

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**Calidad de vida y depresión en adultos con hipertensión arterial del
Centro de Salud de Vista Alegre, Ayacucho 2024**

Para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. Jose Luis BELLIDO GONZALO

Bach. Russmael Bryan CASTRO PILLACA

ASESOR:

M. C. Alex Darwin PEDROZA CASTILLO

AYACUCHO - PERÚ

2025

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo de en primer lugar al padre celestial por darme esperanza en las diversas adversidades surcaban mi carrera; a mis padres, por su amor sincero y sin condiciones, y su apoyo, ánimos, fortaleza que me brindan al largo de toda mi vida pues ellos han sido mi fuente de inspiración, mi guía y mi mayor fortaleza; gracias por enseñarme que no hay meta inalcanzable cuando se tiene perseverancia y fé, este logro también es suyo

A todas aquellas personas que, con su ejemplo y sus palabras, han sembrado en mí la semilla del esfuerzo y la superación. Este trabajo es el resultado de muchas manos que me han acompañado en este proceso y a cada una de ellas les agradezco

Castro Pillaca Russmael Bryan

Dedico esta tesis a mis padres, quienes a la distancia me apoyaron tanto emocional como económicamente, además darme propósito y motivación a mis estudios; a mis maestros, quienes hicieron posible mí formación profesional, les debo su tiempo y dedicación.

Bellido Gonzalo Jose Luis

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por brindarnos la oportunidad de formar parte de esta prestigiosa Universidad, cuyo entorno académico y humano ha sido fundamental en nuestra formación profesional.

A nuestros jurados, queremos expresar nuestra gratitud por sus comentarios y sugerencias constructivas. Sus aportes enriquecieron este trabajo y permitieron que lo llevará a cabo con un nivel más alto de calidad; gracias por su tiempo y por valorar nuestro esfuerzo.

A nuestro asesor de tesis, le agradezco su orientación, paciencia, y dedicación a lo largo de este proceso. Sus valiosos consejos, conocimiento y compromiso fueron claves para el desarrollo de este trabajo.

Agradecemos también a todos los profesores que nos acompañaron durante nuestra carrera, quienes siempre estuvieron dispuestos a apoyarnos y compartir conocimientos y experiencias.

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es una de las tantas enfermedades de larga data, sin embargo, esta es una de las cuales se vio que es una de las más frecuentes no solo a nivel local sino a nivel mundial y también se vio que es un factor que eleva la probabilidad de tener otros tipos de patologías.

En la última década, pero sobretodo en los años inmediatos a esta investigación se ha puesto en relieve la asociación entre las variables de hipertensión y la variable de depresión; dicho lo cual esto influye en mayor o menor medida en la calidad de vida de dichos pacientes. Dicho esto, los autores de esta tesis ponen como objetivo principal de este trabajo de determinar la correlación entre la calidad de vida y la presencia de depresión en pacientes hipertensos del Centro de Salud Vista Alegre en el año 2024. Este trabajo de investigación fue hecho en base a las normas de investigación biomédicas por tanto tiene un enfoque cuantitativo, sin intervención, analítico y de corte transversal. La muestra que fue utilizada para la investigación tiene como requisitos preliminares a personas con una edad superior a los 60 años con un diagnóstico médico y establecido de hipertensión arterial. A dicha población se le indicó resolver dos cuestionarios de opción múltiple: el MINICHAL, que es un cuestionario para ver y objetivar el nivel de la calidad de vida, y el PHQ-9, que nos sirve para cuantificar si existen síntomas que indiquen depresión.

Al final del procesamiento matemático se evidenció que la mayoría de los pacientes presentaban una regular calidad de vida, en contraste se reportó que un 17.3% en términos porcentuales reportó una mala calidad de vida. Se halló que el 62.7% de los pacientes padecía depresión leve, mientras que el 9.3% presentaba depresión severa. A través de la prueba de correlación de Pearson ($r=0.297$, $p=0.010$), se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la depresión, lo que indica que, si los niveles de calidad de vida medidas con el cuestionario bajan, los niveles de depresión tienden a aumentar.

Asimismo, se encontró que el sexo tiene una repercusión importante en cuanto a la

frecuencia e depresión pues el género femenino tuvo una mayor frecuencia de síntomas depresivos moderados y severos

Estos resultados obtenidos realzan la necesidad de implementar estrategias multisectoriales y multidisciplinarios para mejorar la calidad de vida y asimismo disminuir los síntomas depresivos en los sujetos que tienen una enfermedad hipertensiva, Adicionalmente a lo expuesto en las líneas anteriores, los resultados pueden contribuir como sustento para que en el futuro se realicen intervenciones de diversa índole ya sea salud mental o de las patologías crónicas.

Palabras clave: Hipertensión arterial, calidad de vida, depresión, género

ABSTRACT

High blood pressure (HBP) is one of the many long-standing diseases; however, it is one of the most common, not only locally but worldwide, and it has also been shown to be a factor that increases the likelihood of developing other types of pathologies.

In the last decade, but especially in the years immediately following this research, the association between hypertension variables and depression has been highlighted; that said, this influences, to a greater or lesser extent, the quality of life of these patients. That said, the authors of this thesis set as the main objective of this work the determination of the correlation between quality of life and the presence of depression in hypertensive patients at the Vista Alegre Health Center in 2024.

This research was conducted based on biomedical research standards; therefore, it has a quantitative, non-interventional, analytical, and cross-sectional approach. The sample used for the research was pre-specified as individuals over 60 years of age with a medically established diagnosis of high blood pressure. This population was asked to complete two multiple-choice questionnaires: the MINICHAL, a questionnaire used to assess and objectify quality of life, and the PHQ-9, which is used to quantify the presence of symptoms indicative of depression. At the end of the mathematical analysis, it was evident that the majority of patients had a fair quality of life; in contrast, 17.3% reported a poor quality of life. It was found that 62.7% of the patients suffered from mild depression, while 9.3% had severe depression. Using Pearson's correlation test ($r=0.297$, $p=0.010$), a positive and statistically significant relationship was found between quality of life and depression, indicating that as quality of life levels measured by the questionnaire decrease, depression levels tend to increase.

It was also found that gender has a significant impact on the frequency of depression, as women had a higher frequency of moderate and severe depressive symptoms.

These results highlight the need to implement multisectoral and multidisciplinary strategies to improve quality of life and reduce depressive symptoms in individuals with hypertensive disease. In addition to the above, the results may contribute to supporting future interventions of various kinds, whether related to mental health or chronic pathologies.

Keywords: High blood pressure, quality of life, depression, gender

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye de las más frecuentes enfermedades no transmisibles en el mundo y por ello es valorada en todos los países del mundo; esto se debe a su gran potencial de daño a largo plazo y de los problemas de salud concomitantes que puede acarrear, como es el caso de daño a órganos llamadas 'dianas' como son el corazón, cerebro, nervios y riñón que de instaurarse aumenta potencialmente la mortalidad del paciente. Para hacerle frente al acelerado aumento en cuanto a términos cuantitativos en frecuencia de esta entidad nosológica, los diferentes sistemas de salud internacional y en colaboración con entidades privadas realizan investigaciones seriadadas a fin de crear una guía de manejo clínico y subsiguiente abordaje de esta enfermedad el cual es publicada periódicamente en diversas plataformas para su uso racional de quien esté interesado en el tema y disponga del material. Como parte integral de este tipo de abordaje académico, el personal de salud de las diversas entidades que manejan directa o indirectamente esta patología deben estar preparado en el manejo integran, es decir de la esfera mental de estos individuos la cual se afecta directa o indirectamente por múltiples factores desde la propia percepción de la entidad nosológica hasta las consecuencias por el daño cerebral propias de la enfermedad

El presente trabajo tiene por finalidad conocer la correlación o asociación entre la calidad de vida que llevan los pacientes con hipertensión y la posible depresión que concomitantemente ésta pueda generar en este mismo grupo de pacientes. Para ello, este estudio se divide en 5 capítulos; el primero de ellos aborda el panorama general completo de la entidad nosológica en el país llamado Perú y en los demás países del globo terráqueo además de establecer las variables de investigación; el segundo capítulo de este trabajo le concierne al llamado marco teórico el cual tiene como fin hacer referencia a las definiciones teóricas y operacionales que a posteriori darán sustento a este estudio; además, los antecedentes de nuestro ámbito más cercano, así como también del ámbito peruano y demás países que versan y abordan nuestro tema de interés . En el tercer capítulo se aprecia las variables e hipótesis, sobre el cual se creará la tabla de operacionalización de variables que brinda los posibles caminos a seguir para dar explicación a los problemas propuestos por los investigadores. El siguiente capítulo

es decir el cuarto capítulo versa sobre la metodología en donde se estipula la forma sistemática y ordenada la elaboración del presente estudio. Para terminar, en el quinto capítulo se detalla ordenadamente los resultados tanto cualitativos como cuantitativos que dan a luz nuestro análisis matemático una vez ejecutada el proyecto de investigación.

INDICE

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	6
INDICE	8
CAPÍTULO I.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1 Problema general.....	14
1.2.2 Problemas específicos	14
1.2 OBJETIVO	14
1.2.3 Objetivo general.....	14
1.2.4 Objetivos específicos	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.E.IMPORTANCIA. DE. LA. INVESTIGACIÓN.....	15
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	17
2.1.1 INTERNACIONALES.....	17
2.2 BASES TEÓRICAS	25
2.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	28
CAPÍTULO III	30
3.1 HIPÓTESIS	30

3.2. VARIABLES.....	30
3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	30
3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	30
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
CAPÍTULO IV.....	31
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	31
4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	31
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	31
4.3.1. UNIDAD DE ESTUDIO.....	31
4.3.2. POBLACIÓN.....	31
4.3.3. TAMAÑO DE MUESTRA.....	31
4.4. TÉCNICAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
4.5. PROCESAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	33
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
5.1 RESULTADOS.....	35
5.2 Discusión.....	51
5.3.-Conclusiones.....	54
5.4 Recomendaciones.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	60
ANEXO 2: OTROS.....	63

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad conocida como hipertensión arterial es una de las más prevalentes en el planeta tierra con un porcentaje del 30% en la población etarea adulta; según los valores numéricos de la OMS, se cuantifica en más de 7,5 millones de personas cada doce meses en el planeta tierra sufren deceso por esta enfermedad y por este motivo se le denomina como uno de las principales variables de riesgo en la actualidad para las estadísticas de mortalidad y discapacidad como lo son : la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular (1). La hipertensión arterial en muchos casos es la causa etiológica de los desequilibrios en la muchos aspectos delas dimensiones y las esferas de salud de las personas :En la esfera biológica, por ejemplo se refleja en los cambios fisiopatológicos en los diversos órganos diana; en el plano social, es muy resaltante y evidente que las variaciones en los hábitos y las actitudes adoptadas en diversas circunstancias por el paciente que interactúan en las diversas interacciones personales y al final también en la esfera psicológica ya que los disturbios en la tranquilidad hacen mella en la salud (2).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se han reportado en diversas estadísticas como la primera entidad nosológica que contribuye a la defunción de los pacientes a nivel del planeta tierra , esto se refleja en la cifra absoluta de diecisiete millones de seres humanos que fallecieron en el año 2019 , en términos porcentuales esto nos da una equivalencia del 32 por ciento ; asimismo también en dichas estadísticas numéricas la cifra del 38 por ciento de defunciones son causadas por HTA en seres humanos con una edad menor a los 70 años (muertes prematuras) (3). En el viejo continente, las ECV como entidad patológica son la fuente etiológica de un aproximado de 4 millones de defunciones cada 12 meses (el 45 por ciento de todos los decesos) y son la principal causa de mortalidad en menores de 65 años (29% de todas las muertes) (3,4). La enfermedad conocida como hipertensión arterial fue indicativo de mayor relevancia en

términos cuantitativos para valorar numéricamente los decesos registrados por ECV, pues dio la mayor contribución promedio a la mortalidad (50-62%) y la morbilidad (53-64%) por ECV(3,4). En la península ibérica , las ECV fueron registradas como la primera causa etiológica de fallecimiento en personas de rango etareo adulto (32 275 muertes, el 29,7%, en 2015 (5).

Estadísticamente el recuento de casos de la entidad nosológica conocida como hipertensión es de aproximadamente en términos porcentuales del 30-45% en adultos en el planeta llamado tierra , todos estos resultados son independientemente de su nivel de ingresos económicos , y es directamente proporcional en cuanto al aumento de la frecuencia a medida que los años cumplidos por las personas avanzan , con un recuento del número de casos detectados en términos porcentuales de más del 60% en personas cuya edad supera los 60 años(5,6). Cabe realzar por la importancia del contenido que en los últimos años innovadoras trabajos de investigación dicen que la frecuencia de nuevos casos ha variado en relación a edades más tempranas , así lo demuestra ,trabajos como de Jaén águila F., quién coloca el valor numérico absoluto de 55 años como punto de corte para la edad en dónde a medida que avanzan los años , también aumentan los casos de HTA (7).

Según el Octavo Comité Nacional Conjunto (JNC 8) sobre el tratamiento de la hipertensión en adultos; dicha enfermedad , se define como un nivel presión arterial sistólica de 140mmHg o diastólica de 90mmHg (8). La hipertensión suele clasificarse para fines académicos y de enfoque terapéutico en causas primaria y causas secundarias. La hipertensión primaria o esencial se conceptualiza cuando la etiología que se busca no es identificada. La inmensa porción de casos estudiados (95%) de los pacientes hipertensos se engloban en esta etiqueta y esto es así no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial (4). Se ha intentado ver si hay alguna relación entre las diversas condiciones que aumentan el riesgo para la hipertensión primaria. La hipertensión secundaria dentro de la clasificación de la hipertensión se diferencia en que esta tiene una etiología y por lo tanto potencialmente corregible, y en términos porcentuales se puede cuantificar en un 5% de los de todos los enfermos de dicha

patología (4,9) cabe resaltar que se realizó investigaciones recientes por la Sociedad Española de Cardiología (ESC) en más de 20 naciones del viejo continente cuyos resultados sirven de base para las actuales guías de manejo de la hipertensión 2024 (4).

