ SÍ EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, ACTUAL (E8),
Y
MARCÓ SÍ EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3)?

NO	SÍ
<i>Trastorno de Angustia, Actual con historial de AGORAFOBIA</i>	

c ¿MARCÓ NO EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA (E6),
Y
MARCÓ SÍ EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3)?

NO	SÍ
<i>AGORAFOBIA, ACTUAL sin historial de Trastorno de Angustia</i>	

d ¿MARCÓ SÍ EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3),
 Y MARCÓ NO EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, ACTUAL (E8),
 Y MARCÓ SÍ EN TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA (E6)?

NO SÍ
AGORAFOBIA, ACTUAL
 Sin historial de Trastorno de
 Angustia Actual
 pero con historial de Trastorno
 de Angustia Pasado

e ¿MARCÓ SÍ EN AGORAFOBIA, ACTUAL (F3),
 Y MARCÓ NO EN CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS (E7)?

NO SÍ
AGORAFOBIA, ACTUAL
 sin historial de
 Crisis con Síntomas Limitados

CRONOLOGÍA

F5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer o a evitar estas situaciones (agorafobia)?

edad

F6 ¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo un miedo significativo o evitó estas situaciones (agorafobia)?

G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo esten observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien lo mira o el estar en situaciones sociales.	➡ NO	SÍ
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	➡ NO	SÍ
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre a través de ellas?	➡ NO	SÍ
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO SÍ <i>FOBIA SOCIAL</i> <i>(Trastorno de Ansiedad Social)</i> <i>ACTUAL</i>	
CRONOLOGÍA			
G5	¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer situaciones sociales?	<input type="text"/>	edad
G6	¿Durante el pasado año, por cuantos meses tuvo un miedo significativo a situaciones sociales?	<input type="text"/>	

H. FOBIA ESPECÍFICA

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿El pasado mes, ha sentido un miedo excesivo a las siguientes cosas: a volar, a conducir, a las alturas, a las tormentas, a los animales, a los insectos, o a ver sangre o agujas?	➡ NO	SÍ
H2	¿Es este temor excesivo o irracional?	➡ NO	SÍ
H3	¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre a través de ellas?	➡ NO	SÍ
H4	¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en su funcionamiento social o es la causa de intensa molestia?	NO SÍ <i>FOBIA ESPECÍFICA</i> <i>ACTUAL</i>	
CRONOLOGÍA			
H5	¿Qué edad tenía cuando comenzó a temer o a evitar esta situación?	<input type="text"/>	edad
H6	¿Durante el pasado año, cuantas veces ha temido esta situación?	<input type="text"/>	

I. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO

I1	<p>¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. la idea de estar sucio, contaminado o tener microbios, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en forma impulsiva, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.)</p> <p>(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.)</p>	NO	SÍ ➔ Ir a I4						
I2	<p>¿Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?</p>	NO	SÍ ➔ Ir a I4						
I3	<p>¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?</p>	NO	SÍ <u>obsesio</u>						
I4	<p>¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos?</p>	NO	SÍ <u>compul</u>						
	<p>¿MARCÓ SÍ EN I3 O EN I4?</p>	➔ NO	SÍ						
I5	<p>¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?</p>	➔ NO	SÍ						
I6	<p>¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de una manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?</p>	NO	SÍ						
I7 a	<p>¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>								
	<p>¿MARCÓ SÍ EN I6 Y I7 (RESUMEN)?</p>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">NO</td> <td style="padding: 5px;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ACTUAL</td> </tr> </table>		NO	SÍ	<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i>		ACTUAL	
NO	SÍ								
<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo</i>									
ACTUAL									

J. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático incluyendo muerte, amenaza de muerte, daños graves a usted o a alguien más? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACION, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHEN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADAVER, MUERTE SUBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTROFE NATURAL.	➡ NO	SÍ
I2	Reaccionó con un miedo intenso, desamparado ó horrorizado?	NO ➡	SÍ
J3	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ
J4	En el último mes:		
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ
e	¿Ha notado que su estado emocional esta entumecido?	NO	SÍ
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ
	J4 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J4?	➡ NO	SÍ
J5	Durante el último mes:		
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ
d	¿Ha estado nervioso o constantemente alerta?	NO	SÍ
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente?	NO	SÍ
	J5 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE J5?	➡ NO	SÍ
J6	¿Durante el último mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ

¿MARCÓ SÍ EN J6?

NO	SÍ
<i>Estado por Estrés Postraumático ACTUAL</i>	

P. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

P1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➡ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➡ NO	SÍ	2
		MARCAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	➡ SÍ	3

P2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➡ NO	SÍ	4
----	--	---------	----	---

P3 MARQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos seis meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

RESUMEN DE P3: ¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P3?

➡
NO SÍ

P4	¿Le causaron estos síntomas de ansiedad mucha angustia, o le afectaron para funcionar en el trabajo, socialmente o de cualquier manera importante?	➡ NO	SÍ	11
----	--	---------	----	----

P5 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No Sí

¿MARCÓ NO EN P5 (RESUMEN)?

NO SÍ
Trastorno de Ansiedad
Generalizada
ACTUAL

ANEXO No. 5

Test AUDIT

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año

ANEXO No. 6

Elementos y puntuación de Fagerström Test for Nicotine Dependence

<i>PREGUNTAS</i>	<i>RESPUESTAS</i>	<i>Puntos</i>
1.- ¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo cuando se despierta?	5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Mas de 60 minutos	0
2.- ¿Le resulta difícil no fumar en lugares en los que esta prohibido, por ejemplo, en la iglesia, la biblioteca, el cine, etc.?	SI	1
	NO	0
3.- ¿Cual es el cigarrillo que más le molestaría no poder fumar?	El primero de las mañanas	1
	Todos los demás	0
4.- ¿Cuantos cigarrillos por día fuma?	10 o más	0
	10-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	SÍ	2
	NO	1
6.- ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que quedarse en cama la mayor parte del día?	SÍ	1
	NO	0

No dependencia: 0-6 puntos

Dependencia: = > 7 puntos

