

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL



**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE
LA COORDINACIÓN DE IXTLAHUACA SUR, I.S.E.M., 2014”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTAN:

M.P.S.S. CRYSTAL DE ROSARIO ZALDIVAR MEJÍA

M.P.S.S GERARDO GÓMEZ AGUIRRE

DIRECTORES DE TESIS:

DR. EN FIL. JAVIER JAIMES GARCÍA

M.A.M. RICARDO PAULINO GALLARDO DIAZ

REVISORES DE TESIS:

E. EN C. G. MARCO ANTONIO MONDRAGON CHIMAL

E. EN ANEST. MARIO ANGEL ROSAS SANCHEZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2014.

TITULO:

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DE LA COORDINACIÓN DE IXTLAHUACA SUR,
I.S.E.M., 2014”**

INDICE:

I.	Marco Teórico	1
	I. 1. Hipertensión Arterial Sistémica Definición	1
	I. 2. Epidemiología y Prevalencia	1
	I. 3. Fisiopatología	2
	I. 4. Clasificación de los valores de la presión arterial	3
	I. 5. Etiología	4
	I. 6. Cuadro Clínico	9
	I. 7. Signos	9
	I. 8. Diagnóstico	10
	I. 9. Procedimiento Básico para la toma de presión arterial	10
	I. 10. Pruebas diagnósticas.	13
	I. 11. Tratamiento	14
	I. 12. Metas	19
	I. 13. Definición Salud	19
	I. 14. Bienestar y Calidad de Vida	19
	I. 15. Calidad de Vida relacionada al estado de salud	23
	I. 16. Resiliencia	26
II.	Planteamiento del Problema	27
III.	Justificación	29
IV.	Hipótesis	31
V.	Objetivos	32
VI.	Método	33
	VI. 1. Tipo de estudio	33
	VI. 2. Variables	33
	VI. 3. Universo de Trabajo y Muestra	36
	VI. 4. Criterios de Selección de la Muestra	36
	VI. 5. Instrumento de Investigación	37
	VI. 6. Desarrollo del Proyecto	37
	VI. 7. Límite de espacio	37

VI. 8. Límite de tiempo	37
VI. 9. Diseño de análisis	38
VII. Implicaciones éticas	38
VIII. Resultados	39
IX. Discusión	51
X. Conclusiones	54
XI. Recomendaciones	55
XII. Bibliografía	56
XIII. Anexos	59

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a nuestros padres quienes nos brindaron su apoyo desde el inicio de este largo camino, quienes han financiado la mayor parte del trabajo y nos han dado amor, tiempo y atención incondicionalmente.

A nuestro director de tesis el Dr. en Fil. Javier Jaimes García quien dedico parte de su tiempo a nuestra orientación y dirección, por brindarnos su amistad y palabras de aliento en este largo proceso.

Al resto de nuestras familias que estuvieron cuando las necesitamos.

RESUMEN

Título: “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA COORDINACIÓN DE IXTLAHUACA SUR, I.S.E.M. 2014”

Objetivo General: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de la coordinación municipal Ixtlahuaca sur ISEM, 2014.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de la Coordinación Municipal de Salud Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014?

Objetivo: Evaluar las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud de 100 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la Coordinación Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014, así como los factores modificantes del grado de calidad de vida de cada uno.

Material y Métodos: Se consideró un total de 100 pacientes adultos con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que pertenecieran a la Coordinación Municipal Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014 como muestra de conveniencia. La medición del grado de Calidad de Vida se midió con la aplicación del cuestionario Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL). **Resultados:** Del total de nuestra población el 66% obtuvieron puntuaciones que corresponden a una muy buena calidad de vida, 26% a buena calidad de vida, 7% a regular calidad de vida y 1% a mala calidad de vida. De las variables que se evaluaron las comorbilidades y la edad fueron las que repercuten primordialmente en el grado de satisfacción personal.

Conclusión: A mayor edad y un número mayor de comorbilidades peor calidad de vida en los pacientes, la edad no es una variable modificable, sin embargo las condiciones físicas que esta condiciona se pueden mejorar acondicionando el organismo a base de ejercicio, y las comorbilidades son altamente prevenibles a base de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

ABSTRACT

Title: "QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION SYSTEMIC IXTLAHUACA COORDINATION SOUTH, ISEM 2014"

General Objective: To evaluate the quality of life of patients diagnosed with hypertension municipal coordination south Ixtlahuaca ISEM, 2014.

Research Question: What is the quality of life of patients diagnosed with systemic hypertension Municipal Health Coordination Ixtlahuaca South ISEM 2014?

Objective: To evaluate the dimensions of quality of life related to health in 100 patients with systemic hypertension from the Ixtlahuaca Sur Coordination, ISEM 2014, even the modifying factors of the grade quality life of every one.

Materials and methods: A total of 100 patient's adults with Arterial Hypertension diagnostic from the Municipal Coordination Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014, by a convenience sample. The measurement of the quality life grade was performed with the questionnaire Quality of Life Hypertension (CHAL).

Results: From the 100 percent of our population, 66% get scores for a very good quality life, 26% for good quality life, 7% regular quality life and 1% bad quality life. From the evaluated variables comorbidities and age were the first to modify in the grade of personal satisfaction.

Conclusion: The older and a greater number of comorbidities worse quality of life in patients, age is not a modifiable variable, however the physical conditions that this condition can be improved by conditioning the body based exercise, and comorbidities are highly preventable based on a diagnosis and treatment.

MARCO TEORICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA.

DEFINICIÓN:

La Hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ mm/Hg (NOM-030-SSA2-2009) Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.^{1, 2,3}

Así mismo se define como un padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mm/Hg en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mm/Hg y en caso de tener proteinuria > 0.1 gr e insuficiencia renal $> 125/75$ mm/Hg.²

EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA:

La hipertensión y la diabetes mellitus frecuentemente están asociadas, más del 80% de la carga mundial atribuida a estas enfermedades son en países de bajos y medianos ingresos. En Latinoamérica el 13% de las muertes y el 5.1% de años de vida ajustados por discapacidad pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia de la hipertensión en la población adulta en diferentes países latinoamericanos varía entre el 26 y 42%.⁴

De acuerdo a un estudio realizado en el año 2012 en México la prevalencia de la hipertensión oscila en un 31.5% de la población total y se encuentra entre las más altas a nivel mundial, de este porcentaje solamente el 23% están bajo tratamiento, y el 19.2% controlados. En cuanto a los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial sistémica predomina el tabaquismo con un 36.6%, las dislipidemias con un 36.5%, el sobrepeso con un 31% y el sedentarismo con un 30.8%.⁴

Los gastos globales en el tratamiento antihipertensivo son de cincuenta mil millones de dólares anuales. Más del 90% de los cuales se gastan en países de altos ingresos, mientras que los de países de bajos y medianos ingresos, a pesar de tener una carga de enfermedad más de cinco veces mayor que los

correspondientes países de altos ingresos, tienen acceso a solo el 10% de los recursos globales de tratamiento.⁴

La prevalencia de la Hipertensión Arterial en México es 3.4 veces más alta en los pacientes pertenecientes al grupo de edad entre los >60 años que los de 20 a 29 años. Además la prevalencia en adultos con obesidad es 1.3% más alta que en adultos con IMC normal, 88% mayor en adultos con estudios de primaria o menos que en adultos con preparatoria o más escolaridad, y 1.4% más alta en adultos con Diabetes que en adultos sin esta enfermedad.⁵

Al comparar las prevalencias de HAS por estados en la República Mexicana, 7 de los 9 estados con mayor porcentaje de HAS son de la región norte y 5 de los 6 estados con menor prevalencia de esta enfermedad, son de la región sur.⁵

FISIOPATOLOGIA:

La hipertensión arterial es una manifestación de la pérdida de la autorregulación en la interacción del flujo sanguíneo dependiente de los latidos cardiacos (gasto cardiaco), del volumen de sangre circulante controlado por la función renal y de las resistencias periféricas de los vasos sanguíneos a través de las resistencias arteriolas.⁶

El volumen vascular es el elemento determinante y primario de la presión arterial, a largo plazo. El sodio predominantemente es un ion extracelular y es el elemento primario que rige el volumen del líquido extracelular, cuando su ingestión rebasa la capacidad del riñón para excretarlo, en un comienzo el volumen intravascular se expande y aumenta el gasto cardiaco, con el paso del tiempo aumenta la resistencia periférica y el gasto se revierte a el nivel normal.⁷

La hipertensión arterial se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial, con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico –NO-, factor hiperpolarizante del endotelio –EDHF) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Es conocida la disminución a nivel del endotelio de la postraciclina –PG12 vasodepresora y el aumento relativo del tromboxano -TXA2 intracelular vasoconstrictor.⁸

La hipertensión arterial es más que dos números, es un síndrome cardiovascular progresivo que se presenta a partir de etiologías complejas y correlacionadas. La progresión del síndrome se asocia fuertemente a anomalías en la función y estructuras cardíacas y vasculares, dañando el corazón, los riñones, el cerebro, la vasculatura en general, y otros órganos.⁶

El primer órgano que sufre es el endotelio vascular de manera universal y con respuesta selectiva individual. Esta "endotelitis hipertensiva" causa a su vez disfunciones vasculares y estructurales, las que retroalimentan la respuesta hipertensiva, la endotelitis causada por el turbulento flujo sanguíneo hipertensivo es debida a respuestas oxidativas e inflamatorias en los endotelios de los órganos blanco.^{6, 9}

Con el paso de los años, se produce un incremento de la rigidez de la pared arterial, lo que conduce a un incremento de la presión arterial sistólica, mientras que la presión arterial diastólica se mantiene estable o incluso disminuye después de haber aumentado hasta edades medias de la vida.¹⁰

CLASIFICACIÓN DE LOS VALORES DE PRESION ARTERIAL:

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Optima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial fronteriza*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90

*Datos tomados de NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. Los grados 1,2 y 3 corresponden a calificación leve, moderada y grave respectivamente.¹

ETIOLOGÍA:

La presión arterial es un parámetro psicológico que varía significativamente entre las poblaciones, entre cada individuo y en el mismo individuo ante diferentes situaciones.¹¹

Los factores relacionados principalmente con el origen de la hipertensión arterial son la etnia, la edad, clase social, ingestión de electrolitos en la dieta, obesidad, alcohol, tabaquismo y uso de anticonceptivos orales.¹¹

A. HIPERTENSIÓN PRIMARIA (ESENCIAL)

Ocupa el 95% de los pacientes hipertensos en los que el incremento tensional es consecuencia de interacciones complejas entre múltiples factores genéticos y ambientales. Suele iniciar entre los 25 y 55 años de edad; es poco común antes de los 20 años. En recientes estudios realizados por la Sociedad Europea de Hipertensión se ha demostrado que la HTA del adulto tiene sus orígenes en la infancia, que los valores de PA en la infancia influyen en los valores de PA en la edad adulta y que factores como sobrepeso, índice de masa corporal, perímetro de cintura, peso al nacer, crecimiento posnatal, hábitos dietéticos, en particular alta ingesta de sal son factores que favorecen la elevación de PA en niños y adolescentes.^{12, 13}

Factores determinantes endógenos y ambientales:

1.- Hiperactividad del sistema nervioso simpático. Más evidente en individuos jóvenes con hipertensión, posible taquicardia y gasto cardíaco alto. La insensibilidad de los baroreflexos puede intervenir en la génesis de la hiperactividad adrenérgica.¹²

2.- Desarrollo cardiovascular o renal anormal. El sistema cardiovascular normal se desarrolla de tal manera que la elasticidad de las grandes arterias es equiparable a la resistencia periférica para optimizar la presión de los grandes vasos. En esa forma se reduce al mínimo el consumo de oxígeno del miocardio y se aumenta al máximo el flujo coronario. El incremento de la presión arterial en un momento tardío de la vida podría originarse por el desarrollo anormal de la elasticidad aortica o insuficiente de la red microvascular. Otra hipótesis propone

que la relación entre el peso bajo al nacer y la hipertensión deriva de la menor cantidad de nefronas.¹²

3.- Actividad del sistema renina-angiotensina. La renina es un enzima proteolítica secretada por las células yuxtaglomerulares que se encuentran alrededor de las arteriolas aferentes, en respuesta a diversos estímulos, entre ellos presión reducida de riego renal, volumen intravascular disminuido, catecolaminas circulantes, incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, aumento de la distensión arteriolar e hipopotasemia. La renina actúa sobre el angiotensinógeno para desdoblarlo a un péptido de 10 aminoácidos denominado angiotensina. Luego, este péptido es el blanco de la acción de la enzima convertidora de angiotensina para crear el octapéptido angiotensina II, un potente vasoconstrictor y estimulante de la secreción de la aldosterona. A pesar de la función de la renina en la regulación de la presión sanguínea, es probable que no tenga una participación central en la patogenia de la mayor parte de los casos de hipertensión primaria, pues solo 10% de los pacientes tienen actividad de renina elevada.¹²

4. Defectos en la Natriuresis. Según Guyton, el mayor consumo de sodio desencadena un aumento de la presión arterial que a su vez hace que aumente la natriuresis, para así regresar a la presión arterial a los niveles basales.¹⁴

Es quizá por eso, que la llamada hipertensión natriosensible provenga de un defecto en el asa de retroalimentación de natriuresis de autorregulación de la presión arterial.¹²

5. Sodio y Calcio intracelulares. El sodio intracelular se eleva en la hipertensión primaria, este aumento podría derivar en el incremento de la concentración de calcio intracelular como resultado del intercambio facilitado, lo cual podría explicar el aumento del tono del músculo liso vascular característico de la hipertensión establecida.¹²

6. Factores agravantes. Existen diversos trastornos que tienen la capacidad de elevar la presión arterial: ¹²

6.1 Obesidad. Se acompaña del incremento en el volumen intravascular, incremento de gasto cardíaco, activación del sistema renina-angiotensina y tal

vez aumento del estímulo simpático por lo que la reducción del peso produce un descenso modesto en la presión arterial.