Uno de los objetivos a nivel global en cuanto a entidades patológicas no transmisibles adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013 fue reducir la frecuencia del número de casos de dicha entidad nosológica , con una meta de llegar a la cifra porcentual del 25 % de su base actual del año 2010 con miras al 2025 (10). Dicha enfermedad se ha convertido en una importante cuestión a tratar en la mayoría países en desarrollo que en los cuales actualmente se ve una transición epidemiológica de las patologías de larga data no transmisibles (7). La irrefutable irrupción de la hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares como entidades a resolver como parte de la salud pública en estas naciones esta en concordancia al avance de la edad de la población, del nivel y calidad de la vivienda asimismo como el nivel de poder adquisitivo de las personas ya que estos favorecen los pobres hábitos de actividad somática , el aumento sostenido de peso , el aumento de ingesta o inhalación de drogas lícitas e ilícitas como lo son el cigarro, alcohol y de sal, entre otros (11,12). El aumento a nivel mundial del número de adultos con hipertensión arterial es un efecto del aumento debido al envejecimiento y a las crecientes prácticas poco saludables de la misma población (12)

Se han revisado en series de investigaciones estudios que versan temas acerca de la posible asociación entre depresión y los trastornos del estado de ánimo con la patología hipertensiva, dichos incrementos en cuanto a la frecuencia numérica de estas enfermedades están especialmente realizadas en sujetos de edades avanzadas hablando numéricamente , la explicación formal de acuerdo a los trabajos realizados es que hay variaciones histológicas y por ende patológicas en los conductos vasculares en las diversas regiones del cerebro estas modificaciones serían las responsables . Ahora se sabe con certeza por los resultados de los diversos trabajos de investigación que los pacientes con síntomas depresivos tienden a presentar en cuanto a frecuencia

una relación directamente proporcional al aumento de los niveles de hipertensión arterial que condicionan muchos cambios y variaciones en la microarquitectura en el sistema nervioso central que a su vez complicaría aún más el estado de ánimo del paciente, así pues dando como resultado un círculo vicioso de causa y efecto que agrava más en cuadro clínico con las consecuencias previstas (13).

Por lo expuesto líneas arriba, el personal de salud debe considerar a esta enfermedad como un constructo causal de muchas patologías concomitantes que nacen a partir de dicha entidad nosológica y que deben ser tratadas en el contexto de una salud integral (2,4), sin obviar las posibles consecuencias en la esfera psicológica ya que muchos de estos pacientes ven con desánimo la dependencia farmacológica a las que son sometidos (14,15). En lo psicológico, el equipo de competencia debe tomar consideración en evitar cambios de conducta que puedan comprometer la integridad misma; ejemplo de ello es la depresión, patología que en los últimos años se ha acrecentado y que este grupo de pacientes no son la excepción(15).

Existe una asociación entre los sujetos que sufren enfermedad hipertensa y los diversos estados de ánimo, esto se ha documentado en mínimas oportunidades a nivel científico en el contexto nacional y también el contexto fuera de nuestras, debido quizás a la poca evidencia reunida de la variación directa o indirecta entre las dos variables en cuestión. En los tiempos actuales, el diagnóstico de la depresión se hace más precisa y también más accesible a los usuarios de los servicios de salud y todo ello gracias al nivel de conocimiento sobre la enfermedad (13,16)

En función a todo lo descrito, nos permitimos formular la siguiente interrogante de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general.

- ¿Existe alguna correlación entre la calidad de vida de los pacientes hipertensos medidos con el test MINICHAL y la depresión en este mismo grupo de pacientes del Centro de Salud Vista Alegre, Ayacucho 2024?

1.2.2 Problemas específicos.

- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con hipertensión del Centro de Salud Vista Alegre — noviembre 2024?
- ¿Cuál es la frecuencia de depresión entre los pacientes hipertensos del Centro de Salud Vista Alegre — noviembre 2024?
- ¿Hay alguna correlación entre el tipo de calidad de vida y la depresión entre los pacientes hipertensos del Centro de Salud de Vista Alegre — noviembre 2024?

1.2 OBJETIVO

1.2.3 Objetivo general

- Determinar si existe alguna correlación o asociación entre la calidad de vida de los pacientes con hipertensión y la depresión concomitante en este mismo grupo de pacientes del Centro de Salud de Vista Alegre, Ayacucho 2024

1.2.4 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de cada tipo de calidad de vida en los pacientes hipertensos del Centro de Salud Vista Alegre — noviembre 2024 analizados en este estudio aplicando el test MINICHAL.
- Obtener datos acerca de la frecuencia de depresión en cada tipo de calidad de vida entre los pacientes hipertensos del centro de salud “Vista Alegre”, Ayacucho 2024
- Identificar si existe alguna correlación o asociación entre cada tipo de calidad de vida y la depresión entre los pacientes con hipertensión arterial del centro de salud “Vista Alegre”, Ayacucho 2024

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La enfermedad denominada hipertensión arterial actualmente se ha convertido a todas luces en una de las cuestiones a resolver más importantes a nivel supranacional en el área temática de la Salud Pública pues el número de casos reportados en esta entidad nosológica es alta y por consiguiente afecta en una proporcionalidad directa en el número de la morbimortalidad. Esta entidad morbosa condiciona un aumento del riesgo de sufrir otras enfermedades ya sean de índole cardiovascular, renal, cerebral, ocular, entre otras; así mismo teniendo en cuenta que la salud abordada integralmente es así que se debe abordar las dimensiones sociales y mentales.

Es fundamental dentro de esta investigación mencionar que los pacientes hipertensos enmarcados dentro del Primer Nivel de Atención tengan un conocimiento básico y en base a esto tomen una actitud más asertiva al momento de afrontar la enfermedad, esto es así por que esta actitud les dota de un autocuidado de su cuerpo y salud y así aumentando la prevención y la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables, los mismos que reducen muchas de las complicaciones derivadas de la enfermedad hipertensiva. Adicionalmente, los trabajos de investigación tienen un papel fundamental, pues estos proporcionan a las autoridades en salud tomar diferentes decisiones a fin de mejorar los planes para la intervención de manera efectiva en todas las dimensiones de la enfermedad en especial los trastornos del estado de ánimo.

El nivel de conocimiento del personal encargado de atender a las diversas entidades patológicas entre ellas la hipertensión es importante para el manejo integral de la misma. Prevenir, en mucho de los casos manifiesta la correcta actuación del personal de salud y para ello se requiere de la cooperación de las diferentes especialidades no médicas para su fin.

Justificación social: La depresión es una enfermedad cada vez más prevalente tanto a nivel internacional como en nuestro medio, al ser sistematizado en la categoría de trastornos no existe *panacea* alguna que erradique este mal: sin embargo, podemos prevenirlo de manera primaria y secundaria con tamizajes cada vez más sofisticados que

permitan valorar a las personas susceptibles de este padecimiento. Entre los distintos grupos de personas que guardan alguna relación, consideramos de importancia tamizar a los que sufren de hipertensión, ya que, al ser una enfermedad crónica, las personas van a estar obligados a cambios y adecuaciones en su fisiología y ello pudiese generar falta de aceptación por parte del paciente, la antesala a un posible trastorno emocional.

Justificación práctica: como se comentó con anterioridad, la relación entre las dos variables de este estudio tienen muy poco antecedente de estudio por la comunidad científica; por ello, el realizar este trabajo ayudará a aumentar el bagaje científico en el área de la cardiología y psiquiatría, la comprensión de estas dos entidades apoyará a dar un mejor alcance de intervención en este grupo de pacientes en el contexto de la tan ansiada medicina integrativa.

Justificación política: el presente trabajo ayudará a generar estrategias de atención holística a este grupo de pacientes, la injerencia en políticas en el ámbito de la salud pública con el único fin de minimizar en lo posible los adversos en los pacientes hipertensos que tienen síntomas distímicos. Teniendo en cuenta que hoy en día los abordajes de los pacientes deben ser compartidos por varias especialidades, el presente trabajo ayudará a formular una mejora en el abordaje de la hipertensión desde la visión psiquiátrica, de salud pública, así como diversas especialidades médicas

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 INTERNACIONALES

Schaare H., Blöchl M. et al. Alemania 2023. En su estudio titulado “asociación entre salud mental, presión arterial e hipertensión” encontraron lo siguiente. **Material y métodos:** en este estudio realizado de manera metacéntrico se recabó la información de base de 502,494 personas, de los cuales 273,378 (54.4%) son mujeres. El objetivo de la investigación era saber si los valores de base de presión sistólica y depresión se relacionaban con la instauración de la hipertensión arterial como enfermedad. **Resultados:** se encontró que de todos los diagnosticados con hipertensión por su establecimiento de salud, el 92 % no tenía antecedente de depresión o desconocía que lo tenía ($p=0.02$); por el contrario, aquellos que sí estaban diagnosticados con depresión fueron solo el 6,3% ($p=0.02$); además se presenta valores de aquellos que poseen síntomas actuales de depresión que son alrededor del 0.5% (17).

Zhang Y. et al. Corea del sur 2023. En el estudio cuyo nombre es “Depresión, calidad de vida e hipertensión en pacientes ancianos; un conocimiento actualizado”. **Material y método:** encuesta que se repartió a un total de 205 pacientes adultos en el ámbito de salud primaria de una entidad prestadora de servicios **Resultados:** Hubo una fuerte correlación entre los sujetos que padecen la enfermedad y los síntomas distímicos con un $p = 0,038$, además aspirar humo de cigarrillos electrónicos incremento más aun la probabilidad de padecer estigmas de depresión leve en estos sujetos ($p= 0,005$), consumo moderado de alcohol ($p = 0,028$), poca actividad física diaria ($p = 0,011$), sexo femenino y masculino ($p = 0,032$ y $p = 0,012$), contaminación del aire ($p < 0,001$) y la calidad de vida y $p = 0,012$ y otros (13).

Langfort A, et al., EE. UU 2021. En la investigación financiada por Jackson Heart Institute denominado: “El estrés y la depresión están asociados con ‘Life’s simple 7 (LS7)’

entre los afroamericanos con hipertensión: hallazgos del Jackson Heart Study” encontraron una asociación no deseada entre el programa LS7 de la American Heart Association y la depresión en los pacientes hipertensos de raza afroamericana. **Material y métodos:** el estudio fue de tipo corte transversal con 1 819 participantes hipertensos afroamericanos, se clasificó los resultados compuestos e individuales de LS7 como malas, intermedias y óptimas además se utilizó la escala de depresión y ansiedad del centro de estudios epidemiológicos y se clasificó como ansiedad y depresión alta o baja de acuerdo a los síntomas reportados por los investigados. **Resultados:** los participantes con mucho estrés y síntomas depresivos tuvieron puntuaciones compuestas LS7 más bajas (IC95%= -0,34 [-0,65 a -0,02]) que aquellos con poco estrés y síntomas depresivos en modelos no ajustados y ajustados por edad/sexo. También tenían más pobre estado de salud para fumar (odds ratio [intervalo de confianza del 95%] = 0,52 [0,35–0,78]) (18).

Oleksandr Y. et al. Ucrania 2021. En el estudio titulado “Ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial”. **Material y método:** para este estudio fueron escogidos 55 pacientes de edad comprendida entre 25 y 73 años, la media de la edad de los participantes fue de 53.56 ± 10.28 años. El porcentaje de participantes varones fue de 58.2% (32) y las mujeres 41.8% (23). Se usó los cuestionarios HADS y PHQ-9 para valorar la depresión **Resultados:** los resultados de PHQ-9 arrojó que el 12.7% de los evaluados presentó una depresión subclínica; 49.1%, depresión moderada y 16.4% ($p < 0.01$), depresión moderada. Se encontraron manifestaciones moderadas en el 12.7% ($p = 0.015$) y de depresión grave en el 9.1% (5 personas) ($p < 0.01$) y con respecto a la distribución de la depresión con respecto al género el cuestionario HADS no mostró diferencias significativas (19).

García Z, et al. República Dominicana 2020. En el estudio que dirigió denominado “Comorbilidad afectiva y calidad de vida en pacientes hipertensos” tubo por intención encontrar y describir las afectivas que consecuentemente desarrollan las personas con hipertensión. patologías **Material y métodos:** fueron 100 los participantes del estudio los cuales fueron seleccionados de manera no probabilística y determinado por

intensión del investigador: la metodología que se siguió fue la de comparar dos grupos, uno que padecían hipertensión arterial (HTA) y también otro grupo que se utilizó de control, los dos grupos con la misma cantidad numérica de participantes (50 personas para cada grupo) y equiparados en las características que puedan generar sesgo como la edad y sexo; el fin último de la investigación era obtener resultados apareados y aleatorios para así poder tener una buena muestra del conjunto universal para una mejor extrapolación. **Resultados:** se encontró que manifestación somática de la depresión y el temperamento fueron significativamente los hallazgos que más se evidenciaron en el grupo de los pacientes con HTA; entre estas manifestaciones se encuentra la irritabilidad y pérdida de energía; o sea, que las personas que conviven con HTA son friables emocionalmente a tal punto de enojarse con mucha facilidad. Otro resultado de importancia que se obtuvo de la presente investigación fue que la calidad de vida es moderada y tiempo dependiente de la enfermedad, quiere decir que mientras más tiempo se conviva con HTA más es la probabilidad de desarrollar ira o cambios de temperamento que repercuten en la calidad de vida (20).

Mohammad S. et al., Afganistán 2018. En su estudio titulado “Ansiedad y depresión entre pacientes ambulatorios hipertensos en Afganistán: un estudio transversal en la ciudad de Andkhoy”. **Materiales y métodos:** se incluyeron a 234 pacientes, estos pacientes tenían una edad mayor o igual a 18 años con tratamiento vigente para la hipertensión arterial (definida como $PA \geq 140/90$ mmHg en reposo). Para valorar la depresión y ansiedad se utilizó el cuestionario HADS el cual posee dos apartados, uno para la valoración de la ansiedad (HADS A) y otro para la valoración de la depresión (HADS D). **Resultados:** de un total de 234 participantes, 81 (34,6%) fueron varones y 153 (65,4%) fueron mujeres, la razón de hombre y mujeres fue de 0.53 y más de la mitad de los analizados tenían edad > 60 años. Del total de participantes, 99 tenían ansiedad (42,3%), 132 depresión (58,1%) y 66 (28,2%) sufrían de ambas enfermedades. Los pacientes > 60 años presentan 4.04 veces más posibilidad de presentar ansiedad, depresión o ambas (95% CI 1.66–15.17, $P = 0.004$) y aquellos que tienen comorbilidad de Diabetes mellitus poseen un 22% más probabilidad de presentar depresión (95% CI 2.69–192.36; $P = 0.004$) (21).

