

DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL.

Giselle Vetere.

Cita:

Giselle Vetere (2004). *DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/204>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/svP>

45 - DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Autor/es

Giselle Vetere. Lic. en Psicología. Residente de Salud mental del Htal Dr. C. Argerich. Docente de Clínica Psicológica y Psicoterapias Cat. II UBA

Institución que acredita y/o financia la investigación

Hospital Dr. C. Argerich

Resumen

El presente trabajo consiste en una investigación de tipo descriptiva. Se desarrolla a partir de los datos hallados respecto a la alta asociación entre sintomatología ansiosa y enfermedades cardíacas. Dado que los conocimientos en el área se reducen a afirmar una asociación fuerte entre las patologías mencionadas, pero se desconoce la prevalencia de los trastornos de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial esencial así como la distribución de los mismos, este estudio se propone examinar dicha cuestión.

Resumen en Inglés

The article consists on a descriptive investigation. It is based on data about the high association between anxious symptomatology and cardiac disease. The knowledge in this area only establish a strong association among the pathologies. Nevertheless, there is a lack of knowledge about the frequency of anxiety disorder in patient with hypertension as well as their distribution. This study intends to examine this question.

Palabras Clave

Prevalencia Trastornos de ansiedad hipertensión

Introducción:

El presente estudio se está realizando actualmente en el Servicio de Cardiología, División Hipertensión, del Hospital Dr. C. Argerich gracias a la amable colaboración del Jefe de dicha División Dr. Alberto Villamil, quien ha facilitado el acceso a los pacientes hipertensos.

Diversos estudios han mostrado una asociación significativa entre ciertos trastornos mentales (TM) y enfermedad cardíaca. Se estima que más del 60% de los pacientes con enfermedades cardíacas padece algún trastorno mental (12). No obstante, se desconoce la prevalencia de los distintos trastornos en dichos pacientes y si existe alguna relación particular entre determinados trastornos mentales y cierta patología cardíaca en particular. Las revisiones bibliográficas desde 1971 al 2000 sobre el tema sugieren que si bien puede afirmarse que existe alguna asociación entre trastorno y síntomas psiquiátricos y enfermedad coronaria, se ha prestado poca atención a la comorbilidad entre estas patologías (2). Se estipula que un 66% de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio padece algún trastorno mental (12). Así mismo, diversos estudios sostienen que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en pacientes coronarios es del 50% (3). Se ha estudiado básicamente la relación entre enfermedades cardíacas en general y depresión y trastornos de ansiedad, no obstante se desconoce la prevalencia específica de dichos trastornos así como la relación entre determinada cardiopatía y cierta psicopatología. En cuanto a la hipertensión arterial (HTA) esencial en particular, se ha afirmado que la reactividad cardiovascular no se asocia significativamente con la ansiedad, sugiriendo que por lo tanto no habría nexos causales entre estas patologías (9). No obstante, investigaciones posteriores sugirieron que si bien no se puede hablar de un nexo causal, si se ha corroborado la alta asociación entre trastornos de ansiedad e hipertensión. Sin embargo es poco lo que se sabe sobre comorbilidad más allá de la elevada correlación entre

HTA y trastorno de angustia (4). Investigaciones más recientes sugieren que ciertas variables psicológicas serían predictores estadísticamente significativos de incidencia de HTA (enojo, ansiedad y soporte social $p < 0.05$; depresión $p < 0.003$) (8). Dentro de las variables psicológicas asociadas a HTA se ha encontrado una correlación significativa entre la tendencia a las decisiones inadecuadas en el enfrentamiento de problemas y la HTA (5).