6.2 Apnea del sueño.

6.3 Consumo de sal. Incrementa la presión arterial en algunos individuos, se recomienda restringir su consumo.

6.4 Alcohol. Aumenta la presión arterial al incrementar las catecolaminas en plasma y se dificulta el control de la hipertensión en individuos que consumen > 40 grs de alcohol al día (2 bebidas)

6.5 Tabaquismo. Incrementa la presión arterial al aumentar la noradrenalina en plasma.

6.6 Ejercicio. El ejercicio aeróbico disminuye la presión arterial en personas que antes eran sedentarias, pero el ejercicio cada vez más enérgico tiene menos efecto en personas ya activas.

6.7 Policitemia. Ya sea primaria o por disminución del volumen plasmático, aumenta la viscosidad sanguínea y puede elevar la presión arterial.

6.8 AINES. Incrementan la presión arterial en 5 mm/Hg en promedio y es mejor evitarlos en sujetos con presiones arteriales altas o inconstantes.

6.9 Consumo de Potasio. El bajo consumo de potasio se acompaña de mayor presión arterial en algunas personas, se recomienda consumir 90 mmol por día.

7. Síndrome Metabólico. Se le ha vinculado con la génesis de la hipertensión arterial, suelen presentar concentraciones bajas de lipoproteínas de alta densidad (HDL) incremento de catecolaminas y marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva.¹²

B. HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

Abarca alrededor del 5% de los pacientes hipertensos, los cuales tienen causas específicas identificables. Se debe sospechar en personas en las que el incremento de la presión arterial aparece a edad temprana o los que la presentan por primera vez después de los 50 años y quienes mantenían un buen control y se vuelven resistentes al tratamiento.¹²

A continuación se enlistan algunas de las causas más frecuentes:

1. **Causas Genéticas.** Por mutaciones aisladas heredadas en forma mendeliana
 - 1.1. **Aldosteronismo controlable con glucocorticoides.** Causa autosómica dominante de hipertensión de inicio temprano con concentraciones normales o altas de aldosterona y bajas de renina.¹²
 - 1.2. **Síndrome de exceso aparente de mineralocorticoides.** Se hereda con carácter autosómico recesivo, se caracteriza por hipertensión de inicio temprano con alcalosis metabólica hipopotasémica, se debe a la pérdida de la enzima 11 β – Hidroxiesteroide deshidrogenasa, que en condiciones normales protege al receptor de mineralocorticoides en la nefrona distal de la activación inapropiada por glucocorticoides; por lo que son eficaces los antagonistas de aldosterona para controlar la hipertensión.¹²
 - 1.3. **Exacerbación de la hipertensión en el embarazo.** De carácter autosómico dominante, se presenta por una mutación en el receptor mineralocorticoide lo que determina que responda de manera normal a la progesterona y, de modo paradójico, a la espironolactona.¹²
 - 1.4. **Síndrome de Liddle.** Padecimiento autosómico dominante caracterizado por hipertensión de inicio temprano, alcalosis hipopotasémica y concentraciones bajas de renina y aldosterona. Se debe a una mutación que tiene como resultado la activación constitutiva del conducto epitelial del sodio de la nefrona distal, con la resultante resorción no regulada de sodio y la expansión del volumen.¹²
2. **Enfermedad Renal.** Causa más frecuente de la hipertensión arterial secundaria, se relaciona con aumento del volumen intravascular o incremento en la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona.¹²
3. **Hipertensión Vascular Renal.** Secundaria a estenosis de la arteria renal en 1-2% de los pacientes y estenosis aterosclerótica de las arterias renales en el resto de los pacientes. Su mecanismo se vincula con liberación excesiva de renina, al disminuir la tensión de riego por riñones y al aminorar la natriuresis tensional, en el caso de estenosis que afecta a la arteria de un solo riñón o a las de ambos órganos.¹²

Se caracteriza por inicio antes de los 20 o después de los 50 años, hipertensión resistente a tres o más fármacos, presencia de soplos epigástricos o en la arteria renal, afección aterosclerótica de la aorta o arterias periféricas, incremento súbito mayor a 25% en el nivel de la creatinina sérica posterior a la administración de un IECA o episodios de edema pulmonar que se vinculan con incrementos súbitos de la presión arterial.¹²

4. **Hiperaldosteronismo primario.** Se considera de esta manera cuando los niveles de aldosterona aumentan, secundarios a un adenoma suprarrenal o hiperplasia suprarrenal bilateral; algunos de estos adenomas son consecuencia de mutaciones somáticas en un gen del conducto del potasio en células de la zona glomerular.¹²
5. **Síndrome de Cushing.** Casi 80% de los pacientes que presentan este síndrome presentan a su vez hipertensión. Se cree que el exceso de glucocorticoides induce retención de sal y agua a través de sus efectos mineralocorticoides, por incremento en la concentración de angiotensinógeno o por los efectos permisivos en la regulación del tono vascular.¹²
6. **Feocromocitoma.** Poco comunes, < 0.1 de los pacientes hipertensos. El aumento de la presión arterial causado por el exceso de catecolaminas se debe sobre todo a la vasoconstricción arteriolar mediada por el receptor alfa, con una contribución de los incrementos del gasto cardiaco y la liberación de renina mediadas por el receptor β_1 .¹²
7. **Coartación Aórtica.** Causa infrecuente, pacientes jóvenes con hipertensión y signos de retraso o desfase radial/femoral.¹²
8. **Hipertensión relacionada en el embarazo.** Hipertensión que aparece por primera vez o se agrava en el embarazo, incluidas preeclampsia y eclampsia.
9. **Uso de Estrógenos.** En aproximadamente un 5% de las mujeres que toman anticonceptivos orales se advierte un incremento significativo que hace que la presión arterial rebase el nivel de 140/90 mmHg, principalmente en mujeres obesas < 35 años que han sido tratadas por más de 5 años; lo anterior se debe a la expansión volumétrica causada por un incremento en la síntesis de

angiotensinógeno por parte del hígado, con la activación consecutiva del sistema renina-angiotensina-aldosterona.¹²

10. Otras causas.

- 10.1. Hipercalcemia.
- 10.2. Hipotiroidismo.
- 10.3. Hipertiroidismo.
- 10.4. Denervación de barorreceptores.
- 10.5. Compresión de la parte rostral ventrolateral del bulbo raquídeo.
- 10.6. Aumento de la presión intracraneal.
- 10.7. Fármacos: Ciclosporina, Tacrolimús, Inhibidores de la angiogénesis, descongestionantes, AINES.
- 10.8. Cocaína.
- 10.9. Alcohol.

CUADRO CLÍNICO.

La hipertensión primaria leve a moderada permanece en gran medida asintomática durante muchos años. El síntomas más frecuente cefalea, también es inespecífico.¹²

La hipertensión acelerada se acompaña de somnolencia, confusión, alteraciones visuales, náusea y vómito (encefalopatía hipertensiva).¹²

En la hipertensión crónica a menudo se presenta hipertrofia ventricular izquierda, que puede manifestarse por disnea de esfuerzo y paroxística nocturna.¹²

SIGNOS.

Dependen de la causa de la hipertensión, su gravedad, duración y el grado de afectación a órganos blanco.

1.- Presión arterial. Se mide presión arterial en ambos brazos: si los pulsos se aprecian disminuidos o retardados en las extremidades inferiores, se mide también en las piernas para excluir coartación aórtica.¹²

2.- **Retina.** El estrechamiento del diámetro arterial hasta < 50% del venoso, el aspecto en alambre de cobre o plata, los exudados, las hemorragias o el papiledema se acompañan de un pronóstico más desalentador.^{1,2}

3. **Corazón.** El levantamiento ventricular izquierdo indica hipertrofia grave y prolongada. Hasta el 5% de los pacientes es posible auscultar insuficiencia aórtica, y en 10 a 20% detectar mediante ecocardiografía doppler insuficiencia aórtica de escasa relevancia hemodinámica. En enfermos con ritmo sinusal es muy común el galope preexistólico (S4) por disminución de la adaptabilidad del ventrículo izquierdo.^{1,2}

4. **Pulsos.** El retraso radial femoral sugiere coartación de la aorta; la pérdida de pulsos periféricos se debe a aterosclerosis, con menor frecuencia a disección aórtica, todas las cuales pueden afectar a las arterias renales.^{1,2}

DIAGNÓSTICO.

Se debe tomar la presión arterial de manera sistematizada y empleando una **técnica adecuada**.^{1, 2}

PROCEDIMIENTO BÁSICO PARA LA TOMA DE PRESION ARTERIAL. ^{1,2}

Aspectos generales:

- La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeínados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Posición del paciente:

- La PA se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la PA debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, en el muslo. La toma se le hará en posición sentado,

supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.

Equipo y características:

- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial o, en caso contrario, un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado.
- El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm.

Técnica:

- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- Se colocará el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg.
- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
- Los valores se expresarán en números pares.

- Si las dos lecturas difieren por más de cinco mmHg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.



*Imagen tomada de NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica.¹

En pacientes de 18 años o más, el diagnóstico de hipertensión arterial se establece con la elevación sostenida de la presión arterial sistémica con cifras iguales o mayores a 140/90 mmHg.¹

De acuerdo a la guía de práctica clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México. Secretaria de Salud,

2009. Es conveniente tomar la presión arterial 2 veces en cada consulta, al menos en 2 consultas con un intervalo semanal mínimo.¹

De acuerdo a la NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica, el diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos 3 mediciones realizadas en intervalos de 3 a 5 minutos dos semanas después de la detección inicial, con cifras iguales o superiores a las consideradas.²

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Optima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial fronteriza*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90

Al paciente hipertenso debe realizársele una adecuada historia clínica con anamnesis detallada y exploración física concienzuda, así como también la medición del IMC, para identificar la presencia de signos y síntomas relacionados a hipertensión secundaria, además de establecer el nivel de afectación del paciente a órganos blanco, y ayudar en la selección del tratamiento más adecuado.¹

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

A la confirmación diagnóstica el paciente requiere tener una historia clínica completa que incluya los datos necesarios para la clasificación del riesgo así como la valoración del fondo de ojo y los exámenes de laboratorio y gabinete señalados a continuación.^{1, 2}

- Hemoglobina y Hematocrito.

- Ácido úrico.
- Creatinina, útil para sospechar daño renal.
- EGO.
- Glucosa sérica.
- Perfil de Lípidos.
- Potasio y Sodio sérico, útil para monitorizar el tratamiento y apoyar en el diagnóstico de algunas causas secundarias de hipertensión arterial sistémica.
- Electrocardiograma, para identificar la condición basal y como futura referencia de isquemia miocárdica, defectos de la conducción e hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Ecocardiograma.
- Tele de tórax (PA) opcional.

TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

Las modificaciones del estilo de vida pueden tener un efecto importante en la morbilidad y mortalidad. Se ha demostrado que una dieta abundante en frutas y verduras y alimentos lácteos con bajo contenido de grasa, así como pocas grasas saturadas y totales disminuyen la presión arterial de 8 a 14 mmHg.^{1, 12} Así como también se controlan otros factores de riesgo y reducir el número de fármacos antihipertensivos y su dosis.¹

El consumo excesivo de café (> 5 tazas al día) incrementa la presión arterial de 1 a 2 mmHg, tanto en pacientes hipertensos como no hipertensos.