Rubio-Guerra A. et al., México 2016. en su investigación nombrada “la depresión incrementa el riesgo de hipertensión arterial” se encontró lo siguiente. **Material y métodos:** Para la evaluación y control de la hipertensión y evitar el fenómeno de la bata blanca, 40 sujetos enfermos que en el momento estaban en tratamiento con medicamentos antihipertensivos por un lapso de tiempo de al menos de seis meses y que a su vez se medían los valores de presión arterial muchas veces por día durante tres días utilizando un monitor digital automático. Además, se completó la encuesta de la Escala de Depresión de Zung para diagnosticar según los criterios establecidos la depresión en los pacientes. **Resultados:** Entre los 40 sujetos clínicos analizados en la investigación, se identificó que el 57.5% de los participantes (23 individuos) presentaban depresión como comorbilidad. Dentro de este subgrupo, solo el 8.7% (2 casos) mostraban niveles adecuados de presión arterial, mientras que la mayoría (91.3%, 21 pacientes) presentaban valores fuera de los rangos recomendados. En contraste, entre el 42.5% restante sin depresión (17 personas), solo un 5.9% (1 persona) registraba cifras elevadas, en contraste con el 94.1% (16 casos) que mantenían valores estables.

Al analizar las mediciones promedio, los pacientes con depresión y control deficiente exhibieron 158 mmHg (sistólica) y 89 mmHg (diastólica), mientras que aquellos sin depresión y con manejo óptimo alcanzaron 125/77 mmHg. Estadísticamente, se determinó que la presencia de depresión incrementaba en 15.5 veces la probabilidad de desarrollar hipertensión no controlada, en comparación con los sujetos sin este trastorno. (22).

Jaén F, et al., España 2016. En la investigación que dirigió denominado “Ansiedad y depresión y su implicancia en la hipertensión arterial resistente” encuentra una correlación entre las variables que estudiamos. **Material y método:** se seleccionó a 40 personas que reunían las características diagnósticas de hipertensión resistente; se recabó las historias clínicas antiguas, sus valores antropométricos, información personal además de dosajes de otras enfermedades cardio-metabólicas y por último se le aplicó el test STAI-R que consta de 20 ítems para valorar la ansiedad y el test Beck que consta de 21 ítems que valora la depresión. **Resultados:** Las edades de los participantes estuvo comprendida entre 37 a 77 años y la edad media entre ellos fue de

58.2 años; se incluyeron a 18 mujeres en el estudio (45%). La presión arterial clínica de la sistólica fue $166,5 \pm 18,31$ mmHg y para diastólica $93,12 \pm 13,30$ mmHg. El test de ansiedad arroja una valoración media de 26.12 y el test de depresión, 14.06. Un 37.5% de los analizados no presentaba depresión, 31.3% depresión leve y el resto depresión moderada. En el análisis de correlación por géneros, no se encontró valores significativos para la correlación de depresión o ansiedad y las presiones arteriales altas tanto clínicas como media; por el contrario, se encontró que en varones la ansiedad y la depresión moderada se correlaciona de manera directa a un aumento de las presiones mencionada, estas eran más elevadas que el grupo de pacientes con depresión leve o sin depresión (7).

2.1.2 NACIONALES

Cruz Arteaga A., Piura 2022. En el estudio "Relación entre el control farmacológico y trastornos emocionales en pacientes hipertensos del Hospital Santa Rosa, 2019", se tuvo como objetivo principal comparar la intensidad de los síntomas de ansiedad y depresión en dos cohortes clínicas: pacientes con hipertensión arterial (HTA) bajo manejo terapéutico efectivo y aquellos sin regulación adecuada de su condición. La metodología consistió en un diseño observacional transversal que incluyó a 357 participantes, divididos en dos grupos: 171 individuos con HTA controlada (valores $\leq 130/80$ mmHg) y 186 pacientes con cifras tensionales persistentemente elevadas ($\geq 140/90$ mmHg). A todos los sujetos se les aplicó un instrumento sociodemográfico estandarizado y la Escala de Hamilton para Ansiedad (HAM-A) y Depresión (HAM-D), cuyos resultados se clasificaron en tres niveles de gravedad: leve, moderado y severo.

Los resultados evidenciaron que, en el caso de la ansiedad, el 52.1% de los casos correspondió a manifestaciones leves, predominantes en el grupo con tratamiento efectivo, mientras que las formas moderadas (28.6%) y severas (15.1%) se concentraron en los pacientes sin regulación adecuada. Respecto a la depresión, aunque ambos grupos presentaron mayoritariamente sintomatología leve, se identificó una mayor frecuencia relativa en la cohorte no controlada, con un riesgo 1.9 veces superior de presentar cuadros persistentes ($p < 0.05$). El análisis estadístico reveló una asociación

significativa entre el descontrol tensional y la exacerbación de trastornos emocionales, particularmente en la progresión de la ansiedad hacia estadios clínicos avanzados.(14).

Grados Lozano, Piero, Lima 2022. El estudio titulado "Relación entre salud mental, bienestar general y presión arterial elevada en adultos peruanos: Análisis de datos poblacionales (ENDES 2018-2021)" analizó la conexión entre síntomas depresivos, calidad de vida y diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) en personas mayores de 15 años. Para ello, se realizó un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017), un instrumento nacional representativo que recopila información socio-sanitaria en Perú. La muestra incluyó 113 221 participantes, seleccionando aquellos con criterios de HTA (definida como presión sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg). La sintomatología depresiva se midió mediante el *Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)*, mientras que la calidad de vida se evaluó con el *SF-36*, enfocándose en sus componentes físico y psicológico.

El análisis estadístico empleó modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para calcular razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, utilizando intervalos de confianza del 95% (IC95%) y la prueba F de Welch para comparar grupos heterogéneos. Los resultados mostraron que la edad promedio de la población fue 42.6 años (DE=18.02), con un 48.2% de mujeres y un 78.8% de residentes urbanos. La prevalencia de HTA fue del 11%, identificándose que los individuos con síntomas depresivos presentaron 1.55 veces más probabilidad de ser hipertensos que aquellos sin alteraciones emocionales ($p < 0.001$). Además, los adultos mayores de 75 años exhibieron un riesgo 23.79 veces mayor de HTA comparados con el grupo de 15-34 años (IC95%:21.95-25.78; $p < 0.001$).

En cuanto a la calidad de vida, se observó una correlación inversa entre depresión y bienestar psicológico (RP=0.56) y físico (RP=0.45). Por género, las mujeres tuvieron 1.37

veces más probabilidad de desarrollar HTA que los hombres (IC95%:1.333-1.423; $p < 0.001$), mientras que los residentes rurales mostraron un menor riesgo (RP=0.72; IC95%:0.687-0.76; $p < 0.001$). Estos hallazgos subrayan la interacción entre factores psicosociales y cardiovasculares en poblaciones con disparidades sanitarias.(23).

Núñez Muñoz A., Lima 2021. En la tesis que se titula “asociación entre depresión y enfermedades cardio metabólicas en pacientes atendidos en los consultorios externos de medicina interna del hospital nacional Hipólito Unanue en el periodo de octubre a diciembre del 2019” tuvo por intención encontrar una posible asociación entre las enfermedades cardio metabólicas y los síntomas depresivos. **Material y métodos:** el estudio es de tipo corte transversal; se definió de manera operacional a la enfermedad cardio metabólica como la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y/u obesidad; con respecto a los síntomas depresivos, estos se midieron a través del cuestionario Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). **Resultados:** se estudió a 252 personas, de las cuales 205 (81.4%) presentaron enfermedades cardio metabólicas y 181 (71.9%) personas presentaron síntomas compatibles con algún grado de depresión. Las personas estudiadas que presentaban alguna enfermedad cardio metabólica se asociaban a síntomas depresivos leves tanto en los análisis en crudo (RPc 1,43; IC 95% 1,08-1,89; $p = 0,012$) como en los ajustados (RPa 1,31; IC 95% 1,00-1,71; $p = 0,048$) (24).

Villareal Zegarra D., Lima 2018. Se realizó una tesis que lleva por nombre “Asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos: resultados de una encuesta poblacional en Perú”, en ella la intención era encontrar posibles asociaciones entre la hipertensión arterial (HTA) y síntomas depresivos tomando en cuenta el factor tiempo de enfermedad hipertensiva. **Material y métodos:** se realizó un análisis *a posteriori* de los datos de la ‘encuesta nacional demográfica y de salud familiar (ENDES)’ que se realizó desde el 2014 al 2016. Los cuadros sintomáticos de depresión se definieron como un puntaje ≥ 15 en el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) mientras que la

hipertensión es definida por valores de presión sistólica (PS) ≥ 140 mmHg y presión diastólica (PD) ≥ 90 mmHg (estos datos fueron autoinformados). **Resultados:** se analizaron a 87,253 participantes, con una media para la edad de 41.3 años (DE=16.7), el 55.6% eran mujeres y el 64.7% eran de zonas urbanas. Un total de 2,633 (3.0%, IC 95%: 2.8%-3.2%) analizados tenían síntomas para depresión, mientras que la hipertensión arterial se encontraba en 15 681 (19.6%, IC 95%: 19.1% - 20.1%) individuos. En el análisis multivariado, los individuos sin HTA y con diagnóstico reciente de hipertensión presentaron la misma probabilidad de presentar síntomas depresivos (RP=0.93, IC=95% 0.77-1.12); mientras que, los que ya tenían tiempo de diagnóstico tuvieron mayor riesgo de presentar síntomas depresivos. Se observó también que aquellas personas con menos de 1 año de ser diagnosticados con HTA tienen más del doble de probabilidad de contraer síntomas depresivos (RP = 2.08, IC 95% 1.65-2.63) en comparación con aquellos de entre 1 a 4 años de diagnóstico (RP = 1.42, IC 95% 1.13-1.80) y con 5 años a más de diagnóstico (RP=1.29, IC 95% 1.01-1.64) (15)

Godoy Carrillo M, Meneses Saco A, Lima 2016. En la tesis dirigida por ellos que se titula “Asociación entre hipertensión arterial y depresión: un estudio de base poblacional en Perú” que tuvo por finalidad encontrar una probable asociación entre la hipertensión arterial (HTA) y los síntomas depresivos así como hallar frecuencias de ambos en la población estudiada. Material y métodos: es un estudio de diseño corte transversal, de tipo observacional y analítico en la que se incluyó a personas mayores de 18 años, los síntomas depresivos se evaluó utilizando el cuestionario PHQ-9 y para el caso de la hipertensión arterial se realizó dos mediciones seriadas y se estipuló el punto de corte de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y para la diastólica ≥ 90 mmHg. Se usaron modelos de regresión de Poisson para estimar razones de prevalencias (RP) a un intervalo de confianza del 95%. Resultados: en total 25 699 individuos fueron analizados, la media para la edad fue de 44,1 años (DE: 17,7), 54,0% eran mujeres. La prevalencia de síntomas depresivos e HTA fue de 2,7% (IC95%: 2,5%-3,0%) y 21,9% (IC95%: 21,1%-22,9%), respectivamente. Según los resultados arrojados en este

estudio usando análisis multivariable, la hipertensión no tuvo asociación con los síntomas depresivos (PR=1.16; IC95%: 0,90-1,50), los resultados fueron corroborados eliminando los posibles factores de sesgo (25)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para otras enfermedades e incrementa la morbimortalidad de las personas afectas. La PA es una variable que se distribuye aproximadamente normal o Gaussiana para cada grupo etario y étnico y por ello en la práctica clínica se debería tener en cuenta los valores diferenciados para cada grupo poblacional; sin embargo, ante la falta de dichos valores segregados, organizaciones internacionales han creado guías para dirigir la actitud médica de los pacientes con hipertensión, tales son como las guías AHA (*American Heart Association*) y la ESC (*Sociedad española de cardiología*), dos de las más conocidas por los países occidentales(1). El presente trabajo tendrá como base las guías ESC para su desarrollo.

Por definición, la hipertensión arterial es el aumento sostenido del valor de presión arterial sistólica por encima de 140mmHg ($P_s \geq 140\text{mmHg}$) y/o una presión arterial diastólica superior o igual a 90 ($P_d \geq 90\text{mmHg}$)(1), en base a esto, puede distinguirse tres tipos de HTA: la sistólica aislada, la diastólica aislada (entidad clínica muy poco frecuente) y la mixta, que combina las dos primeras. De los que si se está de acuerdo es que el médico debe conocer el abordaje de primer nivel de esta enfermedad, comenzando por saber los valores de presión para los cuales se realiza el diagnóstico y la clasificación del paciente según **la tabla 1**. Abordar oportunamente al paciente hipertenso es reducir su riesgo de morbilidad y mortalidad, además de aumentar tiempo de vida ya que las consecuencias de esta enfermedad son irreparables a largo plazo, entre ellas: retinopatía hipertensiva, nefropatía hipertensiva, remodelado cardiaco, microangiopatías y endotelopatías de grandes vasos que a su vez afectan órganos distales a está aumentando así la variabilidad de manifestaciones tardías de esta enfermedad.

Tabla 1. Clasificación según los valores de presión arterial – ESC (Sociedad española de cardiología).

PA clínica (en consulta)			
Categoría de la PA	PAS * (mmHg)		PAD ** (mmHg)
Óptima	<120	y	<80
Normal	<130	y	<85
Normal Elevada	130-139	o	85-89
Estadio 1 de hipertension	140-159	o	90-99
Estadio 2 de hipertensión	160-179	o	100-109
Estadio 3 de hipertensión	>179	o	>109
HTA Sistólica aislada	≥140	y	<90
PA fuera de la consulta			
Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA)			
Media diurna (Actividad)	≥135	o	≥85
Media nocturna (Sueño)	≥120	o	≥70
Media en 24 horas	≥130	o	≥80
Automedida de la PA			
Automedida domiciliaria	≥135	o	≥85

En la tabla 1 se distingue dos escenarios en los cuales se realiza las mediciones, en la consulta y fuera de la consulta y cada una tiene diferente interpretación; así, dentro de la consulta nos basaremos en los valores medidos en tres o más tomas en diferentes consultas, si esta logra ser mayor de 140/90 se clasificará según el grado de la HTA. Por otro lado, fuera de la consulta se puede llegar al diagnóstico por dos mecanismos, el primero es mediante el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) con un dispositivo acoplado a la persona donde se registrarán las presiones tomadas cada 15 o 20 minutos durante el día entero, al sacar la media de estas mediciones la interpretación se hará de acuerdo a la media de los registros en el día (media diurna), los de la noche (media nocturna) o la media total de los registros en el día, si los valores sobrepasan los indicados en la tabla, se llegará al diagnóstico de HTA. Nuestro trabajo

se basa en pacientes ya diagnosticadas con HTA, hemos tomado como aceptable el procedimiento diagnóstico de los pacientes incluidos en nuestro estudio.

Entonces, se entiende que la HTA genera un complejo conjunto de enfermedades concomitantes que son el resultado de modificaciones estructurales de diferentes sistemas producto de una presión local elevada, por ello es crucial que el médico de primer contacto sepa el manejo de primera medida.