Si bien se desconoce la prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes con HTA, ciertos estudios sugieren que existen características psicológicas comunes en los pacientes con HTA como ser: la tendencia a las decisiones inadecuadas en el enfrentamiento de problemas y los altos niveles de ansiedad (5). Ambos rasgos también son característicos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. A su vez, la implementación de determinadas intervenciones psicológicas como el entrenamiento en relajación y meditación producen un descenso temporal de la tensión arterial, estas intervenciones son las mismas que se han utilizado en diversos estudios para disminuir los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, con los cuales se han obtenido buenos resultados a corto plazo, que no perduran en el tiempo si se discontinúa la intervención. Estos datos sugieren que la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizado u otros trastornos de ansiedad podría ser superior en pacientes con HTA a la que se encuentra en la población general. De ser así, en futuras investigaciones se podría indagar si el tratamiento de los trastornos de ansiedad influye en el tratamiento de la HTA esencial o si bien la remisión de los síntomas psiquiátricos no afecta al cuadro cardíaco. Si bien no ha sido estudiado este impacto, se ha establecido que distintas intervenciones psicológicas (entrenamiento en relajación muscular progresiva, biofeedback y meditación trascendental) producen un descenso en la presión arterial y consecuentemente una mejoría en los cuadros de hipertensión. En particular, la meditación trascendental produjo en estudios controlados la reducción de la presión sistólica a 10.7 mm Hg (grado de significación estadística $p < 0.0003$) y de la diastólica a 6.4 mm Hg ($p < 0.00005$) (11). La mayor dificultad con este tipo de intervención es que los resultados generalmente no se mantienen a largo plazo (6).

El Trastorno Mental es entendido tal como se lo define en el DSM-IV, es decir, como un “ síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (p. Ej. Dolor), a una discapacidad (p. Ej. Deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.” (1)

Puesto que no contamos datos epidemiológicos sobre la prevalencia de Trastornos de Ansiedad en la población general a nivel nacional, se estableció en el estudio un grupo control con la finalidad de poder realizar una comparación. El mismo estará constituido por personas presuntamente sanas de edades comprendidas entre 21 y 65 años, compuesto por donantes de sangre y personas que tramiten su libreta sanitaria en el Hospital Dr. C. Argerich, en el período comprendido entre diciembre de 2004 y mayo de 2004.

Dado que no fue posible calcular a priori el número de sujetos necesarios para realizar el estudio, se tomó una muestra piloto de 50 personas para cada grupo, a partir de la cual se realizó un cálculo de potencia para determinar el N necesario y extender la muestra al número calculado. De este cálculo se estableció que serían necesarias 106 personas en cada grupo para obtener poder estadístico del 80% con un nivel de confianza del 95%.

El objetivo del estudio es realizar un diagnóstico descriptivo a fin de medir la prevalencia y distribución de los distintos trastornos de ansiedad en pacientes con HTA dado que la hipótesis que sustenta la investigación es que la prevalencia de trastornos de ansiedad en general en los pacientes con HTA es mayor a la que se encuentra en el grupo control, y que la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en particular es significativamente mayor a la que se encuentra en el grupo control.

Materiales y métodos:

Población:

- Grupo de pacientes con HTA compuesto por: Hombres y mujeres de entre 21 y 65 años que consultan a la División Cardiología, Consultorios Externos de Hipertensión Arterial del Hospital Dr. Cosme Argerich en el período comprendido entre diciembre de 2003 y mayo de 2004. Serán excluidos del estudio pacientes con patologías asociadas como Diabetes Mellitus, enfermedad cardiovascular previa o cualquier otro diagnóstico clínico que pueda modificar por si mismo el resultado de la evaluación.
- Grupo control compuesto por: Hombres y Mujeres presuntamente sanos de entre 21 y 65 años que consultan al Hospital Dr. C. Argerich en el período comprendido entre diciembre de 2003 y mayo de 2004, ya sea para donar sangre o para tramitar su libreta sanitaria, a quienes no se les haya detectado hipertensión arterial hasta el momento.

Tiempo:

Desde diciembre del 2003 hasta mayo del 2004 inclusive (6 meses).

Materiales:

Módulo de Trastornos de Ansiedad de la SCID I (DSM IV)

La SCID I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders) (10), es una entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de los TM del eje I del DSM-IV diseñada para investigación en psiquiatría. Puede dividirse en módulos correspondientes a las distintas secciones del DSM-IV a fin de administrar sólo aquellos que interesen al investigador. Su administración por parte del investigador permite determinar si el sujeto evaluado cumple o no con los criterios de inclusión en las categorías establecidas para el diagnóstico de TM según el DSM-IV.

Procedimiento:

1. Seleccionar a los pacientes del Servicio de Hipertensión Arterial que cumplan con los criterios de inclusión para el grupo de Hipertensión.

Seleccionar personas que cumplan con los criterios de inclusión para el grupo control.