La reducción de la presión arterial por disminución de ingesta de sodio es de mayor magnitud en pacientes > 45 años que no reciben tratamiento farmacológico.¹

El consumo de potasio produce un modesto beneficio en las cifras de tensión arterial, el efecto es mayor en pacientes sin tratamiento farmacológico. Se debe recomendar una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido de

potasio, en todos los pacientes con hipertensión arterial **sin insuficiencia renal**.¹

En bebedores severos (> 2 unidades día para la mujer y > 3 unidades al día para el hombre), la reducción en el consumo del alcohol disminuye de 3 – 4 mmHg la presión arterial sistólica y diastólica.¹

Algunas formas de prevenir las complicaciones durante el curso de las enfermedades crónicas incluyen directamente el cambio de hábitos.¹¹

El ejercicio aeróbico disminuye la presión arterial sistólica y diastólica de 2 a 3 mmHg. Es conveniente realizar ejercicio aeróbico de 30-60 minutos, al menos de 3 a 5 días a la semana (Caminar, trotar, ciclismo, aerobics o natación).¹

En pacientes con sobrepeso y obesidad, por cada 10 kg de peso perdido disminuye la presión arterial de 5-10 mmHg.¹

La modificación del estilo de vida debe ser utilizada para prevenir las complicaciones de la enfermedad y para disminuir la cantidad y dosis de medicamentos necesarios para controlarla. En general, se recomienda la disminución de peso, consumir una dieta rica en fruta, vegetales, baja en comidas y alimentos grasos, reducción de sodio sin exceder 1.5grs por día, suspensión de tabaquismo, ejercicio aeróbico regular, evitar ingesta excesiva de bebidas alcohólicas, de cafeína, así como de medicamentos que puedan incrementar las cifras de presión arterial como son AINE´s glucocorticoides y simpaticomiméticos.¹⁵

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS:

- Cambios en el estilo de vida.

Los cambios adecuados en el estilo de vida son la piedra angular para la prevención de Hipertensión Arterial Sistémica, son también importantes para su tratamiento, aunque nunca deben retrasar la instauración del tratamiento farmacológico en pacientes con un nivel de riesgo alto. Ensayos clínicos han demostrado que los efectos de los cambios en el estilo de vida en la reducción de la presión arterial pueden ser equivalentes al tratamiento con un fármaco.¹⁶

- **Restricción de la ingesta de sal.**

Existe evidencia de la relación causal entre la ingesta de sal y la presión arterial; además el consumo excesivo de sal puede contribuir al desarrollo de Hipertensión Arterial Resistente. En muchos países el consumo habitual de sal suele ser de 9-12 g/día, y se ha demostrado que la reducción del consumo a 5 g/día tiene un efecto reductor de la presión arterial moderado (1-2 mmHg) en individuos normotensos y algo más pronunciado en hipertensos (4-5 mmHg). Por ello se recomienda a la población general una ingesta diaria de 5-6 g de sal. El efecto de la restricción de sodio es mayor en personas de raza negra, personas mayores y en individuos con DM, Síndrome Metabólico o ERC, y la restricción de sal puede reducir número y dosis de fármacos antihipertensivos.¹⁶

- **Moderación en el consumo de alcohol.**

La relación entre consumo de alcohol, cifras de presión arterial y prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica es lineal. El consumo regular de alcohol eleva la presión arterial de pacientes hipertensos tratados. Se debe aconsejar a los hipertensos que reduzcan el consumo de alcohol a un máximo diario de 20-30 g de etanol los varones y 10-20 g las mujeres. El consumo semanal total de alcohol no debe exceder los 140 g los varones y 80 g las mujeres.¹⁶

- **Otros cambios en la dieta.**

Se aconseja a los pacientes hipertensos sobre el consumo de hortalizas, productos lácteos desnatados, fibra dietética y soluble, cereales integrales y proteínas de origen vegetal, con menos contenido en grasas saturadas y colesterol. La dieta tipo mediterráneo ha despertado gran interés en los últimos años, una serie de estudios y metanálisis han comunicado el efecto cardioprotector de la dieta mediterránea.¹⁶

- **Reducción de peso.**

La Hipertensión Arterial Sistémica tiene una fuerte relación con el exceso de peso corporal y la pérdida de peso suele ir acompañada de una reducción de la presión arterial. Se recomienda la pérdida de peso para pacientes hipertensos obesos o con sobrepeso para el control de los factores de riesgo. La pérdida de peso también se puede promover mediante fármacos contra la obesidad, como el

orlistat, y en mayor medida con la cirugía bariátrica que al parecer disminuye el riesgo cardiovascular de pacientes muy obesos.¹⁶

- **Ejercicio físico regular.**

Los estudios epidemiológicos indican que la actividad física aeróbica regular puede ser beneficiosa tanto para la prevención como para el tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica y la reducción del riesgo y la mortalidad cardiovascular.¹⁶

- **Dejar de fumar.**

El tabaco es uno de los riesgos más importantes para la ECV aterosclerótica. Existe evidencia también de los efectos nocivos para la salud de los fumadores pasivos. El tabaco causa un incremento agudo de la presión arterial y la frecuencia cardiaca que persiste más de 15 minutos después de fumar un cigarrillo como consecuencia de la estimulación del sistema nervioso simpático a nivel central y en las terminaciones nerviosas.¹⁶

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Hoy en día se encuentran disponibles muchas clases de fármacos con potencial antihipertensor: ^{12,17}

- Diuréticos.
- Bloqueadores β .
- Inhibidores de la renina.
- Inhibidores de la ECA.
- Antagonistas de los canales de calcio.
- Antagonistas de los receptores de angiotensina.

Lo cuales son adecuados para el tratamiento inicial, de acuerdo con su eficacia y tolerancia del paciente. ^{12,17}

La terapia con diuréticos tiazidas reduce la incidencia de enfermedad vascular cerebral, enfermedad cardiovascular y mortalidad general, en particular en pacientes mayores. ^{12,17}

Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en pacientes con presión arterial persistente con cifras > 160/100 mmHg, así como en pacientes con presión

arterial >140/90 mmHg con elevado riesgo cardiovascular o con daño a órgano blanco. ^{12,17}

En pacientes hipertensos >55 años de edad, debe iniciarse el tratamiento farmacológico con un diurético tiazida o con un calcioantagonista.

En pacientes <55 años de edad el tratamiento de elección debe ser un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. ^{12,17}

Si la terapia inicial fue con bloqueadores de los canales de calcio o diuréticos tiazidas y se requiere agregar un segundo fármaco se recomienda el uso de inhibidores de la ECA^{12, 17}

Si la terapia inicial fue con inhibidores de la ECA y se requiere de adicionar un segundo fármaco se recomienda agregar un diurético tiazida o un calcio antagonista. ^{12,17}

Si se requiere de tratamiento farmacológico con 3 fármacos, se debe utilizar la combinación de inhibidores de ECA, calcio antagonista y diuréticos tiazidas.

El uso de beta bloqueadores, fármacos inhibidores de la conversión de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina, diuréticos, y bloqueadores de los canales de calcio provocan una reducción similar de eventos coronarios.¹⁵

Diuréticos, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio o beta bloqueadores deben ser utilizados como terapia inicial en el tratamiento de la hipertensión primaria en los pacientes más jóvenes y más grandes.¹⁵

La mayoría de los pacientes con hipertensión necesitarán dos o más fármacos antihipertensivos para controlar su presión arterial.¹⁵

El fármaco antihipertensivo inicial debe ser administrado a los pacientes mayores en la dosis más baja y puede ser incrementada gradualmente hasta la dosis máxima.¹⁵

METAS.

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una presión arterial < 140/90 mmHg; en el caso de las personas con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida, mantener una PA <130/80 mmHg; y en presencia de proteinuria mayor de 1.0 gr e insuficiencia renal, <125/75 mmHg.²

Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son:

- Mantener un IMC <25.
- Colesterol <200 mg/dl.
- Evitar o suprimir el tabaquismo.
- Disminuir el consumo excesivo de sodio y alcohol.

SALUD.

DEFINICIÓN.

La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Otro concepto la considera como la capacidad de recuperación o la capacidad de hacer frente, de mantener y restaurar la integridad, el equilibrio y el sentido de bienestar.¹⁸

BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA.

DEFINICIÓN.

El concepto ***bienestar*** se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayuda a llegar a un estado de salud óptima. Es aquel proceso activo dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones.¹⁹

El término calidad de vida es un concepto multidimensional que se expresa en indicadores tales como, la esperanza de vida en años, y las tasas de mortalidad; además está relacionado con términos como los de “felicidad” y “bienestar” y especialmente “la calidad de vida relacionada con la salud, pretende valorar aspectos de la enfermedad relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del

propio paciente. Se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios.^{19, 20, 21}

Según Patrick y Erickson, conceptualizan la calidad de vida como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.²²

De acuerdo a Schumaker y Naughton la definen como la percepción subjetiva del paciente, influenciada por el estado de su salud actual, de su capacidad para realizar aquellas actividades importantes para él.²²

Para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.^{22, 23}

Por ello debemos tener en cuenta, algunas variables que la pueden modificar. En este caso se encuentran la relación entre la calidad de vida y sexo, raza, edad, estado físico, enfermedad, o situación socioeconómica, demográfica y psicológica entre otras.²⁴

En conclusión, el estado funcional y la calidad de vida del paciente crónico, van a ser el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, los efectos secundarios de la medicación recibida, las condiciones medio ambientales, el apoyo social y el nivel económico en el que el paciente se desenvuelve. ²⁴

Tal como se ha visto, no existen definiciones única sobre el concepto de calidad de vida, sin embargo, con fines didácticos estas definiciones puede ser agrupadas en distintas categorías.²⁵

A. CV= Condiciones de vida.

Bajo esta perspectiva, la calidad de vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Este tipo de definición permitiría comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos, sin embargo, pareciera que estos apuntan más una cantidad que calidad de vida. ²⁵

B. CV= Satisfacción con la vida.

Bajo este marco, se considera a la calidad de vida, como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida. ²⁵

Sin embargo, a pesar de que se reconoce que la satisfacción es una evaluación individual donde el marco de referencia es personal, no es posible desconocer que esta evaluación es afectada por la experiencia y el juicio de una persona en una determinada situación. ²⁵

Un punto interesante de discutir y que también lleva relación con la evaluación netamente subjetiva de la calidad de vida es el dilema de la “conciencia”, “insight” o grado de “introspección” necesarios para una autoevaluación, ya que esta afectaría necesariamente los parámetros y estándares con que la persona se autoevaluaría. ²⁵

A menudo los pacientes que no han hecho insight sobre el impacto de la enfermedad en sus vidas tienden a tener puntajes más elevados que aquellos que si han hecho insight. Esta discusión que pareciera estar ajena al campo de la evaluación de la calidad de vida en personas sin patologías mentales, puede ser significativa si se considera el supuesto que no todas las personas tienen la capacidad de “darse cuenta” o hacer insight con relación a su propia existencia. ²⁵

C. CV= Condiciones de vida + Satisfacción con la vida.

Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales,

conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la calidad de vida desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo. Un punto importante a destacar es el que toma la significación de cada una de las evaluaciones, tanto objetivas como subjetivas en cada dominio de vida en particular, ya que están son interpretables solo en relación con el lugar de importancia que toma en la persona. ²⁵

D. CV= (Condiciones de vida + Satisfacción con la vida) * Valores

Calidad de vida definida como un estado de bienestar social que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico. ²⁵

En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS. Bajo este marco, la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. ²⁵

Cabe destacar la importancia que en este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tienen en la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la calidad de vida, el proceso cognitivo de la evaluación. ²⁵

No existen criterios únicos para definir la calidad de vida sin embargo, aparecen como patrones comunes, palabras tales como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo- objetivo, que parecen dar un

marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición global de calidad de vida, como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de autoreporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción.²⁵

E. CV= (Condiciones de Vida + Satisfacción con la vida) * Evaluación

El nivel de calidad de vida percibido por un individuo estaría fuertemente modulado por los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida, como del grado de satisfacción con cada una de ellas.²⁵

Campbell (1981) propone que las personas juzgan su situación objetiva en cada uno de los dominios evaluados de acuerdo a estándares de comparación basados en aspiraciones, expectativas, sentimientos o lo que podría ser justo tomando como referencia a un grupo de comparación, necesidades personales y valores.²⁵

Bajo estos considerandos se cree que el resultado de la evaluación de la calidad de vida estaría mediado por dos grandes procesos, el de la asignación de la importancia que otorgaría cada persona a cada dominio verbal, y por otra parte, por el tamaño de la brecha derivado del proceso de comparación, la cual puede ser intrasujeto o extrasujeto. En la comparación intrasujeto jugaría un rol importante las discrepancias (entre lo que quiero/tengo; actual/ideal; pasado/presente/futuro). En la comparación extrasujeto tendría un rol clave la comparación social, y entre estas, la orientación a la comparación social.²⁵

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL ESTADO DE SALUD.