2.2.2 DEPRESIÓN

La depresión es un problema de salud mental común, según la OMS. Básicamente, es como si una persona se sintiera triste todo el tiempo, perdiera las ganas de hacer cosas que antes le gustaban, se culpase por todo, o incluso tuviera problemas para dormir o comer. Además, muchos sienten que no tienen energía y les cuesta hasta concentrarse en cosas simples. Lo bueno es que no es algo que deba durar para siempre: si se trata a tiempo y bien, la persona puede recuperarse. Pero si no se le hace caso, puede volverse una bola de nieve, afectando la memoria, el cuerpo y hasta las relaciones con los demás.

Ahora, el DSM-5 (que es como el manual que usan los psiquiatras para entender estos temas) dice que la depresión es uno de los mayores retos de salud de hoy, especialmente porque cada vez más jóvenes la padecen. Este manual explica que no todos los casos son iguales: hay depresión "leve" (cuando los síntomas son como una carga ligera), "grave" (cuando todo se siente imposible), e incluso tipos que se mezclan con cambios de humor extremos (como los altibajos del trastorno bipolar). Para saber exactamente de qué tipo se trata, los expertos siguen una lista de señales específicas. (26,27).

2.2.3 DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Existen múltiples investigaciones que reportan la existencia de correlación y/o asociación entre los pacientes que sufren hipertensión arterial y los síntomas depresivos; muchas de ellas se explican por los daños a largo plazo que genera la HTA en los vasos sanguíneos y si esta ocurre a nivel de zonas como el Sistema Límbico (área que se relaciona con las emociones) del cerebro condicionaría a manifestaciones de trastornos

del estado de ánimo tales como ansiedad, depresión, entre otras. Tal es el caso como el que reporta Zhang Y, et al. en su estudio en donde menciona que existe una relación bidireccional de causalidad entre las distimias y la HTA (13).

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Hipertensión arterial (HTA):** Se define como la presión medida en un mínimo de 4 oportunidades con intervalo de 1 día entre mediciones, según las indicaciones de las guías internacionales, cuyo valor exceda los 140/90mmHg. Para fines de nuestro trabajo se consideró la HTA informada en las historias clínicas o la autoinformada por el paciente.
- **Depresión:** Se define como un trastorno del ánimo en la que la persona manifiesta pérdida de la motivación, el interés y placer por las actividades que realiza en un largo periodo de tiempo. Este debe ser diagnosticado bajo estricta evaluación del médico psiquiatra por lo que en nuestro trabajo solo nos evocamos a determinar los síntomas que sean compatible con la clínica de la depresión.
- **Síntomas depresivos:** Abulia o hipobulia (falta o disminución de la voluntad), falta de interés o placer por las actividades o cosas que con anterioridad era percibidas como gratificantes (según DSM, el término que engloba esta descripción es *anhedonia*) además de la tristeza patológica entre otros. Estos síntomas no se reconocen de manera directa por lo que es necesario valernos de cuestionarios estandarizados para su valoración.
- **Depresión en pacientes con HTA:** Para fines de nuestro trabajo se define como la correlación que existe entre estas variables.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Ho: No existe asociación significativa entre la calidad de vida de los pacientes hipertensos y la depresión en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Vista Alegre, Ayacucho 2024.

H1: Existe asociación significativa entre la calidad de vida de los pacientes hipertensos y la depresión en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Vista Alegre, Ayacucho 2024.

3.2. VARIABLES

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Calidad de vida de los pacientes hipertensos

- TEST MINICHAL
 - Estado de ánimo (ITEMS 1 - 10)
 - Manifestaciones somáticas (ITEMS 11- 16)

3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión

- TEST PHQ-9

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA 2: Tabla de operacionalización de variables

	VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
I N D E P E N D I E N T E	Calidad de vida	Estado mental	Grado de compromiso de la esfera mental en la persona hipertensa.	Items 1 - 10 del test MINICHAL.	<ul style="list-style-type: none"> • Buena calidad de vida. • Regular calidad de vida. • Mala calidad de vida. 	Test MINICHAL para la calidad de vida del paciente hipertenso.
		Síntomas somáticos	Grado de compromiso físico y biológico en la persona hipertensa.	Items 11 - 16 del test MINICHAL.		
D E P E N D I E N T E	Depresión		Trastorno del ánimo que surge a consecuencia de la mala adaptación del paciente a su enfermedad de base. Se clasifica en Leve, moderada y severa.	Items 1 – 9 del test PHQ-9	<ul style="list-style-type: none"> • Sin depresión o mínima • Depresión leve. • Depresión moderada. • Depresión severa. 	Test para el diagnóstico de depresión PHQ-9.

E						
---	--	--	--	--	--	--

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de diseño corte transversal ya que las mediciones se realizan en un momento dado de la línea temporal del proyecto.

El tipo de investigación es: primero cuantitativo, porque los datos analizados son numéricos; segundo, observacional, ya que no existe experimentación, no hay manipulación de ninguna variable; por último, es analítico, porque se trata de buscar algún tipo de relación entre las variables y para ello se revisan y trabajan los datos.

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Nuestro método de investigación de tesis es no experimental por ende no realiza intervenciones que requieren una modificación voluntaria de las variables descritas

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. UNIDAD DE ESTUDIO

Historias clínicas de pacientes con edad superior a 45 años que recibieron atención en el Centro de Salud Vista Alegre durante el mes de noviembre del año 2024.

4.3.2. POBLACIÓN

Corresponde a todas las personas mayores de 45 años atendidas en noviembre del año 2024 con historia de hipertensión arterial atendidas en el centro de salud Vista Alegre.

4.3.3. TAMAÑO DE MUESTRA

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg.
- Historias clínicas de pacientes cuya edad sea mayor o igual de 45 años.
- Historias clínicas de pacientes cuya atención sea del año lectivo 2024.
- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el mes

de noviembre y año 2024.

- Historias clínicas de pacientes con presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes menores de 45 años.
- Historias clínicas de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial antes del mes de noviembre y año 2024.
- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas de gestantes.
- Historias clínicas de pacientes diagnosticados por hipertensión arterial secundaria.

4.4. TÉCNICAS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica de recolección de datos

El proceso de obtención de información se basó en un enfoque mixto, combinando la revisión de registros institucionales (archivos clínicos de usuarios atendidos en el Centro de Salud Vista Alegre) con encuestas directas a los pacientes. Esta fase se desarrolló durante noviembre de 2024, previa autorización escrita del departamento administrativo de la institución. Para sistematizar la información, se emplearon formatos estandarizados (ver modelos complementarios), diseñados para registrar variables sociodemográficas, antecedentes médicos y percepciones individuales. La recopilación se realizó in situ, garantizando el acceso ético a las fuentes y la confidencialidad de los datos según normativas vigentes

Instrumentos de recolección

Para recoger la información clave sobre la presión alta, primero se usó un formulario especial que permitía anotar datos básicos de los pacientes, como su historial médico y hábitos. Luego, en la siguiente etapa, se usaron dos tests: el primero, llamado MINICHAL, medía qué tan bien vivían las personas con la enfermedad. Este test daba un puntaje: si obtenían entre 0 y 10 puntos, eso significaba que se sentían bastante bien en su vida diaria; entre 11 y 24, que tenían algunos problemas para manejar el estrés de la enfermedad; y si superaban los 25 puntos, su calidad de vida estaba muy afectada. El segundo test, el PHQ-9, era como un semáforo para medir la tristeza: de

0 a 4 puntos indicaba que casi no había depresión, de 5 a 9 era como un bajón leve, de 10 a 14 un bajón moderado, y más de 15 puntos señalaba una depresión fuerte. Todo esto ayudó a entender mejor cómo la presión alta y el estado de ánimo están conectados.

4.5. PROCESAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

El trabajo se presentó a los estamentos de la facultad según conducto regular para su aprobación, primero se envió a la decanatura de la Facultad de Medicina humana UNSCH para su revisión y posterior aprobación institucional; tal hecho fue definido con la resolución de aprobación de proyecto:

El documento de aprobación nos sirvió para hacer la respectiva solicitud de ejecución de proyecto en el centro de salud Vista Alegre y la revisión de historias clínicas para la recolección de pacientes que serán incluidos en nuestro trabajo además del permiso del personal de salud del establecimiento para poder ejecutar nuestro trabajo sin disconformidad de sus labores.

Aprobado la solicitud y concedido el permiso, procedimos a recolectar nuestros pacientes en las fechas programadas, utilizamos los cuestionarios PHQ-9 para medir la presencia de clínica depresiva en nuestros pacientes; así también lo hicimos con MINICHAL para medir el grado de calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial de base. El procedimiento fue aceptado por los pacientes según ficha de consentimiento siguiendo la normativa ética y profesional de investigación.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Después de aplicar el cuestionario diagnóstico a las unidades de análisis se procedió a subir los datos al software estadístico SPSS v.26 en apoyo del gestor de datos EXCELL para su mejor ordenamiento y posterior procesamiento estadístico. En el Excell pudimos ver el patrón que configura los datos obtenidos para después corroborarse con SPSS; en él realizamos un análisis descriptivo para ver la tendencia y dispersión, nos valimos de las proporciones y porcentajes para una mejor descripción de los datos del estudio.

Posteriormente, realizamos análisis de datos usando estadísticos de asociación, chi cuadrado, Riesgo relativo; como también estadísticos de correlación de datos, R de Pearson para variables independientes. Los resultados del estudio los presentamos en esquemas y gráficos del Excel para su mejor comprensión y posterior disertación.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

En consonancia con la metodología presentada y que los autores adoptaron para lograr los objetivos de este estudio se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial encontrando los siguientes resultados que a continuación presentamos

TABLA N° 1

PRUEBAS DE NORMALIDAD EN EL GRUPO DE PACIENTES CON HIPERTENCION ARTERIAL EN EL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE 2024 SOMETIDOS A LAS CUESTIONARIOS PHQ -9 Y MINICHAL

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PHQ9	0.900	75	0.150	0.970	75	0.120
MINICHAL	0.850	75	0.180	0.975	75	0.160

a. Corrección de significación de Lilliefors

Dado que es un estudio tipo cuantitativo correlacional es necesario evaluar la normalidad de los datos de las variables descritas en esta investigación científica para lo cual se hizo pruebas estadísticas como la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Shapiro-Wilks. La tabla 1 muestra que ambas pruebas tienen como hipótesis nula (H_0) que los datos tienen una distribución normal. Para probar la hipótesis nula tenemos que ver el valor de significancia mayor que 0.05 indica que se acepta la hipótesis nula es decir hay distribución normal

TABLA 2

CORRELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD DE VISTA ALEGRE, AYACUCHO 2024

		PHQ9	MINICHAL
PHQ9	Correlación de Pearson	1	,297**
	Sig. (bilateral)		0.010
	N	75	75
MINICHAL	Correlación de Pearson	,297**	1
	Sig. (bilateral)	0.010	
	N	75	75

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Se realizó la correlación mediante el paquete estadístico SPSS el estadístico llamado correlación de Pearson con el fin de evaluar la correlación entre los niveles de depresión, medidos a través del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), y la calidad de vida medida mediante el Cuestionario MINICHAL, en una muestra de 75 pacientes hipertensos. La tabla 2 muestra resultados que dieron cuenta de una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables ($r=0.297$, $p=0.010$).

Este hallazgo sugiere que existe una asociación moderada entre mayores niveles de depresión y una menor calidad de vida en pacientes hipertensos en el centro de salud vista alegre. Estos resultados son directamente proporcionales; a medida que aumentan los puntajes en el PHQ-9 (indicando mayor severidad de síntomas depresivos), tienden a aumentar también los puntajes en el MINICHAL. La significancia estadística ($p<0.05$) confirma que esta relación no es producto del azar, respaldando la relevancia clínica de estos resultados.

Dichos resultados son consistentes con la literatura revisada que señala que la depresión tiene una repercusión clínica y además negativa en la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial y también en pacientes con enfermedades crónicas

TABLA 3

CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD DE VISTA ALEGRE, AYACUCHO 2024

		DEPRESION SEGÚN PHQ-9					
			Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Total
CALIDAD DE VIDA SEGÚN CUESTIONARIO MINICHAL	BUEN ESTILO DE VIDA	Recuento % del total	1 1,3%	5 6,7%	0 0,0%	0 0,0%	6 8,0%
	REGULAR ESTILO DE VIDA	Recuento % del total	7 9,3%	34 45,3%	10 13,3%	5 6,7%	56 74,7%
	MAL ESTILO DE VIDA	Recuento % del total	1 1,3%	8 10,7%	2 2,7%	2 2,7%	13 17,3%
		Recuento	9	47	12	7	75
	Total	% del total	12,0%	62,7%	16,0%	9,3%	100,0%

La tabla 3 muestra que la mayoría de los pacientes (74.7%) tienen un estilo de vida regular, de lo cual se infiere que, la calidad de vida de los pacientes hipertensos no es buena

Un 17.3% de los pacientes manifiestan un mal estilo de vida, lo que indica que estos pacientes tienen un estilo de vida que desfavorecen un adecuado funcionamiento tanto físico y emocional

El 8% de los pacientes refleja un buen estilo de vida, esto representa solo una proporción pequeña con respecto al total que logran una adecuada calidad de vida

Entre los pacientes con buen estilo de vida se encontró que la mayoría de estos presentan depresión mínima, lo que se puede inferir que si un paciente tiene un buen estilo de vida está asociado con niveles bajos de depresión, así mismo entre los pacientes con buen estilo de vida no hay casos de depresión severa por lo que se puede ser que la depresión puede jugar un papel importante con respecto al riesgo con respecto a la calidad de vida

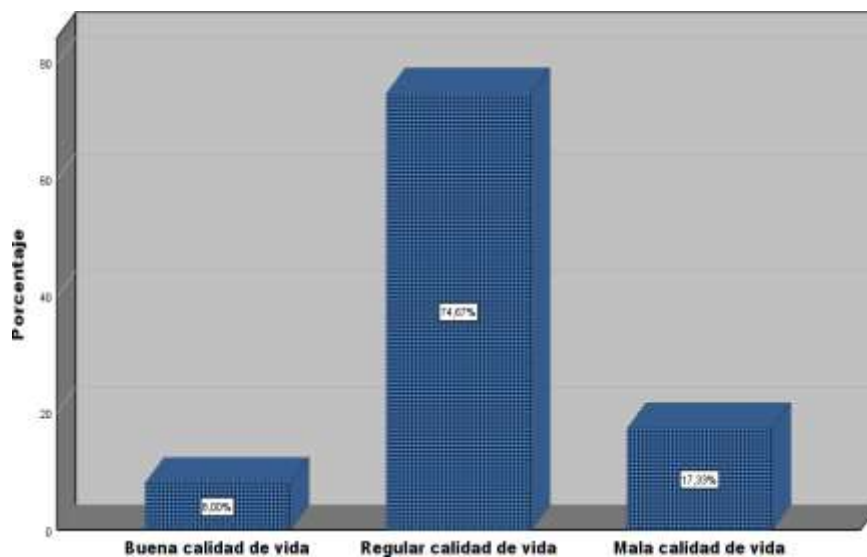
Mientras que los pacientes con estilo de vida regular los niveles de depresión varían, el mayor equivalente al 60.7% tienen depresión mínima, un 26.8% presentan depresión leve o moderada, y un 6.7% tienen depresión severa.