2. Informar a los pacientes y consultantes seleccionados la posibilidad de participar en la investigación y obtener el consentimiento informado.
3. Administrar el módulo de Trastornos de Ansiedad de la SCID I (DSM IV).
4. Determinar la presencia o ausencia de trastornos de ansiedad a fin de discriminar el numerador general de la investigación (pacientes con HTA y Trastornos de Ansiedad) y el denominador (todos los pacientes entrevistados). El mismo procedimiento será aplicado al grupo control.
5. Analizar los datos obtenidos a través de la SCID I a fin de determinar la prevalencia y distribución de los Trastornos de Ansiedad en pacientes con HTA.
6. Comparar la prevalencia de Trastornos de Ansiedad en pacientes con HTA esencial con la prevalencia de dichos trastornos en el grupo control.

Resultados preliminares:

El grupo control está compuesto hasta el momento por 100 personas, 53 mujeres y 47 hombres. De ellos el 25% presenta algún trastorno de ansiedad.

En cuanto a la prevalencia de cada trastorno de ansiedad se encontró la siguiente prevalencia para ambos sexos tomados conjuntamente:

- Trastorno de angustia sin agorafobia: 3% (n=3)
- Trastorno de angustia con agorafobia: 6% (n=6)
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: 2% (n=2)
- Fobia social: 6% (n=6)
- Fobia específica: 10% (n=10)
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: 2% (n=2)
- Trastorno por estrés pos traumático: 7% (n=7)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada: 11% (n=11)

La prevalencia de trastornos de ansiedad fue para las mujeres del 30% (n=16) y para los hombres del 19 % (n=9).

La prevalencia de cada trastorno de ansiedad discriminada por sexo fue la siguiente:

- Trastorno de angustia sin agorafobia: Mujeres 5,6% (n=3) Hombres 0%
- Trastorno de angustia con agorafobia: Mujeres 11,3% (n=6) Hombres 0%
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: Mujeres 3,7% (n=2) Hombres 0%
- Fobia social: Mujeres 5,6% (n=3) Hombres 6,3% (n=3)
- Fobia específica: Mujeres 13,2% (n=7) Hombres 6,3% (n=3)
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: Mujeres 3,7% (n=2) Hombres 0%
- Trastorno por estrés pos traumático: Mujeres 13,2% (n=7) Hombres 0%
- Trastorno de Ansiedad Generalizada: Mujeres 13,2% (n=7) Hombres 8,5% (n=4)

El grupo de pacientes con HTA está compuesto actualmente por 60 pacientes, 36 mujeres y 24 hombres. De este grupo el 58,3% presenta algún trastorno de ansiedad.

En cuanto a la prevalencia de cada trastorno de ansiedad se encontró la siguiente prevalencia para ambos sexos tomados conjuntamente:

- Trastorno de angustia sin agorafobia: 8,33% (n=5)
- Trastorno de angustia con agorafobia: 11,66% (n=7)
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: 3,33% (n=2)
- Fobia social: 11,66% (n=7)
- Fobia específica: 18,33% (n=11)
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: 0% (n=0)
- Trastorno por estrés pos traumático: 3,33% (n=2)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada: 35% (n=21)

La prevalencia de trastornos de ansiedad fue para las mujeres del 66,66% (n=24) y para los hombres del 47 % (n=11).

La prevalencia de cada trastorno de ansiedad discriminada por sexo fue la siguiente:

- Trastorno de angustia sin agorafobia: Mujeres 11,11% (n=4) Hombres 4,1% (n=1)
- Trastorno de angustia con agorafobia: Mujeres 16,66% (n=6) Hombres 4,1% (n=1)
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: Mujeres 0% (n=0) Hombres 8,3% (n=2)
- Fobia social: Mujeres 16,66% (n=6) Hombres 4,1% (n=1)
- Fobia específica: Mujeres 22,22% (n=8) Hombres 12,5% (n=3)
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: Mujeres 0% Hombres 0%
- Trastorno por estrés pos traumático: Mujeres 5,55% (n=2) Hombres 0%
- Trastorno de Ansiedad Generalizada: Mujeres 36,1% (n=13) Hombres 33,33% (n=8)

Discusión:

La prevalencia de trastornos de ansiedad encontrada en pacientes con HTA es más del doble de la encontrada en el grupo control (58 % y 25 % respectivamente). Estos datos alertan respecto a la alta comorbilidad entre trastornos de ansiedad e hipertensión, siendo que más de la mitad de quienes padecen hipertensión presentan además al menos un trastorno de ansiedad. Estos datos sugieren la posible existencia de algún mecanismo subyacente que podría explicar la correlación hallada.