La variable calidad de vida relacionada al estado de salud, se deriva de la definición de la OMS antes expuesta y es un constructo más específico para las ciencias de la salud ya que toma en cuenta los aspectos bio-psico sociales que determinan el estado de salud de las personas incluyendo elementos subjetivos

como lo son los síntomas, la capacidad funcional y el bienestar psico-social, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico, emocional y social. Para su evaluación debe ser desglosada en varios aspectos muy diversos que están englobados en las siguientes dimensiones o ejes de evaluación. 22, 26

- **FUNCIONAMIENTO FÍSICO.** Aspectos relacionados con la salud física y con la repercusión de los síntomas clínicos sobre la percepción del paciente de su estado de salud. 22, 26
- **SALUD MENTAL.** Repercusión del funcionamiento cognitivo en forma global, también incluye la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o del tratamiento. 22, 26
- **ESTADO EMOCIONAL.** Aspectos relacionados con la ansiedad y la depresión. 22, 26
- **DOLOR.** Nivel de dolor percibido asociado a la presencia de cualquier enfermedad o síntoma y la interferencia del dolor en la vida cotidiana de la persona. 22, 26
- **FUNCIONAMIENTO SOCIAL.** Explora la repercusión del estado de salud en el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a la incapacidad física y las alteraciones en el desempeño de los roles sociales en la vida familiar y laboral. 22, 26
- **PERCEPCION GENERAL DE LA SALUD.** Evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y las creencias relativas a la salud. 22, 26
- **OTRAS DIMENSIONES.** Aspectos tales como la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre el rendimiento laboral y las actividades cotidianas. 22, 26

El concepto de Calidad de vida es considerado subjetivo, multidimensional, con aspectos positivos y negativos. Fue definido por un grupo de estudiosos, apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como: “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que

vive, en relación con sus metas, expectativas, valores y preocupaciones". Sin embargo, entre aquellos con HAS, la Calidad de Vida ha sido relacionada a la terapéutica, alteraciones en el estilo de vida, hábitos personales, además de la organización de la atención a la salud, que pueden contribuir al alivio de los síntomas. Además, la Calidad de Vida de las personas con HAS puede ser influenciada por el tiempo de diagnóstico, comorbilidades y efectos colaterales del uso de los medicamentos.²⁷

La calidad de vida de los pacientes hipertensos es peor que en los individuos sanos y depende básicamente de las cifras tensionales, el daño a órganos blanco, comorbilidades y tratamiento. Al igual que en la población en general, una baja calidad de vida en los pacientes hipertensos se asocia con edad mayor, sexo femenino, bajo nivel socioeconómico y bajo nivel educacional. ²⁸

Las comorbilidades asociadas más frecuentemente a la hipertensión se pueden dividir en tres grupos: ²⁸

1. Las que se relacionan con la hipertensión: obesidad, diabetes, hipertiroidismo, glomerulopatías.²⁸
2. Las complicaciones de la hipertensión: aterosclerosis, enfermedad isquémica del corazón, infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca. ²⁸
3. Las que no se relacionan con la hipertensión: enfermedad degenerativa discal, desórdenes neurológicos, EPOC, asma, úlcera péptica. ²⁸

En un estudio realizado en el año 2012 en Polonia se comprobó que las mujeres presentan más baja calidad de vida en todas las dimensiones en comparación con los hombres. Que la calidad de vida disminuye con la edad. La calidad de vida se deteriora con el aumento en la duración del tratamiento, incluso posterior a dos años de terapia. Y que un nivel mayor de escolaridad la aumenta. ²⁸

Los valores más bajos en cuanto a calidad de vida se asociaron con obesidad en ambos sexos, sin embargo padecer sobrepeso se presentó una más baja calidad de vida sólo para las mujeres. ²⁸

Las comorbilidades y el número de medicamentos son los factores primarios asociados a una baja calidad de vida en los pacientes hipertensos. ²⁸

RESILIENCIA

Sus definiciones se clasifican en cuatro:

- 1.- Las que relacionan el fenómeno con el componente de adaptabilidad.
- 2.- Las que incluyen el concepto de capacidad o habilidad.
- 3.- Las que enfatizan en la conjunción de factores externos e internos.
- 4.- Las que definen resiliencia como adaptación y también como proceso.

En resumen, las distintas definiciones de resiliencia enfatizan en características de los sujetos, tales como: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, competencia, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones estresantes que les permiten superarlas.²⁹

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término “resilio”, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.³⁰

Se define como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas graves.³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El término “calidad de vida” es un concepto multidimensional que se expresa en indicadores tales como la esperanza de vida en años y las tasas de mortalidad. Además está relacionado con términos como los de “felicidad” y “bienestar” y especialmente la “calidad de vida relacionada con la salud”, pretende valorar aspectos de la enfermedad correlacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social.

La OMS define la calidad de vida (CV) relacionada con la salud como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetos, expectativas, estándares y preocupaciones. De forma sencilla se puede definir como la sensación de bienestar físico y satisfacción emocional, psíquica y social de un individuo.

En la actualidad existe un gran auge del enfoque de la enfermedad dentro de un contexto más “personal”, en el que se consideran tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su “calidad de vida”, el deterioro o pérdida de calidad de vida causado por la presencia de la enfermedad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente, y lógicamente, donde cobra más importancia es en aquellas patologías, de carácter crónico, por ejemplo la hipertensión arterial sistémica.

Diversas propuestas se han dirigido a la evaluación de la calidad de vida percibida o lo que muchos autores identifican como la satisfacción personal o bienestar subjetivo. La mayoría de estas evaluaciones en los enfermos crónicos, incluyen la medición de la preservación de habilidades funcionales ante la enfermedad.

Como vemos, muchas medidas de salud se hacen a través de indicadores como “bienestar”, “ajuste”, “ejecución” o “funcionamiento social”, lo cual refleja la formulación multi variada de la salud.

Si partimos de la concepción de que la calidad de vida y la salud, se condicionan recíprocamente, no hay duda que la percepción del estado de salud en cualquier individuo influirá considerablemente en la calidad de vida percibida o bienestar psicológico. En el caso de los enfermos con hipertensión arterial sistémica debemos esperar que la salud percibida pase a ocupar un papel determinante en dicho bienestar.

Hallazgos contradictorios, como el hecho de que a veces pacientes graves evalúen muchos aspectos de su calidad de vida de forma más “positiva” que otros con trastornos más benignos, nos hace pensar que la calidad de vida de estos pacientes está determinada por factores de tipo subjetivo y no sólo por su estado de salud objetiva. Ya que aun cuando la calidad de vida está determinada por factores objetivos, su manifestación esencial se manifiesta lo subjetivo lo cual nos habla de una relación dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo. Identificándose como dimensión subjetiva de la calidad de vida la categoría “bienestar psicológico”.

El “bienestar psicológico” posee un carácter subjetivo vivencial y se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar surge del balance entre las expectativas (proyección futura) y los logros (valoración del pasado y del presente) en las áreas de mayor interés para el ser humano, que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja.

Esta investigación se plantea, pues, contribuir a la evaluación de la calidad de vida, la identificación de sus determinantes y, consecuentemente, al establecimiento de recomendaciones para su promoción, entre la población de pacientes que padecen la hipertensión arterial sistémica en forma crónica.

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de la Coordinación Municipal de Salud Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014?

JUSTIFICACIÓN:

La Organización Mundial de la Salud, señala a la Hipertensión Arterial Sistémica como un problema de salud pública, debido a que los efectos de la enfermedad tienen un impacto en salud importante. En América Latina, al año mueren aproximadamente 800 mil personas de enfermedades cardiovasculares, la mayoría como resultado de la Hipertensión Arterial Sistémica. La prevalencia de esta patología en el continente se encuentra alrededor de 23%. La Hipertensión Arterial es un factor de riesgo subyacente fundamental para el desarrollo de Insuficiencia Cardíaca, Infarto Cerebral e Infarto de Miocardio, estos eventos cardiovasculares son importantes causas de incapacidad e invalidez, ya que más del 90% de los sujetos que padecen un ataque cerebral no pueden desempeñarse en forma independiente en el baño, dos terceras partes necesitan colaboración para moverse, y casi un tercio requiere ayuda incluso para alimentarse.¹³

En la actualidad los índices de incidencia en Enfermedades crónicas como lo es la Hipertensión Arterial Sistémica han ido aumentando considerablemente en los últimos años, es por ello que la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos de Hipertensión Arterial Sistémica se ha convertido en una variable de salida a medir en ensayos clínicos y en estudios epidemiológicos, así como los procesos de tratamiento psicológico a estos pacientes. Esto permite esclarecer la necesidad de apoyo o soporte que requiera este tipo de paciente, en cualquier estadio de la enfermedad, llegando inclusive a incorporarse como medida en los estudios de sobrevida.¹³

Se hace necesario explicar los procesos que llevan a estos pacientes a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, los mecanismos con los cuales ellos afrontan, resisten e integran los mismos factores que están deteriorando su vida.

La calidad de vida percibida, lo cual identificamos como el bienestar psicológico, condiciona no sólo un nivel de salud general, sino un nivel de funcionamiento psicológico, un determinado modo de afrontar las situaciones de estrés de la vida y en particular las situaciones vinculadas con las limitaciones que imponen las enfermedades crónicas. Por esta razón se impone la necesidad de estudiar la calidad de vida en enfermos por Hipertensión Arterial Sistémica.¹³

Sociedad europea de hipertensión arterial guías conjuntas con sociedad europea de cardiología del 2009, establece que todos los pacientes hipertensos arteriales incluidos los portadores de diabetes, el objetivo terapéutico es el mismo: una presión arterial inferior a 140-90 mmHg Mas recientemente el estudio ACCORD analizo si un tratamiento intensivo, con objetivo de presión arterial sistólica menor a 120 mmHg, reducía en forma más significativa la incidencia de eventos cardiovasculares que un tratamiento estándar, en el que el objetivo terapéutico era una presión arterial sistólica menor a 140 mmHg, el objetivo primario de este estudio era un punto final combinado de muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal y ataque cerebral no fatal, y no se observaron diferencias al respecto entre ambas ramas de tratamiento.¹³

HIPÓTESIS:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo por lo cual no plantea hipótesis.

OBJETIVOS:

GENERALES:

1. Evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de la coordinación municipal Ixtlahuaca sur ISEM, 2014.

ESPECIFICOS

1. Clasificar a los pacientes estudiados según edad, género, estado civil, escolaridad y ocupación.
2. Enlistar a los pacientes estudiados según su comorbilidad.
3. Precisar el tratamiento asignado para el control de los pacientes.
4. Determinar el tiempo de evolución que cuentan con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.
5. Comparar el nivel de calidad de vida con la edad, el género, estado civil, escolaridad, ocupación, comorbilidades, tratamiento y tiempo de evolución de los pacientes estudiados.