En contraste, los pacientes con mal estilo de vida se observan que la mayoría (61.5%) tienen una categorización de depresión mínima, un 30.8% tienen la denominación de depresión leve o moderada, y un 15.4% presentan depresión severa esto sugiere que un mal estilo de vida está asociado con un mayor riesgo de desarrollar depresión, sobretodo en forma más alta como es la depresión severa.

Los resultados muestran una clara asociación directamente proporcional entre la calidad de vida y los niveles de depresión; es decir y a modo de ejemplo a medida que empeora la calidad de vida, aumenta la prevalencia de síntomas depresivos

Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar intervenciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes hipertensos, ya que esto podría reducir el riesgo de depresión.

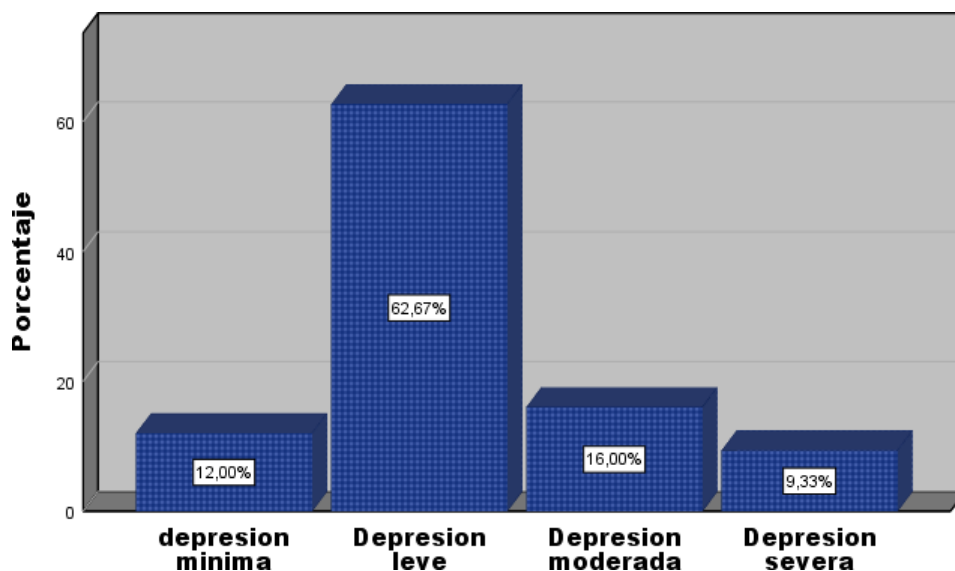
GRAFICO 1
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD
VISTA ALEGRE 2024



El gráfico 1 es un gráfico de barras que muestra la distribución de datos categorizados según la calidad de vida en una muestra de 75 pacientes hipertensos en el centro de salud Vista Alegre, evaluada mediante el cuestionario MINICHAL en el que se observa que una Buena calidad de vida representa el 8% de los pacientes, una pequeña proporción con respecto al total. Así mismo observamos que una regular calidad de vida

representa la mayoría de los pacientes encuestados con una cifra porcentual del 74.67% De esto podemos inferir que la mayoría parte de los pacientes hipertensos tienen una calidad de vida que no es buena , pero tampoco mala. Por último, la mala calidad de vida representa el 17.33% de los pacientes; este grupo tiene dificultades significativas en su calidad de vida, lo que puede estar asociado con un mayor riesgo de complicaciones físicas y emocionales.

GRAFICO 2
DEPRESION EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD VISTA
ALEGRE 2024



El grafico 2 es un gráfico de barras el cual muestra la distribución del nivel de depresión en los pacientes hipertensos del centro de salud Vista Alegre objetivando según los resultados estadísticos que la categoría de “Depresión Leve” representa una cifra porcentual del 62,7 de los pacientes; mientras que una depresión moderada con un valor porcentual correspondiente al 9,3 por ciento y una depresión severa que corresponde al 9,3 por ciento de los casos

La prevalencia de depresión leve que es la mayoría de los pacientes (62.7%) no presentan síntomas depresivos significativos, lo que sugiere que, en general, la salud mental de la muestra no es crítica.

TABLA 4
CORRELACION ENTRE LA DIMENSION MENTAL DEL MINICHAL Y LA
DEPRESION MEDIDA POR EL CUESTIONARIO PHQ -9 EN PACIENTES
HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE

		DIMENSION MENTAL DEL MINICHAL	PHQ – 9
DIMENSION MENTAL DEL MINICHAL	Correlación de Pearson	1	,358**
	Sig. (bilateral)		0.002
	N	75	75
PHQ -9	Correlación de Pearson	,358**	1
	Sig. (bilateral)	0.002	
	N	75	75

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 4 evidencia una correlación de Pearson entre el puntaje obtenido en la dimensión mental del cuestionario MINICHAL y la depresión cuantificada por el cuestionario PHQ 9 es de 0.358 este valor indica una correlación positiva moderada entre las dos variables; esta correlación es significativa al nivel de 0.01, lo que significa que hay menos del 1% de probabilidad de que esta correlación sea producto del azar.

La significancia para la correlación hallada es de 0.002, lo que confirma que la correlación es estadísticamente significativa.

En resumen, existe una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre dimensión a mental del cuestionario MINICHAL y la depresión medida con el cuestionario PHQ-9. Esto sugiere que, en la muestra analizada, a medida que aumentan los niveles de depresión, tienden a aumentar la mala calidad de vida de los pacientes y viceversa

No obstante, es importante recordar que la correlación no implica causalidad, por lo que no se puede afirmar que el origen de la mala calidad de vida son los niveles altos de depresión o viceversa

TABLA 5

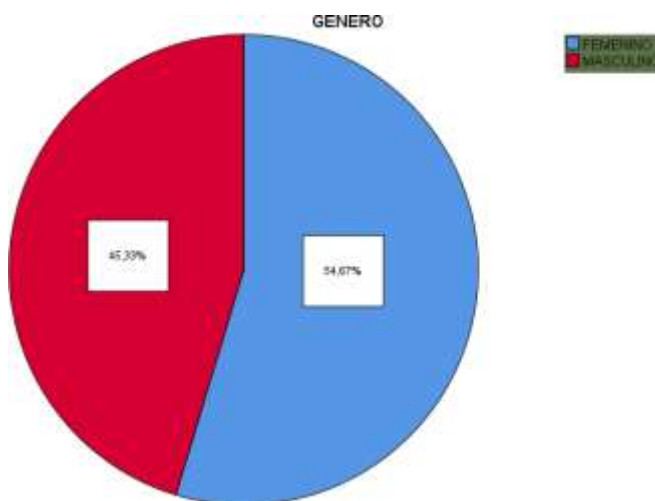
CORRELACION ENTRE LA DIMENSION SOMATICA DEL MINICHAL Y LA DEPRESION MEDIDA POR EL CUESTIONARIO PHQ -9 EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE

	DEPRESION SEGÚN PHQ9	DIMENSION SOMATICO DEL MINICHAL	
PHQ9	Correlación de Pearson	1	0.142
	Sig. (bilateral)		0.226
	N	75	75
DIMENSION SOMATICO DEL MINICHAL	Correlación de Pearson	0.142	1
	Sig. (bilateral)	0.226	
	N	75	75

En la tabla 5 se evidencia que la correlación de Pearson entre el cuestionario PHQ 9 que mide los niveles de depresión y la dimensión somática del cuestionario MINICHAL que mide la calidad de vida; el resultado de esta correlación es de 0.142, este valor indica una correlación positiva débil entre las dos variables. Mientras que la significancia para la correlación es 0.226, lo que es mayor que el umbral común de 0.05. Esto indica que la correlación no es estadísticamente significativa.

En resumen, existe una correlación positiva débil entre PHQ9 y la dimensión somática medida por el cuestionario del MINICHAL, pero esta correlación no es estadísticamente significativa. Esto sugiere que no hay una relación fuerte o significativa entre estas dos variables en la muestra analizada, pero en contraste hay una correlación débil así mismo la significancia mostrada muestra una débil significancia estadística

GRAFICO 3
FRECUENCIA DE GENERO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE
SALUD VISTA ALEGRE 2024



El grafico 4 es un diagrama sectorial que muestra la distribución de los pacientes hipertensos del centro de salud Vista Alegre según género; y muestra los siguientes resultados:

El sexo femenino representa el 45,33% de la muestra; mientras que el sexo masculino en contraste tiene una cuantificación porcentual del 54,67% de la muestra. De lo cual se infiere que hay una ligera mayoría de pacientes masculinos en la muestra analizada.

TABLA 6
DISTRIBUCION DE SEXO ENTRE LOS PACIENTES CON DEPRESION MEDIDA
POR EL CUESTIONARIO PHQ -9 EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE
SALUD VISTA ALEGRE

		Depresion Medido con PHQ -9				
		depresion minima	Depresion leve	Depresion moderada	Depresion severa	
GENERO	FEMENINO	4	24	9	4	41
	MASCULINO	5	23	3	3	34
TOTAL		9	47	12	7	75

La tabla 6 muestra una distribución de depresión por género; en el cual se objetiva que en el grupo de pacientes con género femenino la frecuencia absoluta de la categoría de depresión mínima tiene 4 casos, depresión moderada con 24 casos, depresión severa: 9 casos. Mientras que dentro del género masculino las frecuencias absolutas se cuantifican que hay depresión mínima con 5 casos, depresión moderada con 23 casos, depresión severa con 3 casos.

En la muestra analizada con el paquete estadístico SPSS, las mujeres tienen una mayor prevalencia de depresión moderada en comparación con los hombres

Los hombres tienen una distribución más equilibrada entre las categorías de depresión, con un ligero predominio en la depresión mínima en comparación con las mujeres

La categoría de depresión leve es la más frecuente en ambos géneros, con 24 casos en mujeres y 23 casos en hombres.

TABLA 7
DISTRIBUCIÓN DE SEXO ENTRE LOS PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE VIDA
MEDIDA CON EL CUESTIONARIO MINICHAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL
CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE

		CALIDAD DE VIDA MEDIDO CON EL MINICHAL			
		BUENA CALIDAD DE VIDA	REGULAR CALIDAD DE VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA	
GÉNERO	FEMENINO	4	28	9	41
	MASCULINO	2	28	4	34
Total		6	56	13	75

La tabla 7 muestra la frecuencia de las categorías de la calidad de vida según género con los siguientes resultados:

Dentro de las pacientes femeninas se destaca que en su mayoría tienen regular estilo de vida con una frecuencia absoluta de 28 casos seguida nueve casos de pacientes con mal estilo de vida y por último con menor frecuencia paciente con buen estilo de vida con 4 casos

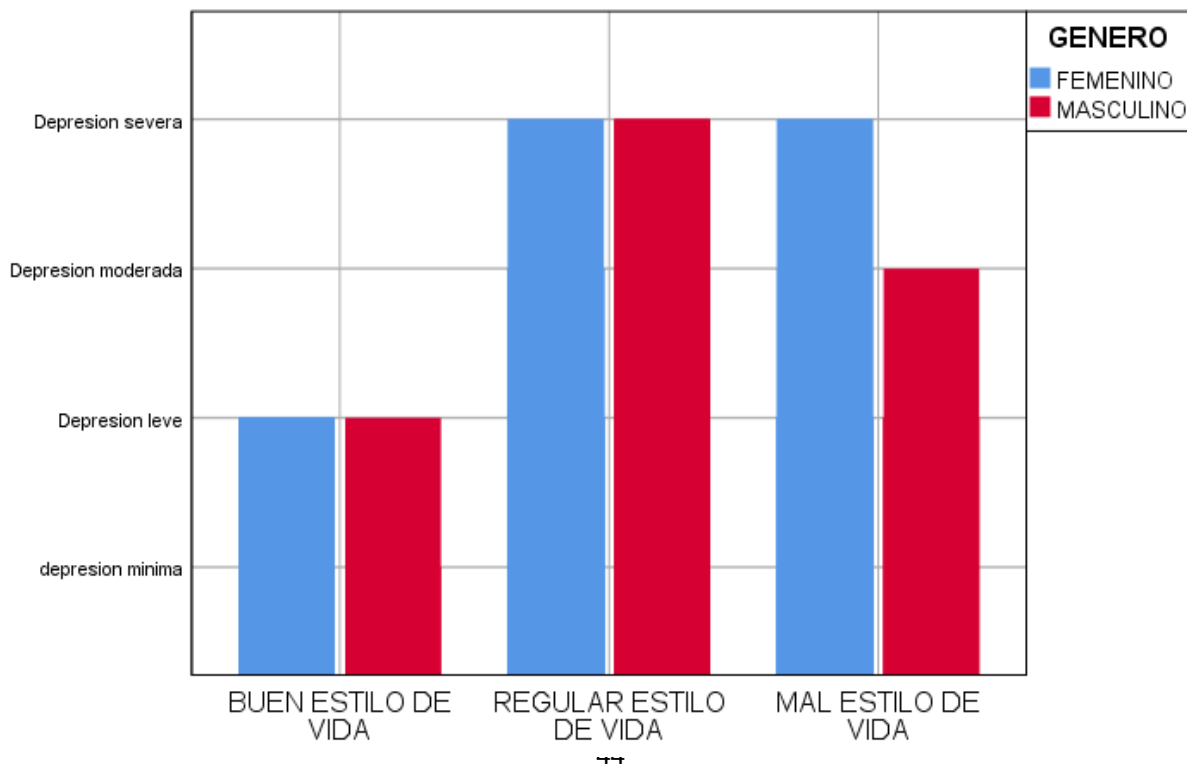
de un estilo de vida regular, con 28 casos en cada género. Los pacientes masculinos

se analizaron y se obtuvo que la mayoría con 28 casos reportados pertenecen a la categoría de regular estilo de vida; seguido la categoría de mal estilo de vida con 4 casos y en último lugar se ve en la tabla la categoría de buen estilo de vida representado con una frecuencia absoluta de dos casos masculinos

También se puede ver que, tanto mujeres como hombres tienen una mayor prevalencia Las mujeres tienen una mayor proporción dentro de la categoría de mal estilo de vida (9 casos) en comparación con los hombres (4 casos). Así mismo los hombres tienen una menor proporción de buen estilo de vida (2 casos) en comparación con las mujeres (4 casos).