La proporción de mujeres con trastornos de ansiedad es más alta que la de los hombres en ambos grupos, lo cual se asemeja a los datos epidemiológicos de la OMS sobre la prevalencia de estos trastornos en ambos sexos.

En cuanto a la prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad, resalta particularmente la del TAG, siendo que la misma en pacientes hipertensos triplica la del grupo control (35% y 11% respectivamente). En mujeres hipertensas es casi 3 veces más frecuente que en el control y en hombres hipertensos más de 4 veces.

Una posible explicación de estos datos se basa en las particularidades del TAG. Este trastorno se caracteriza por preocupaciones excesivas e incontrolables que conllevan una evaluación constante de peligro. Cuando las personas interpretan que se encuentran bajo una amenaza, el cuerpo se prepara por medio de reacciones del Sistema Nervioso Autónomo simpático lo cual produce una reacción de todos los sistemas del organismo, entre ellos la activación del cardiovascular. Podría hipotetizarse que si la evaluación de peligro fuera constante y crónica, sería esperable encontrar una hiperactivación del sistema cardiovascular con la consecuente elevación de la presión arterial.

En relación a la comorbilidad entre hipertensión y trastorno de angustia, se ha encontrado una frecuencia mayor a la del grupo control, tal como se ha observado en otros estudios (4).

En cuanto a la fobia específica y social, la frecuencia de ambos tipos de fobia resultó ser casi el doble en pacientes hipertensos.

Cabe mencionar algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, y dado que el estudio se encuentra aún en ejecución, no se han concluido los análisis estadísticos de los datos. Por otro lado, tanto el tamaño como la conformación de la muestra podrían imprimir un sesgo en los resultados. Para resolver este inconveniente sería necesario realizar un estudio de tipo multicéntrico, el cual contribuiría a minimizar el sesgo mencionado.

Referencias:

1. American Psychiatric Association (APA) (1995 [1994]) **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** (4^o edición). Barcelona, Masson.

2. Bankier B., Littman AB. (2002) Psychiatric disorder and coronary heart disease in women – a still neglect topic: review of the literature from 1971 to 2000. **Psychotherapy Psychosomatic** [71] 3, 133-40
3. Calvo, F., Díaz Palarea, D., Alonso Valera, J., Alemán Méndez, S., Ojeda Pérez, B. (2002) Enfermedad cardiovascular y factores psicosociales de riesgo. **Interpsiquis**
4. Davis SJ, Ghahramani P, et all (1999) Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. **American Journal of Medicine**, [107]4,310-316 PubMed
5. González Pérez, U., Pérez Lovelle, R., Ramos Vidal, S. y Céspedes González M. (1992) La tendencia a las decisiones inadecuadas en el enfrentamiento de problemas y su relación con características psicológicas del modo de vida y la hipertensión arterial. **Revista Cubana de Psicología**, 1 (9). 55-61
6. Jacob, R., Wing, R., Shapiro, A. (1987) The behavioral treatment of hypertension: long- term effects. **Behavior Therapy**. USA [18] 4, 325-352
7. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000 [1992]) **CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento**, Madrid, Panamericana.
7. Räikkönen, R., Matthews, K., Kuller, L. (2001) Trajectory of Psychological Risk and Incident Hipertensión in Middle-Aged Women. **Hipertensión**. 38, 798-802
8. Rosenman RH. (1991) Does anxiety or cardiovascular reactivity have a causal role in hypertension? **Integrative Physiological Behavior Science**, [26] 4, 296-304
9. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders
10. Schneider, R. Et al. (1995) A randomized Controlled Trial of Stress Reduction For Hipertension in Older African Americans. **Hypertension**. [26] 820
11. Taragano, F. (2000) Correlatos vasculares en la depresión. **Interpsiquis**.