MÉTODO:

DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente es un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que pertenezcan a la coordinación Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad, Género, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Comorbilidad, Tratamiento y Tiempo de Evolución.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de Vida	Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valorar la vida.	Percepción de cada individuo sobre la posición de su vida en el contexto de sus valores, expectativas, estándares y preocupaciones en relación a su enfermedad.	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	0-41= Muy Buena CV 42-82= Buena CV 83-123= Regular CV 124-165= Mala CV	Cualitativa

Edad	Periodo de tiempo medido en años que han pasado desde el nacimiento	Decenio: Periodo de tiempo que abarca 10 años.	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	20-29 años 30- 39 años 40-49 años 50- 59 años 60-69 años 70- 79 años 80-89 años > 90 años	Cuantitativa
Genero	División del género humano en función de sus características sexuales (fenotipo)	Masculino Femenino	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	Masculino Femenino	Cualitativa
Estado Civil	Situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	Situación estable o inestable que tiene una persona con una pareja	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Unión Libre (a) Separado (a)	Cualitativa
Escolaridad	Grado de instrucción con la que cuenta una persona.	Alfabetismo y grado de estudios con los que cuenta una persona.	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Licenciatura/Profesional	Cualitativa Nominal
Ocupación	Antecedente de haber laborado en alguna empresa o haber tenido algún oficio	Actividades que ha realizado dentro o fuera de su hogar siendo o no remuneradas y	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	Inactivo (a) Ama de Casa Empleado (a) Obrero (a) Profesionista Otra	Cualitativa

	remunerado	que le otorgan cierto grado de experiencia			
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Morbilidad o condición clínica que acompaña a la enfermedad en estudio	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	DM2 Obesidad Dislipidemia Trastornos osteomusculares. Hiperuricemia	Cualitativa
Tratamiento	Empleo de un conjunto de medidas cuya finalidad es el control o mejoría de alguna patología.	Empleo de uno o más fármacos para el control de HAS, así como la instauración en el cambio de estilo de vida.	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	IECAS Calcioantagonistas ARA2 Diuréticos Betabloqueadores Cambio en estila de vida	Cualitativa
Tiempo de Evolución	Lapso transcurrido desde el momento en que se diagnostica una enfermedad.	Tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico de HAS. Quinquenios: Periodo de tiempo que comprende 5 años.	Cuestionario CHAL (Anexo 1)	Años Meses	Cuantitativa

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA:

UNIVERSO DE TRABAJO

Lo constituyen cien pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial sistémica que son controlados en la coordinación municipal de salud Ixtlahuaca Sur, número 22, ISEM, 2014.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica sin distinción de género, pertenecientes a la coordinación municipal de salud, Ixtlahuaca Sur, ISEM.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica a partir de los 30 años de edad pertenecientes a la coordinación municipal de salud, Ixtlahuaca Sur, ISEM.
- Pacientes en tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial, pertenecientes a la coordinación municipal de salud, Ixtlahuaca Sur, ISEM.
- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica con o sin comorbilidades, pertenecientes a la coordinación municipal de salud, Ixtlahuaca Sur, ISEM.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica que presenten deterioro cognitivo o presencia de trastornos mentales.

Criterios de eliminación

- Sin criterios de eliminación para este trabajo de investigación.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

Para seleccionar el instrumento, se revisaron en forma sistemática las bases de datos de MEDLINE, en ella se encontraron varios instrumentos, de los cuales se eligió uno específico para medir la CV en pacientes que viven con HAS, siendo éste el CHAL; autorizado para su aplicación por Roca-Cusachs. El instrumento contiene 55 ítems agrupados en dos dimensiones: EA 36 ítems y MS 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtiene de una escala tipo Likert de cuatro puntos cuya interpretación es 0, mejor nivel de calidad de vida y la puntuación de 3 indica peor nivel de calidad de vida.

Se recabo además la edad, género, estado civil, escolaridad, comorbilidad, tratamiento y tiempo de evolución.

(Anexo 1, CHAL)

DESARROLLO DEL PROYECTO:

Una vez obtenida la autorización del Coordinador Municipal de la coordinación Ixtlahuaca Sur, ISEM, se procede a visitar las 16 unidades de salud pertenecientes a dicha coordinación municipal de salud, en donde se elegirán a 100 pacientes al azar, lo cuales acuden a control de Hipertensión Arterial Sistémica en alguna de las unidades médicas, a los cuales se les pide su apoyo y cooperación para la aplicación del cuestionario CHAL, para con lo cual, los resultados obtenidos posteriormente al análisis de cada cuestionario aplicado, ayudo a la clasificación de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial.

LIMITE DE ESPACIO:

El límite de espacio lo constituye la Coordinación Municipal de Salud Ixtlahuaca Sur y las instalaciones de la biblioteca de la facultad de Medicina donde se procesó la información obtenida.

LIMITE DE TIEMPO:

Lo constituyen 12 semanas a partir de la aprobación del protocolo.

DISEÑO DE ANÁLISIS:

El análisis estadístico fue realizado en la hoja de Excel, incluye medidas de resumen estadístico, de tendencia central y de dispersión (media aritmética, desviación estándar, valor mínimo, valor máximo y rango). Las variables cualitativas se presentan en números absolutos y porcentajes. La calidad de vida fue evaluada de acorde al puntaje obtenido por cada paciente en la aplicación del cuestionario CHAL, el cual consta de 55 preguntas las cuales tienen como opción de respuesta: no, en absoluto; si, algo; si, bastante; si, mucho con un valor de 0 a 3 respectivamente, las puntuaciones más bajas indican mejor nivel de Calidad de Vida, considerando una puntuación de 0-41 = muy buena, 42-82 = buena, 83-123 = regular y 124-165 = mala Calidad de Vida. Los resultados se presentan en cuadros y gráficas.

IMPLICACIONES ÉTICAS:

Debido al diseño del estudio no se incurre en implicaciones éticas para su realización ni se requiere de consentimiento por escrito por parte de los pacientes más que su aprobación al cooperar con el llenado del cuestionario.

Este protocolo de investigación, se basa en lo estipulado en la Ley general de Salud, capítulo 2, artículo 13 que establece el respeto a la dignidad, protección de derechos y bienestar del paciente. Respeta las bases para la investigación asentadas en el artículo 14; se respeta la privacidad del sujeto como lo estipula el artículo 16 y según el artículo 17 fracción II puede clasificarse como investigación sin riesgo ya que es un estudio prospectivo, descriptivo, observacional.

También respeta los principios médicos para las investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo al código de ética médica de Núremberg y a la declaración de Helsinkí de la asociación médica mundial.

Las personas que participen en el estudio lo harán de forma voluntaria, los resultados que se generen serán manejados con confidencialidad, no se realizara ningún procedimiento invasivo que ponga en riesgo la integridad de los pacientes.

RESULTADOS

Se estudiaron 100 pacientes pertenecientes a la coordinación número 22 Ixtlahuaca Sur del Instituto de Salud del Estado de México, con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.

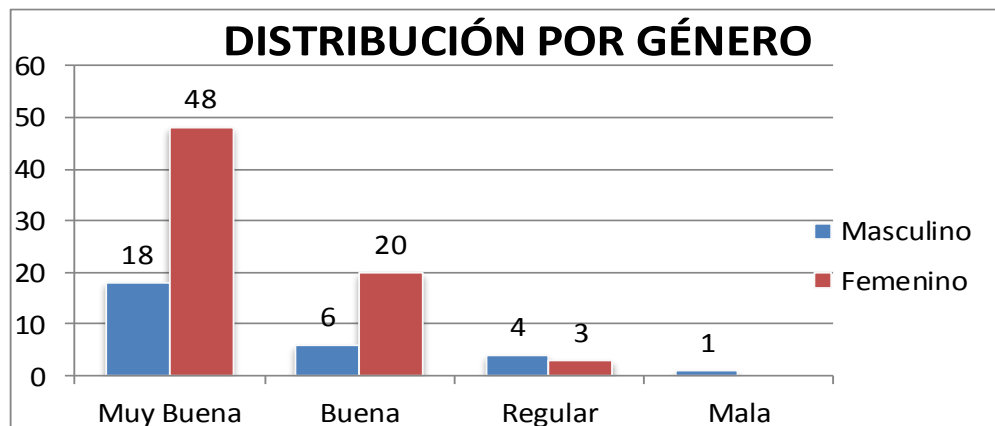
En relación al género el 71% son pacientes femeninos y el 29% masculinos.

CUADRO 1.

Calidad de Vida	Género	
	Masculino	Femenino
Muy Buena	18%	48%
Buena	6%	20%
Regular	4%	3%
Mala	1%	0%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1.

GRÁFICA 1.



Fuente: Cuadro 1.

Del total de la muestra 66 tienen Muy Buena Calidad de Vida, de los cuales 18 fueron hombres y 48 mujeres, 26 Buena Calidad de Vida, de los cuales 6 hombres y 20 mujeres. Dentro de la Categoría Regular Calidad de Vida 4 fueron hombres y

3 mujeres, dando un total de 7, y sólo 1 paciente presento mala calidad de vida el cual pertenece al género masculino.

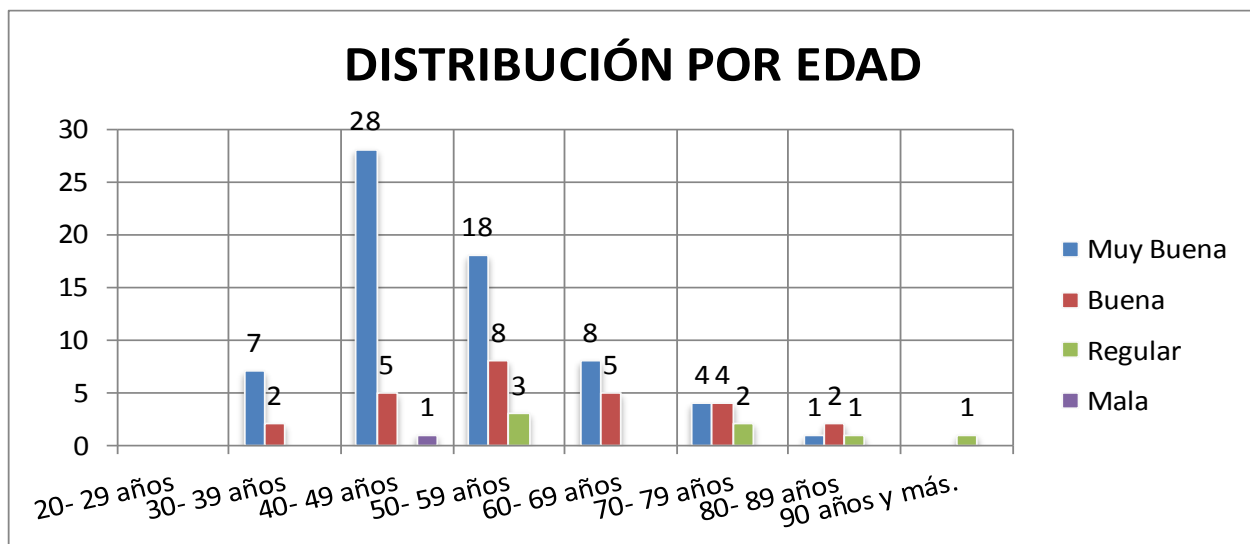
En relación a la edad la media es de 55.64±13.32 años, edad mínima 33 años, máxima 98 y rango 65.

CUADRO 2.

Edad	Calidad de Vida			
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
30-39 años	7%	2%	0%	0%
40-49 años	28%	5%	0%	1%
50-59 años	18%	8%	3%	0%
60-69 años	8%	5%	0%	0%
70-79 años	4%	4%	2%	0%
80-89 años	1%	2%	1%	0%
90 años y más.	0%	0%	1%	0%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1.

GRÁFICA 2.



Fuente: Cuadro 2.

Dentro del grupo de edad de 20 a 29 años no se reunieron pacientes.

En lo que refiere al grupo de edad de 30 a 39 se obtuvo un total de 9 pacientes de los cuales 7 tienen muy buena calidad de vida y 2 buena calidad de vida.

Dentro del grupo de 40 a 49 años se presentaron un total de 34 pacientes de los cuales 28 se localizan dentro del rango correspondiente a muy buena calidad de vida, 5 a buena calidad de vida y 1 a mala calidad de vida.

El grupo de 50 a 59 años comprendió un total de 29 pacientes de los cuales 18 presentaron muy buena calidad de vida, 8 buena calidad de vida y tan sólo 3 regular calidad de vida.

Para el grupo de 60 a 69 años, 8 de los pacientes se encontraron con muy buena calidad de vida y 5 buena calidad de vida.

En el grupo de 70 a 79 años, 4 fueron los pacientes con muy buena calidad de vida, 4 con buena calidad de vida y 2 con regular calidad de vida.