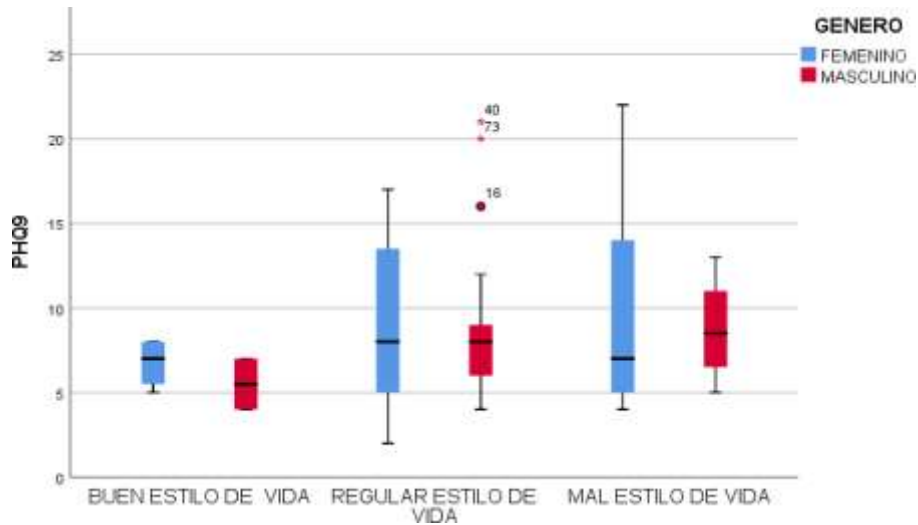
Aunque la mayoría de los individuos en ambos géneros reportan un estilo de vida regular, las mujeres muestran una mayor tendencia hacia un mal estilo de vida en comparación con los hombres.

GRÁFICO 4
"DISTRIBUCIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN SEGÚN CALIDAD DE VIDA Y GÉNERO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE "



El gráfico 4 es un gráfico de barras agrupadas que muestra la distribución de la severidad de la depresión (categorizada a partir del PHQ-9) en función de las categorías del cuestionario del MINICHAL (estilo de vida) y el género; en este gráfico se refleja que los pacientes con un mal estilo de vida muestran una mayor proporción en las categorías de depresión moderada o severa, y una menor proporción en depresión mínima o leve. Los pacientes con estilo de vida regular están en un punto intermedio, con una distribución más equilibrada entre las categorías de depresión. También se observa que existen diferencias por género el gráfico permite comparar cómo varía las frecuencias de en la categoría de la depresión según género dentro de cada categoría de estilo de vida, las barras de depresión severa son más altas en mujeres que en hombres dentro de la categoría de mal estilo de vida, esto podría indicar que las mujeres con un estilo de vida poco saludable tienen un mayor riesgo de depresión severa en comparación con los hombres en la misma categoría. El gráfico sugiere que existe una relación entre el estilo de vida y la severidad de la depresión, con un estilo de vida más saludable asociado a una menor prevalencia de depresión severa. Así mismo el género parece influir en esta relación, ya que las distribuciones de severidad de la depresión varían entre hombres y mujeres dentro de cada categoría de estilo de vida.

GRÁFICO 5
"DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN (PHQ-9) SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA (MINICHAL) Y GÉNERO EN PACIENTES HIPERTENSOS"



El gráfico 5 es un diagrama de cajas agrupado que muestra cómo se distribuyen las puntuaciones de depresión medidas con el cuestionario PHQ-9 en función de la calidad de vida (evaluada con el MINICHAL) y el género en pacientes hipertensos del centro de salud "Vista Alegre". En él se puede ver que, en general, se observa que los pacientes con un buen estilo de vida tienden a presentar puntuaciones más bajas en el PHQ-9, lo que indica niveles más bajos de depresión. Por el contrario, los pacientes con un mal estilo de vida muestran puntuaciones más altas en el cuestionario PHQ-9, lo que sugiere niveles más altos de depresión. Esto confirma la hipótesis de que existe una relación inversa entre la calidad de vida y la depresión en pacientes hipertensos.

Además, se objetivan diferencias por género en cuanto que, en la categoría de buen estilo de vida, las mujeres tienden a presentar puntuaciones de PHQ-9 ligeramente más altas que los hombres, lo que podría indicar que, incluso con una buena calidad de vida, las mujeres tienen una mayor predisposición a síntomas depresivos, lo que concuerda con las diferentes literaturas revisadas.

En la categoría de mal estilo de vida, tanto hombres como mujeres muestran puntuaciones elevadas de PHQ-9, pero las mujeres presentan una mayor dispersión en los datos, lo que sugiere una mayor variabilidad en los niveles de depresión en este

grupo.

En la categoría de regular estilo de vida, no se observan diferencias significativas entre géneros, lo que indica que, en este nivel intermedio de calidad de vida, el género no parece ser un factor determinante en los niveles de depresión.

En la categoría de mal estilo de vida, se observan varios valores atípicos en los datos de ambos géneros, lo que parece indicar que algunos pacientes presentan niveles de depresión extremadamente altos pero que no contribuyen al resultado general.

En la categoría de buen estilo de vida, la dispersión de los datos es menor, lo que sugiere que los pacientes con una buena calidad de vida tienden a tener niveles de depresión más homogéneo

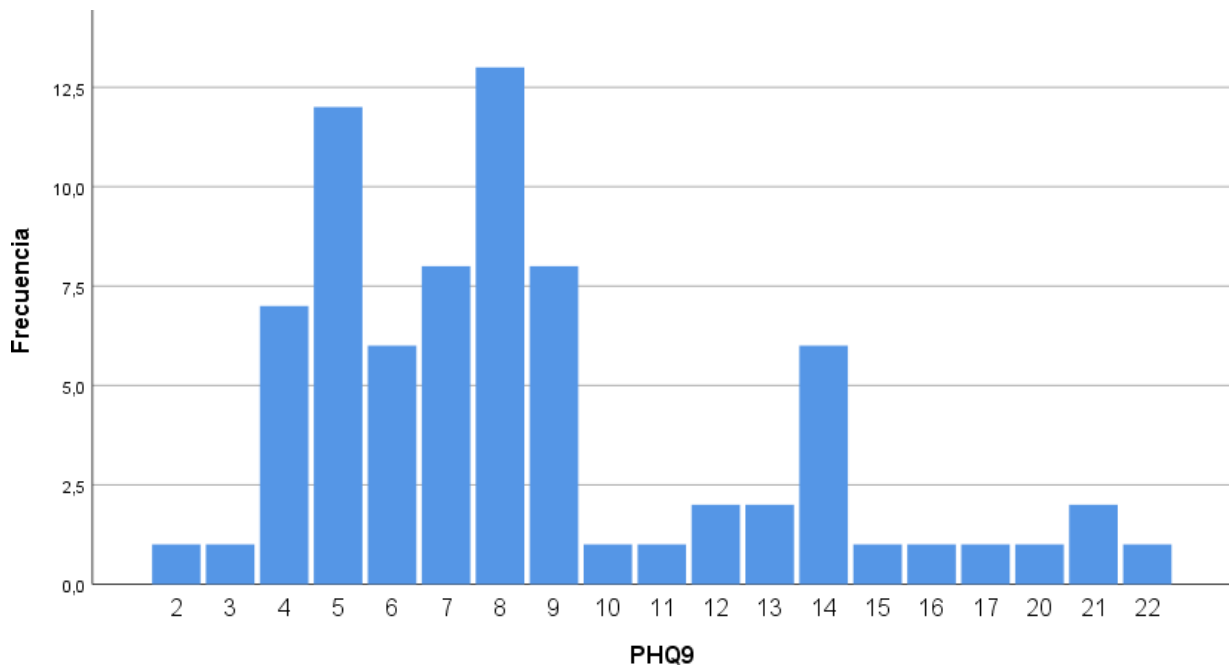
TABLA 8
Resultados Descriptivos del Cuestionario PHQ-9

N	Válido	75
	Perdidos	0
Media		8.64
Mediana		8.00
Moda		8
Percentiles	25	5.00
	50	8.00
	75	10.00

La tabla 8 en la que se utilizó la estadística descriptiva muestra que de un total de 75 pacientes hipertensos se obtuvo una media de 8,64 que representa que la prevalencia de síntomas depresivos en la muestra representa la categoría de depresión moderada ; asimismo también se puede ver otro estadístico llamado mediana con un valor de 8 , esta indica que la mitad de todos los participantes tiene un puntaje igual o menos a 8 mientras que la otra mitad tiene una distribución mayor o igual a 8 ; la misma tendencia se ve en los resultados de la moda con un valor de 8

Dentro del análisis de los percentiles de la tabla podemos decir que el el percentil 25 es 5, lo que significa que el 25% de los participantes tiene puntuaciones menores o iguales a 5; mientras que el percentil 50 es 8, lo que significa que el 50% de los pacientes encuestados tienen puntajes menores o iguales a 8; el percentil 75 es 10, lo que indica que el 75% de los participantes tiene puntuaciones de hasta 10, y el 25% restante tiene puntuaciones superiores

GRÁFICO 6
Distribución de Puntajes del Cuestionario PHQ-9 (Síntomas Depresivos en Pacientes Hipertensos)



El grafico 7 es un histograma con medidas de tendencia central en los que se puede observar que la moda es 8, lo que significa que este es el puntaje más frecuente en la muestra la mayoría de los puntajes se concentran entre los valores de cuatro y nueve dentro del cuestionario del PHQ 9, con picos en los puntajes de cinco y ocho

Se observan algunos valores más altos, superiores a 14, pero con menor incidencia en relación a otros datos

Hay una distribución de los puntajes uniforme indica que hay algunos pacientes con síntomas depresivos más intensos, aunque la mayor parte de la muestra tiene síntomas

leves a moderados, hay una concentración de valores entre 4 y 9, de esto se puede inferir que la mayoría de los pacientes presenta síntomas depresivos leves o moderados. Así mismo hay valores altos que indican depresión grave que son datos aislados que no repercuten en el análisis general de esta investigación

TABLA 9
Resultados Descriptivos del Cuestionario MINICHAL (Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos)

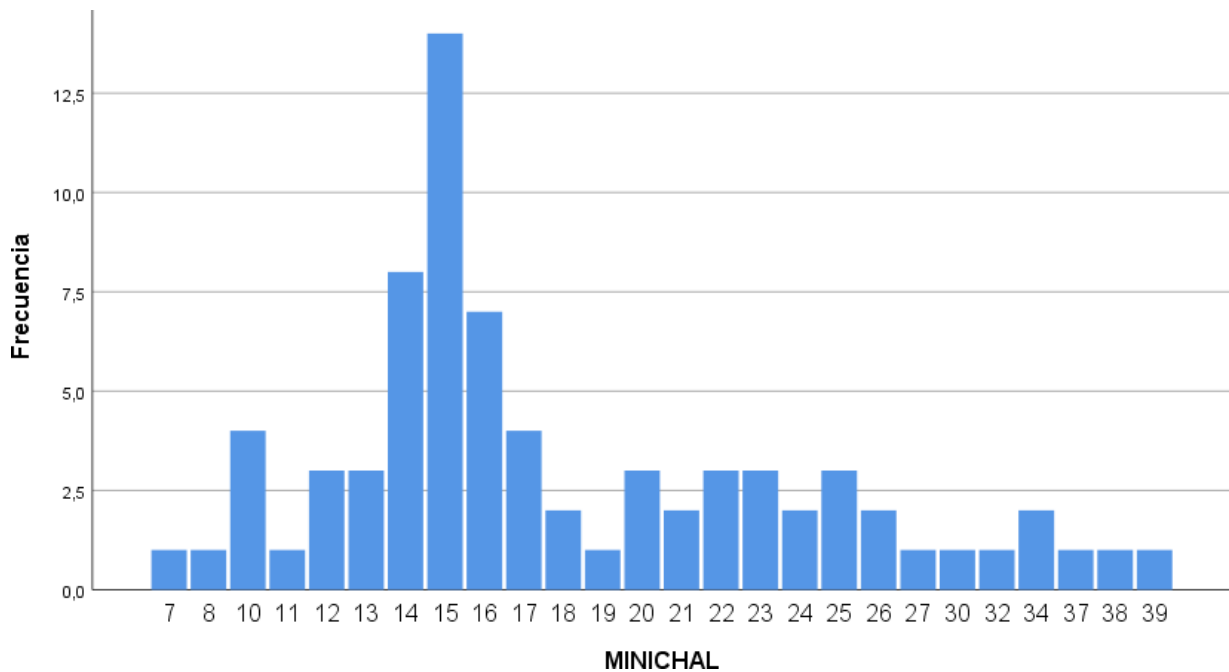
N	Válido	75
	Perdidos	0
Media		18.41
Mediana		16.00
Moda		15
Percentiles	25	14.00
	50	16.00
	75	22.00

La tabla 9 muestra que el número de pacientes encuestados satisfactoriamente es 75 del que se obtuvieron los siguientes estadísticos:

Una media de 18,41 que representa una puntuación promedio en la escala MINICHAL que mide la calidad de vida es lo que sugiere que una calidad de vida moderada en los pacientes hipertensos del centro de salud de Vista Alegre. También se ve la mediana con un valor de 16 que indica que la mitad de los participantes tiene una puntuación menor o igual a 16, y la otra mitad tiene puntuaciones superiores a 16. El valor de la moda es de 15 que es la puntuación más frecuente en las respuestas

Analizando los percentiles presentados en esta tabla se puede ver que el percentil 25 es 14, lo que indica que el 25% de los participantes tiene una puntuación de calidad de vida menor o igual a 14; el percentil 50 es 16, que representa la mediana ya vista en las líneas anteriores el percentil 75 es 22, lo que muestra que el 25% de los participantes tiene puntuaciones superiores a 22, indicando un grupo con mejor calidad de vida en comparación con el resto.

GRÁFICO 7
Distribución de Puntajes del Cuestionario MINICHAL (Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos)



El gráfico 6 es un histograma de barras en el cual se puede observar las siguientes estadísticas tendencia central la moda se encuentra en 15, lo que significa que este es el puntaje más frecuente en la muestra.

De acuerdo a su distribución podemos observar que la mayor concentración de puntajes se encuentra entre 13 y 17, con un pico pronunciado en 15. Existen puntuaciones más dispersas entre 20 y 39, pero con menor frecuencia.