Bibliografía consultada

- ✓ Aivazian TA, Zaitsev VP, Khramelashvili VV, Golanov EV, Kichkin VI. (1988) Psychophysiological correlations and reactivity of patients with hypertension. **Kardiologiia**. [28] 12, 10-13
- ✓ Aivazian TA, Zaitsev VP, Salenko, B., Yurenev, A., et al. (1989) Efficacy of relaxation techniques in hypertensive patients. *Health Psychology*. [7] 193-200
- ✓ Alexander, C., et al. (1996) Trial of Stress Reduction for Hypertension in Older African Americans. **Hypertension**. 28, 228-237
- ✓ American Psychiatric Association (APA) (1995 [1994]) **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** (4º edición). Barcelona, Masson.
- ✓ Bankier B., Littman AB. (2002) Psychiatric disorder and coronary heart disease in women – a still neglect topic: review of the literature from 1971 to 2000. **Psychotherapy Psychosomatic** [71] 3, 133-40
- ✓ Blanchard, E., McCoy, G., Wittrock, D., Musso, A. (1988) A controlled comparison of thermal biofeedback and relaxation training in the treatment of essential hypertension: II. Effects on cardiovascular reactivity. **Health Psychology**. [7] 1, 19-33
- ✓ Blanchard, E., McCoy, G., McCaffrey, R., Berger, M. . (1987) Evaluation of a minimal therapist contact thermal biofeedback treatment program for essential hypertension. **Biofeedback and self regulation**. [12] 2, 93-103
- ✓ Calvo, F., Díaz Palarea, D., Alonso Valera, J., Alemán Méndez, S., Ojeda Pérez, B. (2002) Enfermedad cardiovascular y factores psicosociales de riesgo. **Interpsiquis**
- ✓ Coelho R, Hughes AM, da Fonseca AF, Bond MR. (1989) Essential hypertension: the relationship of psychological factors to the severity of hypertension. **Psychosomatic Response**. [33] 2, 187-196
- ✓ Davis S. J., Ghahramani P., et all (1999) Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. **American Journal of Medicine**, [107]4,310-316 PubMed
- ✓ Davies S., Jackson P., Ramsay L., Ghahramani P., Palmer R., Hippisley-Cox J. (2003) No evidence that panic attacks are associated with the white coat effect in hypertension. **Journal of Clinical Hypertension** [5] 2, 145-152

- ✓ First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., and Williams, J. (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0). **Biometrics Research Department**, New York State Psychiatric Institute.
- ✓ Grassi G, Kiowski W. (2002) Is the autonomic dysfunction the missing link between panic disorder, hypertension and cardiovascular disease? **Hypertension**. [20] 12, 2347-2349
- ✓ Heszen-Niejodek I, Gottschalk LA, Januszek M. (1999) Anxiety and hope during the course of three different medical illnesses: a longitudinal study. **Psychotherapy Psychosomatic**. [68] 6, 304-312
- ✓ Jacob, R., Wing, R., Shapiro, A. (1987) The behavioral treatment of hypertension: long- term effects. **Behavior Therapy**. USA [18] 4, 325-352
- ✓ Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. (1998) Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. **Behavior Medicine** [20] 2, 47-58
- ✓ Lambert EA, Thompson J, Schlaich M, Laude D, Elghozi JL, Esler MD, Lambert GW. (2002) Sympathetic and cardiac baroreflex function in panic disorder. **Hypertension**. [20] 12, 2445-2451
- ✓ Olson, R. (1989) A long –term , single- group follow- up study of biofeedback therapy with chronic medical and psychiatric patients. **Biofeedback and self regulation**. [13] 4, 331-346
- ✓ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000 [1992]) **CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento**, Madrid, Panamericana.
- ✓ Paterniti, S., Alperovitch, A., Ducimetière, P., Dealberto, M., Lépine, J., Bisserbe, J. (1999) Anxiety But Not Depression Is Associated With Elevated Blood Pressure in a Community Group of French Elderly **Psychosomatic Medicine** 61, 77-83
- ✓ Räikkönen, R., Matthews, K., Kuller, L. (2001) Trajectory of Psychological Risk and Incident Hipertensión in Middle-Aged Women. **Hipertensión**. 38, 798-802
- ✓ Rosenman RH. (1991) Does anxiety or cardiovascular reactivity have a causal role in hypertension? **Integrative Physiological Behavior Science**, [26] 4, 296-304

- ✓ Schneider, R. Et al. (1995) A randomized Controlled Trial of Stress Reduction For Hipertension in Older African Americans. **Hypertension**. [26] 820
- ✓ Tacon AM, McComb J, Caldera Y, Randolph P. (2003) Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study. **Fam Community Health** [26] 1, 25-33
- ✓ Taragano, F. (2000) Correlatos vasculares en la depresión. Buenos Aires. **Interpsiquis**.