En el grupo de 80 a 89 años el total de pacientes fue de 4, de los cuales 1 presento muy buena calidad de vida, 2 buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

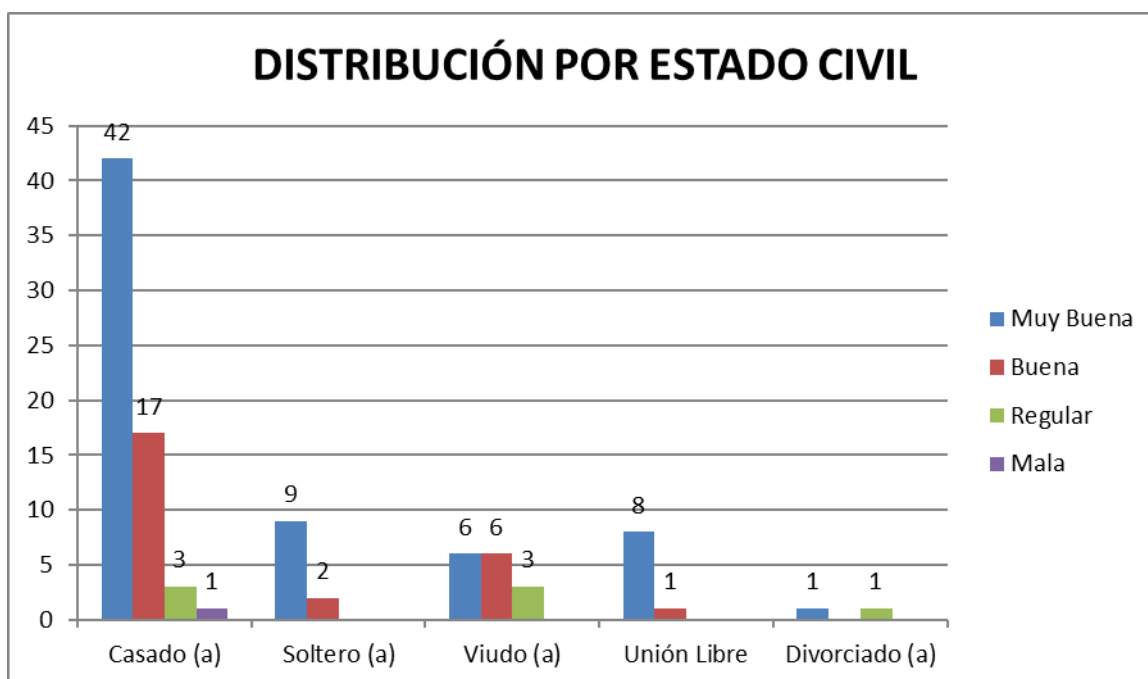
El total de pacientes dentro del grupo de 90 y más años fue solo de 1, el cual con regular calidad de vida.

CUADRO 3.

Edo. Civil	Calidad de Vida			
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Casado (a)	42%	17%	3%	1%
Soltero (a)	9%	2%	0%	0%
Viudo (a)	6%	6%	3%	0%
Unión Libre	8%	1%	0%	0%
Divorciado (a)	1%	0%	1%	0%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1.

GRÁFICA 3.



Fuente: Cuadro 3.

Para su estudio se utilizaron las siguientes categorías: casado (a), soltero (a), viudo (a), unión libre y divorciado (a).

Dentro de la primera categoría, casado (a), se obtuvo la mayor cantidad de muestreo siendo un total de 63 pacientes, de los cuales 42 obtuvieron puntuaciones correspondientes a muy buena calidad de vida, 17 a buena calidad de vida, 3 a regular calidad de vida y 1 a mala.

Para la categoría de Soltero se encontraron a 11 pacientes, 9 de los pacientes obtuvieron puntuaciones para muy buena calidad de vida y 2 para buena calidad de vida.

En lo que refiere a la categoría viudo (a) fueron 15, 6 de los pacientes presentaron muy buena calidad de vida, 6 más buena calidad de vida y 3 regular calidad de vida.

Para la categoría de unión libre se encontraron a 9 personas, 8 pacientes obtuvieron puntuaciones para muy buena calidad de vida y 1 para buena calidad de vida.

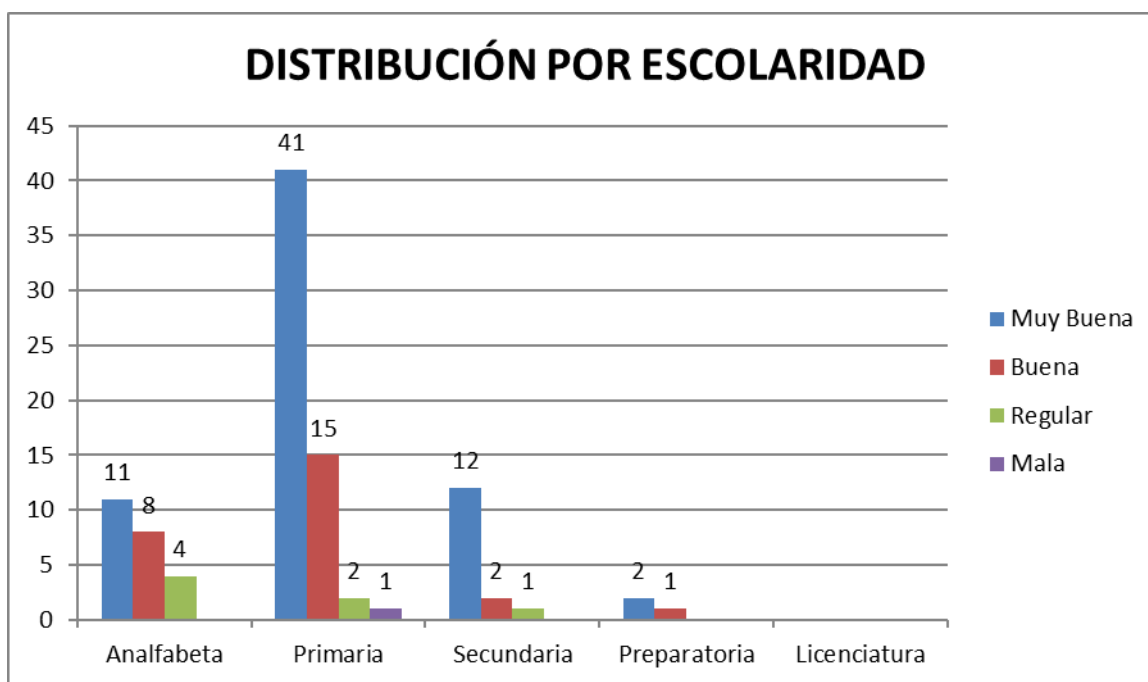
De acuerdo a los resultados, en la categoría de divorciado (a) solo fueron 2 pacientes, 1 presento muy buena calidad de vida y 1 más regular calidad de vida.

CUADRO 4.

Escolaridad	Calidad de Vida			
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Analfabeta	11%	8%	4%	0%
Primaria	41%	15%	2%	1%
Secundaria	12%	2%	1%	0%
Preparatoria	2%	1%	0%	0%
Licenciatura	0%	0%	0%	0%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1.

GRÁFICA 4.



Fuente: Cuadro 4.

Ante la necesidad de conocer si el nivel de escolaridad ejerce un papel importante como factor modificante, se recolectaron también grado de escolaridad de cada uno de los pacientes, obteniendo los siguientes resultados.

Dentro de la población que no contaba con ningún grado de escolaridad, es decir, que no sabía leer y escribir se obtuvo un total de 23 pacientes de los cuales 11 presentaron puntuaciones correspondientes a muy buena calidad de vida, 8 presentaron buena calidad de vida y 4 regular calidad de vida.

Para los pacientes con escolaridad de primaria fueron 59 pacientes, 41 presentaron muy buena calidad de vida, 15 buena calidad de vida, 2 regular calidad de vida y 1 mala calidad de vida.

En lo que se refiere a los pacientes con escolaridad de secundaria se encontraron a 15, de los cuales 12 presentaron muy buena calidad de vida, 2 buena calidad de vida y sólo 1 regular calidad de vida.

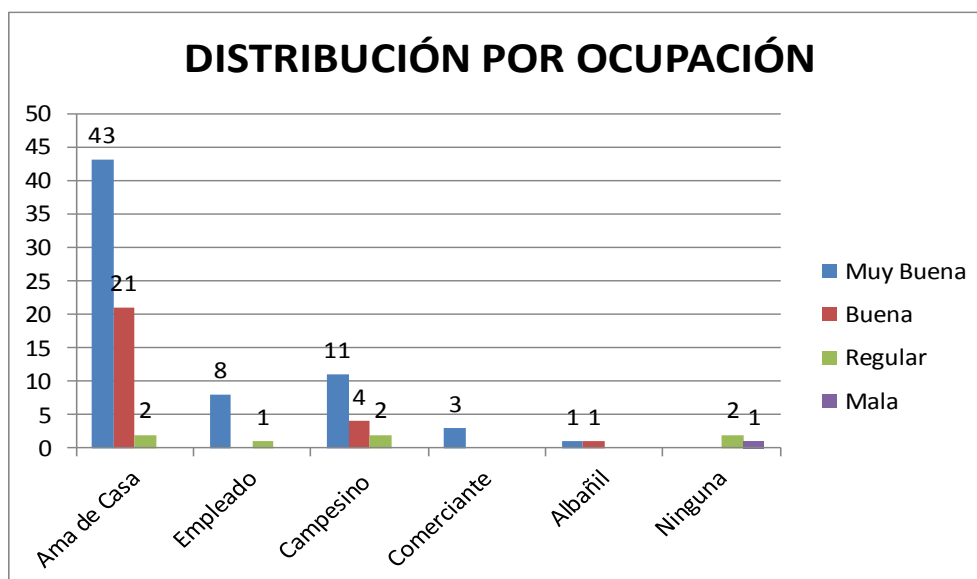
Del total de la muestra sólo 3 pacientes refirieron tener grado de escolaridad nivel medio superior, de los cuales 2 presentaron muy buena calidad de vida y 1 presento buena calidad de vida.

CUADRO 5

Ocupación	Calidad de Vida			
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Ama de Casa	43%	21%	2%	0%
Empleado	8%	0%	1%	0%
Campeño	11%	4%	2%	0%
Comerciante	3%	0%	0%	0%
Albañil	1%	1%	0%	0%
Ninguna	0%	0%	2%	1%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1.

GRÁFICA 5.



Fuente: Cuadro 5.

Se registraron las siguientes categorías: ama de casa, empleado, campesino, comerciante, albañil y ninguna.

La categoría con mayor cantidad de población fue ama de casa con un total de 66 participantes de los cuales 43 se localizan en el rango de muy buena calidad de vida, 21 en buena calidad de vida y 2 en regular calidad de vida.

Del total de la muestra 9 pacientes refirieron ser empleados, de este total 8 se encontraron con muy buena calidad de vida y 1 con buena calidad de vida.

Para la ocupación de campesino fueron 11 los pacientes que obtuvieron puntuaciones correspondientes a muy buena calidad de vida, 4 a buena y 2 a regular calidad de vida.

Dentro de la categoría comerciante, el total de 3 obtuvo puntuaciones en muy buena calidad de vida.

Dos de nuestros pacientes refirieron tener como ocupación la albañilería de los cuales 1 obtuvo muy buena calidad de vida y uno más buena calidad.

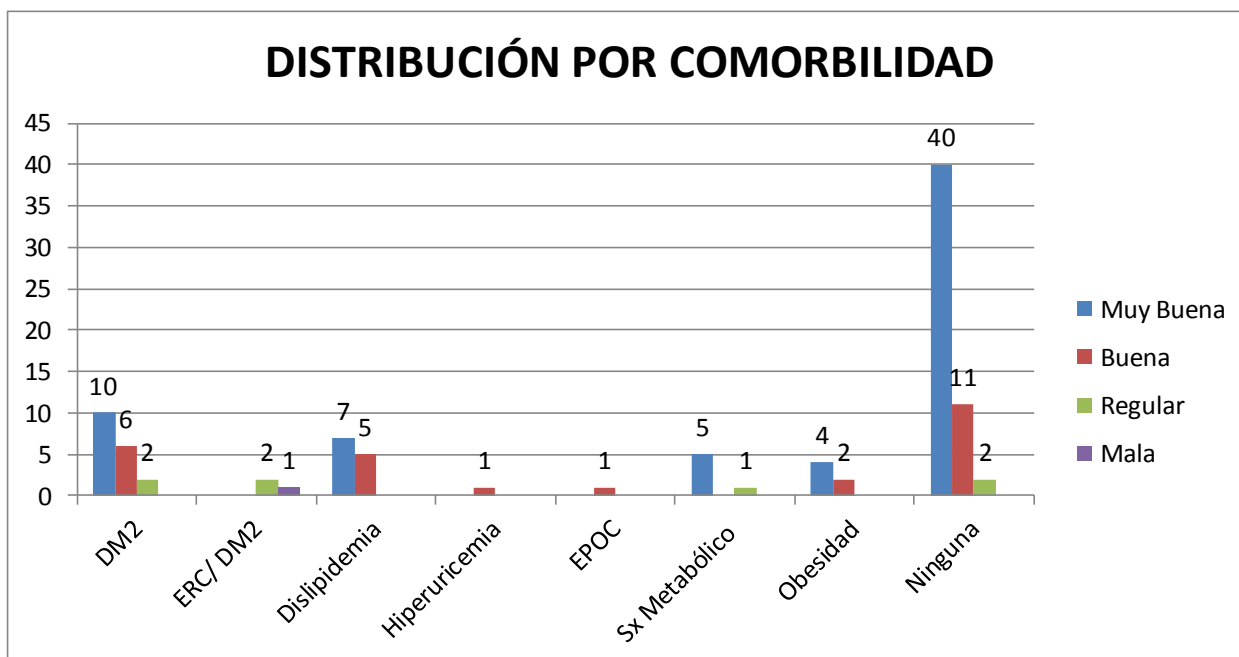
De los 100 pacientes entrevistados se encontraron 3 sin ningún tipo de ocupación, estos pacientes presentaron regular y mala calidad de vida, 2 y 1 respectivamente.