Se observa una leve asimetría a la derecha, lo que sugiere que algunos participantes tienen puntuaciones significativamente más altas, indicando una mejor calidad de vida. También se observa que la mayoría de los pacientes hipertensos en la muestra reportan una calidad de vida moderada.

5.2 Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos y presentados en este trabajo de investigación aceptamos la hipótesis general alternativa planteada el presente estudio que establece que existe una correlación significativa entre la calidad de vida entre los pacientes hipertensos y la depresión de los mismos estos resultados guardan relación con lo que sostienen Zhang Y. et al. (Corea del Sur, 2023) , Langfort A. et al. (EE. UU., 2021) , Grados Lozano (Perú, 2022) quienes señalan que existe una alta correlación entre la calidad de vida y la depresión; estos autores señalan que mientras disminuyen los niveles de calidad de vida también los hacen los niveles de depresión, guardando una relación directa de dichas variables. Ello es acorde con los resultados obtenidos en esta investigación que sugiere que existe una asociación moderada y significativa entre la calidad de vida y la depresión entre los pacientes hipertensos del centro de salud “Vista Alegre” esto indica que a medida que disminuye la calidad de vida de los pacientes, los niveles de depresión tienden a aumentar.

En lo que respecta a los niveles de calidad de vida en este estudio se encontró que la mayoría significativa de los pacientes (74.7%) tiene un estilo de vida regular, lo que implica que su calidad de vida no es óptima, pero tampoco es completamente mala y una minoría presenta un buen estilo de vida (8%) esto está en consonancia con los hallazgos de Langfort A. et al. (EE. UU., 2021), García Z. et al. (Rep. Dominicana, 2020) ,Jaén F, et al.(España 2016) dichos autores mencionan que en pacientes con depresión los niveles de calidad de vida tienden a disminuir , además que encontraron que la mayoría de los pacientes presentan una regular calidad de vida. Esto está acorde con los resultados de esta investigación

En cuanto a los niveles de depresión en pacientes con hipertensión arterial se objetivo que la mayoría de pacientes con hipertensión arterial en el centro de salud de “Vista alegre” tiene depresión leve esto guarda relación con Oleksandr Y. et al. (Ucrania 2021), Núñez Muñoz A., (Lima 2021) quienes en sus estudios mencionan que la depresión mínima o leve es la categoría de depresión más frecuente entre los pacientes con hipertensión arterial

En cuanto a si existe alguna correlación entre cada categoría de estilo de vida y la depresión nuestra tesis puso en relieve que existe una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre dimensión a mental del cuestionario MINICHAL y la depresión medida con el cuestionario PHQ-9 esto es compatible con los hallazgos de Grados Lozano, Piero, (Lima 2022), Villareal Zegarra D., (Lima 2018) .Dichos autores establecen en sus trabajos de investigación que la correlación entre la categoría mental y la depresión es positiva y significativa .Asimismo el instrumento llamado MINICHAL presenta la categoría somática en la cual existe correlación positiva débil con la depresión , pero esta correlación no es estadísticamente significativa esto sugiere que no hay una relación fuerte o significativa entre estas dos variables en la muestra analizada esto contrasta con los resultados obtenidos por Grados Lozano, Piero, (Lima 2022), Villareal Zegarra D., (Lima 2018) en los cuales la dimensión somática tiene una correlación fuerte y estadísticamente significativa

En cuanto a la variable género, los datos revelan diferencias significativas entre hombres y mujeres, las mujeres, en general, presentaron una mayor prevalencia de depresión moderada y severa en comparación con los hombres. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas como en los trabajos de Rubio-Guerra A. et al. (México 2016), Jaén F, et al., (España 2016). que han demostrado que las mujeres tienen un mayor riesgo de experimentar trastornos depresivos en comparación con los hombres, particularmente en contextos de enfermedades crónicas. Las diferencias de género observadas podrían estar relacionadas con factores sociales y psicológicos, así como con la percepción de salud y bienestar que varía entre hombres y mujeres. Sin embargo, es necesario realizar estudios más profundos para explorar estos factores de manera más detallada. La calidad de vida de los pacientes hipertensos según genero fue abordado también esta tesis la mayoría de los individuos en ambos géneros reportan un estilo de vida regular, las mujeres muestran una mayor tendencia hacia un mal estilo de vida en comparación con los hombres esto va en congruencia con los autores Cruz Arteaga A., (Piura 2022); Jaén F, et al., (España 2016). quienes en sus correspondientes trabajos de investigación encuentran que la distribución de calidad de vida no varía significativamente

La implicación clínica importante de este estudio tiene implicaciones para la atención integral de los pacientes hipertensos. La relación entre depresión y calidad de vida sugiere que el manejo de la depresión debería ser una prioridad en el tratamiento de pacientes con hipertensión. Los médicos y profesionales de salud deben ser conscientes de la interacción entre estos dos factores y considerar la evaluación de la salud mental en sus consultas de rutina, especialmente en aquellos pacientes con calidad de vida comprometida o un estilo de vida regular o malo. Intervenciones psicosociales, como terapias cognitivo-conductuales o programas de apoyo emocional, podrían ser herramientas efectivas para mejorar tanto la salud mental como la calidad de vida de estos pacientes.

Además, la promoción de un estilo de vida saludable podría ser una estrategia fundamental para prevenir la depresión y sus complicaciones. Los programas educativos sobre la importancia de la actividad física, la alimentación saludable y la gestión del estrés deben ser implementados de manera rutinaria en centros de salud, especialmente en áreas donde los pacientes hipertensos presentan mayores tasas de depresión.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Una de las principales limitaciones de este estudio es su diseño transversal, lo que impide establecer relaciones causales entre las variables de interés. Para una comprensión más profunda de la dinámica entre depresión, calidad de vida y estilo de vida en pacientes hipertensos, se recomienda realizar estudios longitudinales que puedan observar los cambios a lo largo del tiempo.

Asimismo, aunque este estudio proporciona información valiosa sobre la correlación entre depresión y calidad de vida, se podría ampliar la muestra para incluir más centros de salud, lo que permitiría obtener resultados más generalizables.

5.3.-Conclusiones

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio se puede obtener las siguientes conclusiones:

- Se acepta la hipótesis general de esta tesis la cual consiste en que existe una correlación moderada entre mayores niveles de depresión y una menor calidad de vida en pacientes hipertensos en el centro de salud vista alegre
- La mayoría de los pacientes hipertensos del centro de salud “Vista Alegre” tienen un estilo de vida regular, de lo cual se infiere que, la calidad de vida de los pacientes hipertensos no es óptima, un 17.3% de los pacientes tienen un mal estilo de vida, lo que indica que una proporción enfrenta dificultades importantes en su calidad de vida una minoría (8%) de los pacientes refleja un buen estilo de vida, lo que refleja que una minoría con respecto al total logra mantener hábitos y condiciones que se reflejan en una calidad de vida adecuada.
- Existe una correlación moderada entre la calidad de vida en su dimensión mental del cuestionario MINICHAL y la depresión cuantificada por el cuestionario PHQ 9 además de una correlación débil entre la dimensión somática del cuestionario MINICHAL y la depresión medida por el cuestionario PHQ 9 que mide la depresion
- Hay una ligera mayoría de pacientes masculinos, en relación a pacientes femeninas los hombres tienen una distribución más equilibrada entre las categorías de depresión, con un ligero predominio en la depresión mínima en comparación con las mujeres, en la categoría de depresión leve es la más frecuente en ambos géneros, con 24 casos en mujeres y 23 casos en hombres.
- Aunque la mayoría de los individuos en ambos géneros reportan un estilo de vida regular, las mujeres muestran una mayor tendencia hacia un mal estilo de vida en comparación con los hombres.

5.4 Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones se recomienda las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda implementar programas integrados de salud mental y física en el centro de salud "Vista Alegre", enfocados en pacientes hipertensos, para abordar simultáneamente la depresión y mejorar la calidad de vida. Asimismo, realizar evaluaciones periódicas de depresión con los cuestionarios PHQ-9 y calidad de vida con el cuestionario MINICHAL para identificar pacientes en riesgo y ofrecer intervenciones tempranas. Capacitar al personal de salud en técnicas de psicoeducación para enseñar a las pacientes estrategias de manejo emocional y adaptación a la hipertensión.
- Afín de mejorar los estilos de vida saludable diseñar talleres educativos sobre hábitos saludables (nutrición, actividad física, manejo del estrés) dirigidos a pacientes hipertensos, priorizando a quienes reportan un estilo de vida "regular" o "malo" crear planes personalizados para el 17.3% de pacientes con estilo de vida "malo", incluyendo seguimiento por nutricionistas, psicólogos y médicos; promover actividades comunitarias (ejercicio grupal, cocina saludable) para motivar cambios sostenibles, especialmente en el 8% con buen estilo de vida para que sirvan como modelos
- Fortalecer la atención en salud mental con enfoque en la dimensión psicológica (ansiedad, estrés) del MINICHAL, ya que muestra mayor correlación con la depresión. Incorporar terapias cognitivo-conductuales breves para pacientes con puntuaciones altas en PHQ-9, enfocándose en la regulación emocional; complementariamente monitorear síntomas somáticos (como fatiga o dolor) en pacientes con depresión, ya que podrían agravar la percepción de calidad de vida.
- Desarrollar intervenciones diferenciadas por género; por ejemplo, en el caso de las mujeres, crear grupos de apoyo para manejar factores socioemocionales que contribuyen a la depresión leve y al estilo de vida deficiente. En el caso de los varones se puede fomentar la participación en programas de salud mental, combatiendo estigmas culturales sobre la depresión.
- Dado que la mayoría de pacientes tienen un estilo de vida regular se puede

reforzar la mejoría el nivel de estilo de vida mediante el establecimiento de metas graduales como pequeños cambios en dieta o actividad física, con refuerzo positivo; asimismo utilizar la tecnología disponible (apps de seguimiento, recordatorios vía SMS) para promover adherencia a hábitos saludables.

- Realizar investigaciones que busquen causalidad entre la calidad de vida y la depresión en pacientes hipertensos

BIBLIOGRAFÍA

1. Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GY, Mancia G, Profesor Zanchetti E. Asociaciones: European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA) y Heart Failure Association (HFA). *Eur Heart J* [Internet]. 2019;72(2):160-1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022>
2. MINSA. Documento técnico para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva. [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 18]. 1-74 p. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6909.pdf>
3. Timmis A, Townsend N, Gale C, Grobbee R, Maniadakis N, Flather M, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular disease statistics 2017. *Eur Heart J*. 2018 Feb 14;39(7):508-77.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Vol. 39, *European Heart Journal*. Oxford University Press; 2018. p. 3021-104.
5. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade the PHYSA study. *J Hypertens*. 2014;32(6):1211-21.
6. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013 Sep 4;310(9):959-68.
7. Jaén Águila F, Mediavilla García JD, Navarrete Navarrete N, Ramos Cortés JL, Fernández Torres C, Jiménez Alonso J. Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial resistente. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2014;31(1):7-13.
8. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Vol. 311, *JAMA*. American Medical Association; 2014. p. 507-20.
9. Virani SS, Newby LK, Arnold S V., Bittner V, Brewer LPC, Demeter SH, et al. 2023

- AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Vol. 148, Circulation. Lippincott Williams and Wilkins; 2023. p. E9-119.
10. World health association. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?Ua=1. WHO_Managment of hypertension.
 11. ABDEL R. OMRAN. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change.
 12. Judd E, Calhoun DA. Apparent and true resistant hypertension: Definition, prevalence and outcomes. Vol. 28, Journal of Human Hypertension. Nature Publishing Group; 2014. p. 463-8.
 13. Yaxin Zhang, Yujing Chen, Lina Ma. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding.
 14. Arteaga C, Elizabeth A, Suni C, Cesar J. Ansiedad y depresión en pacientes con Hipertensión Arterial. Hospital Santa Rosa, 2019.
 15. Villareal Zegarra DR. Asociación entre HTA y síntomas depresivos_UPCH.
 16. World Health Organization. Global report on hypertension The race against a silent killer. 2023.
 17. Schaare HL, Blöchl M, Kumral D, Uhlig M, Lemcke L, Valk SL, et al. Associations between mental health, blood pressure and the development of hypertension. Nat Commun. 2023 Dec 1;14(1).
 18. Langford AT, Butler M, Booth JN, Jin P, Bress AP, Tanner RM, et al. Stress and Depression Are Associated with Life's Simple 7 among African Americans with Hypertension: Findings from the Jackson Heart Study. Am J Hypertens. 2021 Dec 1;34(12):1311-21.
 19. Polishchuk OY, Tashchuk VK, Barchuk NI, Amelina TM, Hrechko SI, Trefanenko I V. Anxiety and Depressive disorders in patients with arterial hypertension. Wiad Lek. 2021;74(3 cz 1):455-9.
 20. García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Flores-Kanter PE, Medrano LA. Affective comorbidity in patients with hypertension: a case-control study

on adults in the Dominican Republic. *Acta Colombiana de Psicología*. 2020 Jan 1;23(1):205-15.

21. Hamrah MS, Hamrah MH, Ishii H, Suzuki S, Hamrah MH, Hamrah AE, et al. Anxiety and Depression among Hypertensive Outpatients in Afghanistan: A Cross-Sectional Study in Andkhoy City. *Int J Hypertens*. 2018;2018.
22. Francisco Rubio-Guerra FACP A, Rodriguez-Lopez L, Vargas-Ayala G, Huerta-Ramirez SM, Castro Serna D, Juan Lozano-Nuevo J, et al. Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. Vol. 18, *Exp Clin Cardiol*. 2013.
23. Grados Lozano PL. Asociación entre síntomas depresivos y la hipertensión arterial en población peruana mayor o igual a 15 años según ENDES 2018-2021 [Internet]. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-1576-8325>
24. Nuñez Muñoz Alison Liz de Azucena. Asociación entre Depresión y enfermedades Cardiometabólicas en pacientes, 2021.
25. Carrillo G, Clauda M, Saco M, Fabiola A. Asociación entre hipertensión arterial y depresión: un estudio de base poblacional en Perú [Internet]. Available from: <http://hdl.handle.net/10757/621796>
26. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2023.
27. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. [Internet]. 2017. Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org/>.

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Calidad de vida y depresión en adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud Vista Alegre, Ayacucho 2024.

VARIABLES	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>Variable independiente Calidad de vida de los pacientes hipertensos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado mental. ✓ Síntomas somáticos. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ MINICHAL 	<p>Problema general: ¿Existe alguna correlación entre la calidad de vida de los pacientes hipertensos medidos con el test MINICHAL y la depresión en este mismo grupo de pacientes del Centro de Salud Vista Alegre, Ayacucho 2024?</p>	<p>Objetivo general: Determinar si existe alguna correlación o asociación entre la calidad de vida de los pacientes con hipertensión y la depresión concomitante en este mismo grupo de pacientes del Centro de Salud de Vista Alegre, Ayacucho 2024.</p>	<p>Hipótesis general: Existe una correlación directa entre la calidad de vida de los pacientes con HTA y los síntomas depresivos, ésta se hace más significativo mientras peor sea la calidad de vida de los pacientes del centro de salud de Vista Alegre, Ayacucho 2024.</p>	<p>Diseño de investigación:</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Población:</p> <p>Muestra:</p> <p>Tipo de muestreo:</p> <p>Unidad de análisis:</p>
<p>Variable dependiente: Depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador: <ul style="list-style-type: none"> ✓ PHQ-9 	<p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con hipertensión del Centro de Salud Vista Alegre – 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la frecuencia de cada tipo de calidad de vida en los pacientes hipertensos del 	<p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las frecuencias guardan una relación directa con cada tipo de calidad de vida de pacientes con HTA, de tal manera que, un mayor 	<p>Instrumento de recolección de datos:</p> <p>Técnica de recolección de datos:</p> <p>Análisis:</p>

	<p>noviembre 2024?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la frecuencia de depresión entre los pacientes hipertensos del Centro de Salud Vista Alegre – noviembre 2024? • ¿Hay alguna correlación entre el tipo de calidad de vida y la depresión entre los pacientes hipertensos del Centro de Salud de Vista Alegre – noviembre 2024? 	<p>Centro de Salud Vista Alegre – noviembre 2024 analizados en este estudio aplicando el test MINICHAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener datos acerca de la frecuencia de depresión en cada tipo de calidad de vida entre los pacientes hipertensos del centro de salud "Vista Alegre", Ayacucho 2024 • Identificar si existe alguna correlación o asociación entre cada tipo de calidad de vida y la depresión entre 	<p>porcentaje de los pacientes con HTA tienen una calidad de vida muy buena y un menor porcentaje de pacientes poseen una calidad de vida mala.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una mayor frecuencia de depresión en aquellos que tienen una mala calidad de vida y es inverso para aquellos con buena calidad de vida. • La depresión tiene una relación inversa con la calidad de vida, de tal manera que, aquellos que poseen una mala calidad de vida por HTA tienen más probabilidad de manifestaciones depresivas. 	
--	--	---	--	--

		los pacientes con hipertensión arterial del centro de salud "Vista Alegre", Ayacucho 2024		
--	--	---	--	--

ANEXO 2: OTROS

ANEXO 2.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento, manifiesto mi voluntad de participar en la investigación titulada: "Depresión y calidad de vida del adulto con hipertensión arterial atendido en el establecimiento de salud Los Olivos". Este estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Después de haber recibido y comprendido toda la información sobre esta investigación, declaró que:

Mi participación es completamente voluntaria.

- Se garantizará una estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos durante mi colaboración en el estudio.
- No habrá ninguna consecuencia negativa para mi persona ni para mi salud.
- No incurriré en ningún gasto ni recibiré remuneración alguna por mi participación en el estudio.
- Puedo solicitar más información actualizada a lo largo de la investigación a la investigadora responsable.
- Puedo pedir asistencia en la lectura de este documento para asegurar mi comprensión y participación.

Esta investigación no presenta riesgos que puedan causar incomodidad debido al tipo de preguntas que se realizarán. Los beneficios que se esperan obtener al finalizar el estudio son de carácter científico, contribuyendo al conocimiento y tratamiento de la depresión y la calidad de vida en personas con hipertensión arterial.

Firma del participante: _____

Nombre del participante: _____

Fecha: _____

ANEXO 2.2 SOLICITUD DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CLAS CARMEN ALTO
C.S. VISTA ALEGRE
MESA DE PARTES
Reg. N.º 194 Folio: 1
Fecha: 18/11/24 Hora: 09:00
FIRMA: RUCY.

SOLICITA: Autorización para realizar investigación titulada "Calidad de vida y depresión en adultos con hipertensión arterial del centro de salud Vista Alegre Ayacucho 2024"

SEÑOR JEFE DEL CENTRO DE SALUD DE "VISTA ALEGRE" DEL DISTRITO DE CARMEN ALTO DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA

Nosotros Russmael Bryan Castro Pillaca identificado con DNI No 70418887 y José Luis Bellido Gonzalo identificado con DNI No 47538875, ambos con domicilio en la ciudad de Ayacucho-Huamanga, ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que, habiendo una Resolución Decanal No 1147-2024-UNSC-FCSA-D que resuelve la aprobación del Proyecto de Tesis titulado "CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE AYACUCHO 2024" presentado por los suscritos de la escuela Profesional de Medicina Humana: Russmael Bryan Castro Pillaca y José Luis Bellido Gonzalo. Acudimos para solicitar tenga a bien de autorizar la realización de la citada investigación en el establecimiento de salud que Usted dirige; cuyos resultados coadyuvará en la mejora de la atención a la población usuaria.

Adjuntamos al presente:

- Copia de la Resolución Decanal No 1147-2024-UNSC-FCSA-D

Por lo expuesto:

Suplicamos a usted acceder nuestra petición por ser pertinente.

Ayacucho, 18 de noviembre 2024


José Luis Bellido Gonzalo
DNI No 47538875


Russmael Bryan Castro Pillaca
DNI No 70418887

ANEXO 2.3 CUESTIONARIOS

MINI-CUESTIONARIO PARA LA CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL (MINICHAL)

La calidad de vida se define como el nivel de bienestar biológico, mental y social que tiene la persona que convive con hipertensión arterial; esto nos ayudará a entender el efecto que ha tenido esta enfermedad a lo largo de los años y poder implementar nuevas medidas de atención con la finalidad de mejorar el tratamiento para este grupo de pacientes.

¡RECUERDE!

- La presión arterial es una enfermedad de por vida, muy frecuente en el mundo.
- Genera daños a otras partes del cuerpo y para evitarlo debes tomar tus medicamentos y seguir las indicaciones médicas.
- Puede ser fatal si su valor de presión arterial es DEMASIADO ELEVADO.
- Una forma de valorar el efecto de la hipertensión sobre su cuerpo es midiendo la calidad de vida mediante este cuestionario (MINICHAL)¹.

Por ello, le pedimos lea bien las preguntas, responda adecuadamente, dese su tiempo si es necesario para entender las preguntas.

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA: _____

¹ Este cuestionario no es de nuestra autoría, por ello se informa con la siguiente cita bibliográfica: Maritza G. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con hipertensión arterial que habitan en una zona de San Martín de Porres, 2021” [internet]. [Lima]: Norbert Wiener; 2021. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5846/t061_45754124_t.pdf?sequence=2&isallowed=y.

Nº	En los últimos 7 días	No, en absoluto	Sí, poco	Sí, bastante	Sí, mucho
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?	0	1	2	3
2	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?	0	1	2	3
3	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?	0	1	2	3
4	¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?	0	1	2	3
5	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?	0	1	2	3
6	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	0	1	2	3
7	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?	0	1	2	3
8	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?	0	1	2	3
9	¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?	0	1	2	3
10	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	0	1	2	3
11	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?	0	1	2	3
12	¿Se le han hinchado los tobillos?	0	1	2	3
13	¿Ha notado que orina más a menudo?	0	1	2	3
14	¿Ha notado sequedad de boca?	0	1	2	3
15	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?	0	1	2	3
16	¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?	0	1	2	3

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)²

El presente cuestionario fue diseñado por un grupo de especialistas con la finalidad de diagnosticar oportuna y tempranamente los trastornos del estado de ánimo como la depresión. Recuerde que la depresión hoy en día es el problema de salud mental que más afecta a la población mundial; las posibles consecuencias de NO ser diagnosticado y tratado tempranamente van desde pérdida de habilidades sociales hasta el suicidio.

Para poder diagnosticar esta terrible enfermedad se requiere conocer los síntomas más característicos, los cuales son:

- Disminución de las ganas o voluntad para hacer las cosas que antes se hacía.
- Introversión, disminución de las ganas de comunicarse y relacionarse con otras personas.
- Estar triste por mucho tiempo.
- No disfrutar de las cosas que antes sí lo hacía, entre otras.

Una herramienta que nos apoya a acercarnos al posible diagnóstico de esta enfermedad es el siguiente cuestionario, le pedimos responder acertadamente para ello con mucho detenimiento las siguientes preguntas.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

² El presente cuestionario no es de nuestra autoría, por lo que se informa la siguiente cita bibliográfica: Kroenke y col. Cuestionario sobre la salud del paciente PHQ-9 [Internet]. Psychiatry website. Disponible en: file:///C:/Users/xerto/OneDrive/Escritorio/Cuestionario-Sobre-la-Salud-del-Paciente-9-PHQ-9.pdf

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

<i>(Por favor coloque un círculo en su respuesta)</i>	Más de la			
	Ningún día	Varios días	mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso.	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3

Sumar columnas: + +

Puntaje total

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

IMÁGENES DE LA EJECUCION DE TESIS







ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N°273-2025-UNSCH-FCSA-D

BACHILLER: JOSE LUIS BELLIDO GONZALO
RUSSMAEL BRYAN CASTRO PILLACA

En la ciudad de Ayacucho, siendo las 17 horas y diez minutos del día veintiocho del mes de mayo del año dos mil veinticinco, se reunieron en el auditorium de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia los docentes miembros del jurado evaluador, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **Calidad de vida y depresión en adultos con hipertensión arterial del centro de salud Vista Alegre , Ayacucho 2024** ; presentando por los bachilleres **JOSE LUIS BELLIDO GONZALO y RUSSMAEL BRYAN CASTRO PILLACA** ; para optar el título profesional de Médico Cirujano. Los miembros del jurado de sustentación conformado por:

Presidente (delegado por el decano): Prof. Marilú Francisca Obando Corzo

Miembros : Prof. Robín Edgardo Ykehara Huamani
: Prof. José Luis Apaza Gutiérrez
: Prof. Ilianov Fernandez Chilce

Asesor : Prof. Alex Darwin Pedroza Castillo

Secretaria Docente : Prof. Tania Elena Guerrero Heredia

Con el quorum de reglamento, se da inicio la sustentación de tesis, asumiendo la presidente la Profesora Marilú Francisca Obando Corzo como jurado evaluador por la ausencia del Profesor Ilianov Fernández Chilce, inicia el presidente de la comisión y pide a la secretaria docente dar lectura a los documentos presentados por los recurrentes y da algunas indicaciones a los sustentantes.

Acto seguido inicia la exposición el Bachiller **RUSSMAEL BRYAN CASTRO PILLACA**, una vez finalizado continúa con la exposición el Bachiller **JOSE LUIS BELLIDO GONZALO**, una vez concluida, el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, seguidamente se da pase al asesor de tesis, para que pueda aclarar algunas preguntas, interrogantes, aclaraciones.

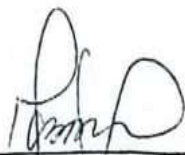
El presidente invita a los sustentantes y público en general a abandonar el auditorio para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: **JOSE LUIS BELLIDO GONZALO (1) y RUSSMAEL BRYAN CASTRO PILLACA (2)**

JURADOS	Texto(1) (2)		Exposición (1) (2)		Preguntas (1) (2)		P. Final (1) (2)	
	Prof. Marilú F Obando Corzo	16	16	17	17	17	17	17
Prof. Robín E. Ykehara Huamani	18	18	18	18	18	18	18	18
Prof. José Luis Apaza Gutiérrez	18	17	18	17	18	17	18	17
PROMEDIO FINAL							18	17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a los Bachilleres: **RUSSMAEL BRYAN CASTRO PILLACA** y **JOSE LUIS BELLIDO GONZALO**; quienes obtuvo la nota final de (17) (18), para la cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 17:30 de la tarde , se da por concluido el presente acto académico.



Prof. Marilú Francisca Obando Corzo
Presidente

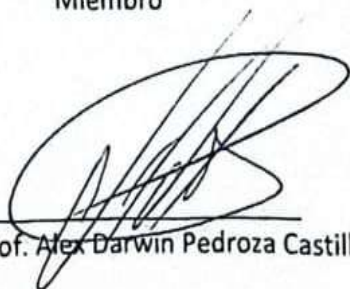


Robin Edgardo Ykehara Huamani
Miembro

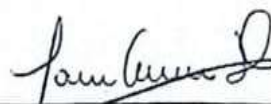


José Luis Apaza Gutiérrez
Miembro

Prof. Ilianov Fernández Chilcce
Miembro



Prof. Alex Darwin Pedroza Castillo
Miembro asesor



Prof. Tania Elena Guerrero Heredia
Secretaria Docente

**UNSCH**FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUDESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN


El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N°171-2023-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y el RESOLUCIÓN DECANAL N.º 720-2023-UNSCH-FCSA /D, deja constancia que:

- Apellidos y Nombres de la tesista : **BELLIDO GONZALO, Jose Luis**
CASTRO PILLACA, Russmael Bryan
- Escuela Profesional : **Medicina Humana**
- Título de la Tesis : **Calidad de vida y depresión en adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud de Vista Alegre, Ayacucho 2024.**
- Evaluación de la originalidad: 12% de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, **es procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 26 de mayo de 2025




.....
Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director de la escuela profesional de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud
(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

Calidad de vida y depresión en adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud de Vista Alegre, Ayacucho 2024

por Jose Luis BELLIDO GONZALO Russmael Bryan CASTRO PILLACA

Fecha de entrega: 26-may-2025 11:41a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2685422930

Nombre del archivo:

Calidad_de_vida_y_depresión_en_adultos_con_hipertensión_arterial_del_Centro_de_Salud_de_Vista_Alegre_Ayacucho_2024.pdf
(1.47M)

Total de palabras: 14351

Total de caracteres: 79177

Calidad de vida y depresión en adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud de Vista Alegre, Ayacucho 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1%
4	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1%
5	Submitted to University of Auckland Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	ejournal2.undip.ac.id Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to unapiquitos Trabajo del estudiante	<1%

9	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
10	journals.plos.org Fuente de Internet	<1 %
11	zagan.unizar.es Fuente de Internet	<1 %
12	repozitorij.svkst.unist.hr Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to University of Dundee Trabajo del estudiante	<1 %
15	www.laalamedilla.org Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
17	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
18	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
19	digitum.um.es Fuente de Internet	<1 %

20	Fuente de Internet	<1 %
21	www.cris.uns.ac.rs Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad de Monterrey Trabajo del estudiante	<1 %
23	portalcris.lsmuni.lt Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas
Excluir bibliografía

Activo
Activo

Excluir coincidencias < 30 words