CUADRO 6.

Comorbilidad	Calidad de Vida			
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
DM2	10%	6%	2%	0%
ERC/ DM2	0%	0%	2%	1%
Dislipidemia	7%	5%	0%	0%
Hiperuricemia	0%	1%	0%	0%
EPOC	0%	1%	0%	0%
Sx. Metabólico	5%	0%	1%	0%
Obesidad	4%	2%	0%	0%
Ninguna	40%	11%	2%	0%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1.

GRÁFICA 6.



Fuente: Cuadro 6.

La gráfica anterior muestra la comparación entre la calidad de vida y las comorbilidades que nuestros pacientes presentan.

Encontramos dentro de las comorbilidades a la Diabetes como una de las principales, con un total de 18 pacientes de los cuales 10 obtuvieron muy buena calidad de vida, 6 buena calidad de vida y 2 más regular calidad de vida.

Encontramos pacientes que a su vez presentaron doble comorbilidad como lo es el caso de la Diabetes mellitus y la Enfermedad Renal Crónica, de los cuales 2 obtuvieron puntuaciones para regular calidad de vida y 1 para mala calidad de vida.

Para la categoría de Dislipidemia se obtuvo un total de 12 pacientes de los cuales 7 con muy buena calidad de vida y 5 con buena calidad de vida.

En el caso de la Hiperuricemia y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica cada una presento un caso, ambos pertenecientes a buena calidad de vida.

Dentro del Síndrome Metabólico se encontraron a 6 pacientes, 5 pacientes se encontraron dentro de muy buena calidad de vida y 1 en regular calidad de vida.

Fueron 6 los pacientes que presentaron Obesidad como comorbilidad, de estos 4 con muy buena calidad de vida y 2 con buena calidad de vida.

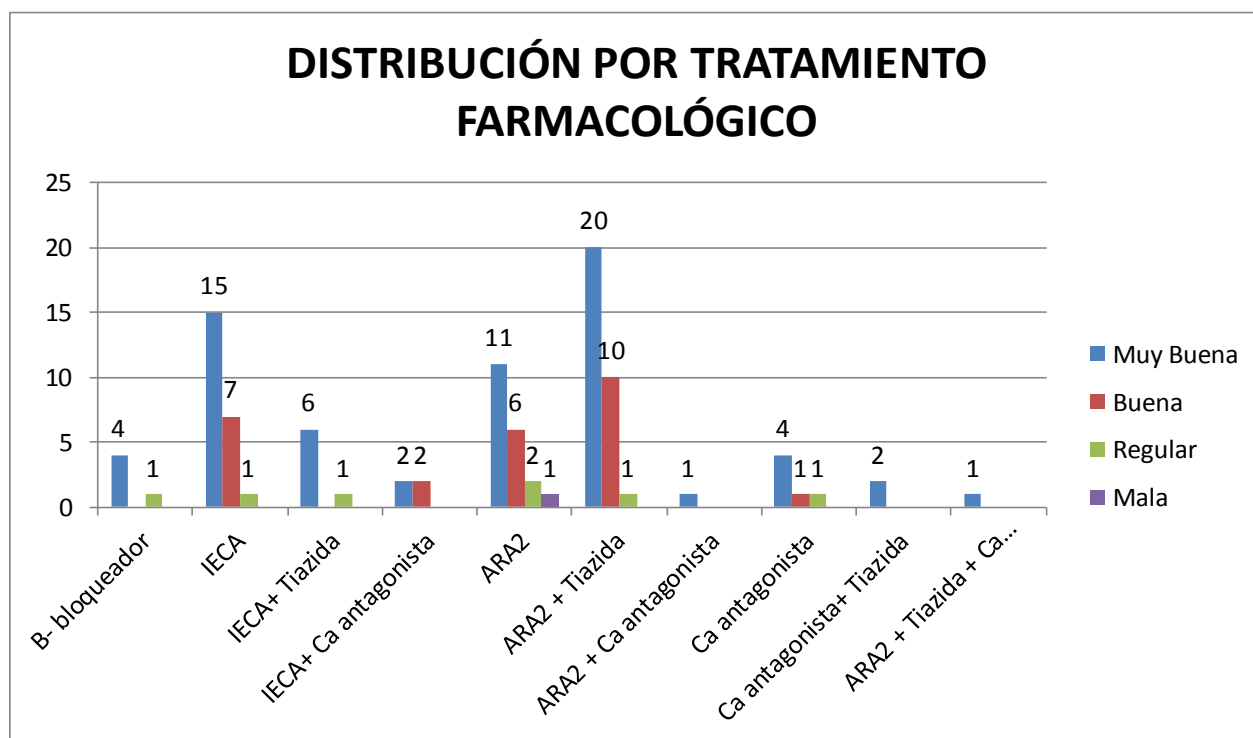
En la categoría de Ninguna comorbilidad se obtuvo un total de 53 pacientes, de los cuales 40 con muy buena calidad de vida, 11 con buena y 2 más con regular calidad de vida.

CUADRO 7.

Tratamiento	Calidad de Vida			
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
B- bloqueador	4%	0%	1%	0%
IECA	15%	7%	1%	0%
IECA+ Tiazida	6%	0%	1%	0%
IECA+ Ca antagonista	2%	2%	0%	0%
ARA2	11%	6%	2%	1%
ARA2 + Tiazida	20%	10%	1%	0%
ARA2 + Ca antagonista	1%	0%	0%	0%
Ca antagonista	4%	1%	1%	0%
Ca antagonista+ Tiazida	2%	0%	0%	0%
ARA2 + Tiazida + Ca antagonistas	1%	0%	0%	0%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1.

GRÁFICA 7.



Fuente: Cuadro 7.

Para la distribución por tratamiento, se categorizaron por uso de un solo fármaco y la combinación de 2 o 3 fármacos.

Del total de nuestros usuarios sólo 5 utilizan los Beta- bloqueadores como tratamiento, de estos 4 tiene muy buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

De los pacientes con tratamiento a base de fármacos Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina se encontraron a 23 pacientes, de los cuales 15 obtuvieron muy buena calidad de vida, 7 buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

Los pacientes que utilizan IECA más un Tiazida fueron 7, 6 tienen muy buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

Los pacientes con tratamiento que incluyen IECA más Calcioantagonista fueron 4, 2 tienen muy buena calidad de vida y 2 buena calidad de vida.

De los pacientes con tratamiento con solo ARA2 se encontraron a 20 pacientes, 11 tienen muy buena calidad de vida, 6 buena calidad de vida, 2 regular calidad de vida y 1 mala calidad de vida.

Los pacientes bajo tratamiento con un ARA2 más un Tiazida fueron 31, 20 obtuvieron muy buena calidad de vida, 10 buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

De los pacientes que utilizan ARA2 más Calcioantagonista solo fue 1 y tiene muy buena calidad de vida.

Pacientes que solo utilizan Calcioantagonista fueron 6, 4 tienen muy buena calidad de vida, 1 buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

De los pacientes que están bajo tratamiento con Calcioantagonista más Tiazida fueron 2 y tienen muy buena calidad de vida.

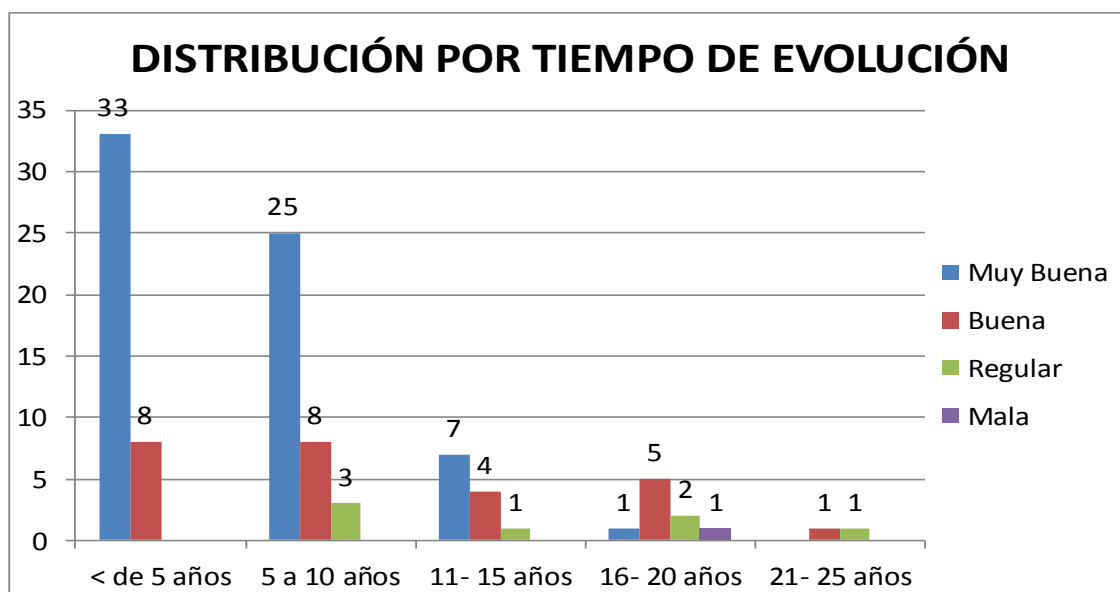
Un Paciente que está bajo esquema de 3 fármacos que incluyen ARA2 más Tiazida y más Calcioantagonista y tiene muy buena calidad de vida.

CUADRO 8.

Tiempo de Evolución.	Calidad de Vida			
	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
< de 5 años	33%	8%	0%	0%
5 a 10 años	25%	8%	3%	0%
11- 15 años	7%	4%	1%	0%
16- 20 años	1%	5%	2%	1%
21- 25 años	0%	1%	1%	0%

Fuente: Cuestionario CHAL, Anexo 1

GRÁFICA 8.



Fuente: Cuadro 8.

La gráfica anterior muestra el tiempo de evolución con que los pacientes encuestados han cursado con Hipertensión Arterial sistémica, expresado en quinquenios comparado con la Calidad de Vida obtenida.

Encontramos que el grupo de pacientes con mayor cantidad, fueron 41 pacientes que pertenecen al grupo de menos de 5 años de evolución de los cuales, 33 obtuvieron muy buena calidad de vida y 8 buena calidad de vida.

Pacientes de 5 a 10 años de evolución fueron 36, de los cuales 25 tienen muy buena calidad de vida, 8 tienen buena calidad de vida y 3 tienen regular calidad de vida.

Del grupo de pacientes con 11 a 15 años de evolución de vida se encontraron a 12 pacientes de los cuales, 7 tienen muy buena calidad de vida, 4 buena calidad de vida y 1 regular calidad de vida.

Pacientes en el grupo de 16 a 20 años de evolución de HAS fueron 9, de los cuales, 1 tiene buena calidad de vida, 5 buena calidad de vida, 2 regular calidad de vida y 1 mala calidad de vida.

Se encontraron a 2 pacientes pertenecientes al grupo de 21 a 25 años de evolución de los cuales, 1 obtuvo Buena Calidad de Vida y 1 Regular calidad de vida.

DISCUSIÓN

De acuerdo a Zygmuntowicz, M autor del artículo Comorbilities and the quality of life in hypertensive patients, la calidad de vida también definida como el grado de bienestar o satisfacción personal de cada individuo se ve influida por ciertos factores de percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses. Así como también factores ambientales, sociales y psicológicos de cada paciente.

Los resultados de nuestro estudio demostraron lo siguiente, existen porcentajes más altos de regular y mala calidad de vida en pacientes del género masculino que en el femenino, a diferencia de un estudio realizado en el año 2012 en Polonia en el que se refiere que las mujeres presentan más baja calidad de vida en todas las dimensiones en comparación con los hombres.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la edad encontramos que es en los grupos por arriba de los 40 años donde se presentan los únicos 8 casos de regular y mala calidad de vida. Siendo de mayor frecuencia en los últimos 3. Por lo tanto se corrobora el entendido de que la calidad de vida disminuye con la edad, como lo reporto un estudio en el año 2012 en Polonia.

De acuerdo a los resultados por grado de escolaridad los pacientes sin ninguna preparación académica obtuvieron muy buena calidad de vida en el 50% de su población total, 69.4% para los pacientes con escolaridad de primaria, 80% con escolaridad de secundaria y 66.6 % para nivel medio superior, por lo tanto es cierto de acuerdo a nuestra bibliografía que un nivel mayor de escolaridad aumenta la calidad de vida.

De acuerdo a la literatura el estado civil juega también un papel importante en el grado de satisfacción personal o Calidad de Vida, presentando niveles más bajos de calidad de vida pacientes cuyo estado civil implica no contar con quien compartir actividades, nuevos hábitos y estilo de vida en el paciente, de tal manera que la variable estado civil dentro de nuestro estudio está considerada presentando los siguientes porcentajes, el 50% de los pacientes divorciados presentaron muy buena y el otro 50% buena calidad de vida, de los pacientes viudos 40% presento buena calidad de vida y un 20% regular, en cambio en

pacientes casados los porcentajes para regular calidad de vida y buena calidad de vida se encontraron en un 4.7% y 26.9% respectivamente. Por lo anterior se concluye que efectivamente el estado civil de un paciente influye directamente en su calidad de vida.

En algunos estudios se le ha relacionado a la calidad de vida con la terapéutica empleada para su tratamiento, debido al número de fármacos empleados y los efectos secundarios que estos ejercen directamente sobre el organismo del paciente, pudiendo deteriorar su funcionamiento físico, social, estado emocional y salud mental. Durante la aplicación de los cuestionarios CHAL, se observa que existe mayor incidencia del uso de ARA 2 más tiazidas, este grupo a su vez presenta el mayor porcentaje de muy buena calidad de vida en relación al resto de las terapéuticas, similar a este caso se encuentran ARA 2 e IECA's en monoterapia, de tal manera que no es cierto que el número de fármacos disminuyan la calidad de vida de un paciente, así como los efectos secundarios que conlleve dicha terapéutica.

Otra variable que se ha señalado en diversos estudios como factor modificante de la calidad de vida lo es el tiempo de diagnóstico y evolución del paciente, de tal forma que para su medición se realizó la distribución por quinquenios, presentando la mayor incidencia en regular y mala calidad de vida aquellos pacientes con tiempos de evolución mayor a 16 años, así como muy buena y buena calidad de vida aquellos con tiempos de evolución menos prolongados.

Además, la Calidad de Vida de las personas con HAS puede ser influida por comorbilidades, las cuales pueden ser de 3 tipos: las relacionadas a la hipertensión, las complicaciones propias de la enfermedad y las que no guardan relación con la hipertensión. Dentro de nuestra población encontramos comorbilidades que pertenecen a los tres tipos, sin embargo, existe mayor porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica que no padecen ninguna comorbilidad, seguido por las que se relacionan a la enfermedad, posteriormente las que no guardan relación con la hipertensión y finalmente las que son complicaciones propias de la misma. De acuerdo a los resultados obtenidos la calidad de vida es similar para aquellos pacientes sin ninguna

comorbilidad como para los que presentan comorbilidades relacionadas con la enfermedad, sin embargo para el caso de Diabetes Mellitus con presencia de Enfermedad Renal Crónica la calidad de vida se limita a ser regular o mala para los 3 pacientes que la presentan, a diferencia de lo que Zygmuntowicz menciona en el artículo Comorbilities and the quality of life in hypertensive patients, donde se menciona que los valores más bajos en cuanto a calidad de vida se asocian con obesidad en ambos sexos.

CONCLUSIONES

La calidad de vida es un concepto multidimensional que se ve afectado por variables de distinta naturaleza como lo son ambientales, sociales y psicológicas. Las sociales como son edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad son variables que modifican principalmente el funcionamiento físico del paciente por lo que repercuten directamente en el desempeño y realización de actividades diarias. Las variables ambientales, tiempo de evolución y tratamiento influyen psicológicamente sobre el paciente.

La calidad de vida de los pacientes de la Coordinación Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014 en general se encuentra entre muy buena y buena calidad de vida, constituyendo entre ambas categorías un total de 92% del 100% de la población.

El porcentaje de pacientes masculino es menor que el de femenino, sin embargo, son los hombres quienes presentan puntuaciones más altas en la aplicación del cuestionario CHAL, lo que corresponde a un grado más bajo de calidad de vida.

De las variables estudiadas se observó peores grados de calidad de vida en pacientes que presentaron mayor número de comorbilidades y edades mayores.

Para la categoría escolaridad, se obtuvieron menores puntuaciones, es decir, mejor calidad de vida en aquellos pacientes con escolaridad de primaria, secundaria y preparatoria a diferencia de aquellos sin ninguna preparación académica. Cabe mencionar que no se obtuvo ningún paciente con licenciatura o grados de estudios superiores.

Los pacientes casados y en unión libre presentan mejor calidad de vida que los pacientes viudos o divorciados.

Dentro de la categoría ocupación todas obtuvieron similar grado de satisfacción personal, es decir, calidad de vida.

El tiempo de evolución no ejerce un papel importante en el paciente hipertenso para modificar su percepción del bienestar personal.

Los pacientes con fármacos en combinación y en monoterapia obtuvieron grados de calidad de vida similares entre unos y otros. Se reportaron efectos secundarios de algunos de ellos, sin embargo, no ejercen un papel importante en la percepción de la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos, tenemos que las variables que modifican principalmente la calidad de vida del paciente Hipertenso en la Coordinación Municipal, Ixtlahuaca Sur, ISEM 2014 son la edad y las comorbilidades.

La edad como tal no es una variable modificable, sin embargo sí lo son las condiciones físicas que generan el paso de los años en el organismo humano. Es por ello que un cambio de hábitos saludables desde el inicio del proceso puede ayudar a mejorar la condición física de los pacientes, tales como son el realizar actividad física aeróbica durante al menos 30 minutos por día, disminuir la ingesta de grasas saturadas y alimentos poco saludables, y mantener un peso adecuado para la talla, de tal manera que no sea la condición física la que impida a los pacientes desenvolverse en su ambiente y actividades cotidianas, permitiéndoles además la satisfacción de poder aportar a su familia y ser autosuficientes, independientemente de su edad y su padecimiento.

Las comorbilidades en cambio, son variables que pueden ser modificables desde el punto de vista de la prevención, es bien sabido que la mejor manera de prevenir ha sido siempre el educar, de tal manera que la impartición de talleres en los centros de salud a la población en general y más específicamente a aquellos con factores de riesgo como obesidad y antecedentes familiares es de suma importancia y de prioridad en el manejo del paciente hipertenso y también de sus familias. La instrucción a cada uno de los integrantes de nuestra población sobre los síntomas sugestivos de daño endotelial no permitirán a nosotros, el personal de salud, realizar diagnósticos y tratamientos oportunos, y por ende mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Favela PE, Gutiérrez BJ, Medina GM, Sierra SE, Viniegra OA. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México. Secretaria de Salud, 2009.
2. NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. México. 2009.
3. Guadalajara JF. Hipertensión Arterial. En: Cardiología. 7ª edición. México; Méndez Editores: 2012: 677-715.
4. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, y Cols. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Revista Chilena de Cardiología. 2010; 29 (1): 117-144.
5. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobías A, Medina-García C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Pública de México. 2013; 55 (2): s144-s150
6. Gamboa AR, Rospigliosi B A. Más allá de la Hipertensión Arterial. Acta Médica Peruana. 2010; 27 (1): 45-52.
7. Kotchen AT. Enfermedad Vascul ar Hipertensiva. Harrison Principios de Medicina Interna, Décimo octava edición. McGraw Hill: 2012: 1549-1562.
8. Patrick W. Fisiopatología de la hipertensión arterial. An Fac med 2010; 71(4): 225-9
9. Kummar, Abbas, Fausto. Vasos sanguíneos. En: Patología estructural y funcional de Robins y Cotran. 8ª edición. El Sevier: 2010: 517-559.
10. Sans-Atxer L. Hipertensión Arterial en el Anciano. Nefroplus. 2011; 4 (3): 35-44.
11. De Oliveira CS; Cavalca CR. Quality of life of patients with hypertension. J Health Sci Inst. 2012; 30 (2): 134-139
12. Papadakis MJ. McPHEE, S.: Hipertensión Sistémica. Capítulo 11. En: Diagnóstico Clínico y tratamiento. 52ª edición. McGraw Hill: 2013: 433-463.
13. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank J.K, Dillon M.J, Ferreira I, Invitch, C, et al. Manejo de la Hipertensión arterial en niños y adolescentes:

- recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión. *Hipertensión Riesgo Vasc.* 2010; doi: 10.1016
14. Guyton C.G. and Hall J.E. Función dominante del riñón en la regulación a largo plazo de la presión arterial y en la hipertensión: el sistema integrado de control de la presión. En: *Tratado de Fisiología Médica*. 12ª Edición: Mosby: 2011: 216-231.
 15. Aronow SW. Treatment of systemic hypertension. *Am J Cardiovasc Dis.* 2012; 2 (3): 160- 170.
 16. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et. Al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiología* 2013; 66(11):880.e1-880.e64
 17. Katzung G, Bertram G: *Fármacos Antihipertensivos*. En: *Farmacología Básica y Clínica*. 12ª edición. McGraw-Hill Lange: 2013: 167-189.
 18. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst HVD, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health. *BMJ.* 2011; 343: d4163.
 19. Cruzat A. Teoría de sistemas naturales de Murray Bowen: Un nuevo entendimiento de los procesos de salud / enfermedad al interior de las familias y las organizaciones. *Medwave.* 2007; 7(10):e934 doi: 10.5867
 20. Piskorz D, Micali G, Pérez S. Factores asociados a un inadecuado control de la presión arterial en pacientes hipertensos bajo tratamiento médico. *REv Fed Arg Cardiol.* 2012; 41 (1): 43-48
 21. Fernández JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento. *Rev Esp Salud Pública.* 2010; 84 (2): 169-184.
 22. Ramones I. Calidad de Vida relacionada a Salud en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.* 2007; 2 (5): 147-150.
 23. Gómez GMR, García RC, Gómez MV, Mondragón SPB. Calidad de Vida en pacientes que viven con Hipertensión Arterial Sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2011; 19 (1): 7-12.

24. Jarillo IMD, Rodríguez PJC, Moreno BF. Calidad de vida e Hipertensión Arterial. Rev Clin Esp. 202:596-8 - Vol. 202 Num.11
25. Urzúa MA; Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica 2012 [13 de marzo de 2014]; 30 (1): 61-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523000006>.
26. Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez Á, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2007 [13 de marzo de 2014]; 3 (2): 203-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67930202>.
27. Tavares DMS, Paiva MM, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar-abr 2013.
28. Zygmuntowicz M, Owczarek A, Elibol A, Chudek J. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2012; 122 (7-8): 33-340.
29. Garcia-Vesga MC; Domínguez DE. Desarrollo Teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud 2012; 11(1): 63-77.
30. Cortes, Recabal JE. La Resiliencia: Una mirada desde la enfermería. Ciencia y enfermería. 2010; XVI (3): 27-32.

ANEXO 1
CUESTIONARIO CHAL

No. de Cuestionario: _____ Edad: _____ Género: _____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Comorbilidad: _____ Tratamiento: _____

Tiempo de Evolución: _____

No.	Pregunta	No, en Absoluto.	Si, Algo.	Sí, Bastante.	Sí, Mucho.
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2	¿Ha tenido sueños que le asusten o le son desagradables?				
3	¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?				
4	¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?				
5	¿Se despierta cansado (a)?				
6	¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?				
7	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?				
8	¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?				
9	¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?				
10	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
11	¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?				
12	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
13	¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
14	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
15	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
16	¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?				
17	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				

18	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?				
19	¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado (a)?				
20	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido (a)?				
21	¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?				
22	¿Ve su futuro con poca esperanza?				
23	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?				
24	¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?				
25	¿Ha notado que desea estar muerto (a) y lejos de todo?				
26	¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
27	¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?				
28	¿Se ha sentido agotado (a) y sin fuerzas?				
29	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo (a)?				
30	¿Ha notado flojedad en las piernas?				
31	¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?				
32	¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?				
33	¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?				
34	¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?				
35	¿Ha sufrido visión borrosa?				
36	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
37	¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?				
38	¿Ha padecido sofocos?				
39	¿Se le han hinchado los tobillos?				
40	¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?				
41	¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?				
42	¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?				
43	¿Ha notado sequedad de boca?				

44	¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?				
45	¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?				
46	¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?				
47	¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?				
48	¿Ha disminuido su apetito?				
49	¿Ha aumentado de peso?				
50	¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?				
51	¿Ha tenido dolor de cabeza?				
52	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
53	¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?				
54	¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
55	¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?				

Muchas gracias por su cooperación.