



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE D. F.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
“EL ROSARIO”

**“CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE HIPERTENSO
QUE ACUDE A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA (SOHDi)”**

TESIS DE POSTGRADO
**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

Dra. Maria Berenice Fuentes De la Cruz

ASESORES:

Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INVEST. EN SALUD, UMF 33

Dr. Ricardo Alberto Baeza Lechuga
MEDICO ADSCRITO UMF 33

MÉXICO, D. F. FEBRERO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
ASESOR Y COORDINADOR CLINICO DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

DR. RICARDO ALBERTO BAEZA LECHUGA
MEDICO ADSCRITO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

DRA MARIA BERENICE FUENTES DE LA CRUZ
RESIDENTE DE TERCER AÑO
DEL CURSO DE ESPECILIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por indicarme siempre el camino a seguir, así como iluminarme siempre ante las adversidades para salir adelante y llegar al final de mi vida escolar y llegar al inicio de mi vida profesional.

A las 2 personas que son el motor para continuar mi labor en esta vida: A MI MAMA Y A MI HERMANA.

A mi MADRE, por ser la persona que siempre me apoyo y me brindo toda su comprensión en los momentos más difíciles.

A mi HERMANA, por ser la personita que siempre estuvo a mi lado dándome ánimos y no claudicar ante las circunstancias.

PENSAMIENTO

*SEÑOR, inspírame siempre lo que debo pensar, lo que debo decir,
lo que debo callar, lo que debo escribir, lo que debo actuar,
lo que debo arrancar de mi vida y lo que debo actuar.*

*Cada día
hagamos algo de lo que podamos sentirnos orgullosos
al día siguiente.*

*Cada día
pensemos que es el primero
para vivirlo con sorpresa
y el último
para aprovecharlo como nuestra última oportunidad.*

*Cada día
busquemos nuestra felicidad
haciendo más feliz a algún otro.*

*Cada día
sembremos una semilla
de cuyos frutos podamos vivir al día siguiente.*

*Cada día
renovemos nuestro corazón de tal manera
que no quede amargura alguna para el día siguiente.*

*No guardemos
nuestras sonrisas de hoy para mañana.
Sólo podremos sonreír mañana,
sí hemos sonreído hoy.*

INDICE

PORTADA.....	1
AUTORIZACIONES.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
PENSAMIENTO.....	4
INDICE.....	5
INTRODUCCION.....	6
RESUMEN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
ANTECEDENTES.....	9
OBJETIVOS.....	21
METODOLOGIA.....	22
RESULTADOS.....	29
DISCUSION.....	41
CONCLUSIONES.....	43
ANEXOS.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	49
CRONOGRAMA.....	50

INTRODUCCION

La hipertensión arterial sistémica (*HAS*) en México tiene una prevalencia del 30%, con algunas diferencias en su distribución geográfica. De esta población hipertensa se destacan dos aspectos relevantes: la cada vez mayor prevalencia en población joven y su común asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Asociado a estos hechos, un porcentaje importante de esta población hipertensa desconoce el diagnóstico, y que quienes sí lo tienen establecido con frecuencia no reciben tratamiento o bien, tienen un mal control de las cifras de presión arterial (*PA*) a pesar de recibir tratamiento farmacológico. Por lo que su calidad de vida es mala ya que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien.". En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Por lo que se formaron los grupos de autoayuda los cuales son organizaciones de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales.

El IMSS, que atiende al 60 por ciento de los 80 millones de mexicanos, inició la estrategia de fomento a la salud dirigida a atacar las causas de la enfermedad mediante la participación activa de la comunidad, estuviera o no afiliada a la institución, de manera que se formaron los Grupos de Autoayuda (SOHDi), para mejorar la calidad de vida de los pacientes con padecimientos principalmente crónico degenerativos.

RESUMEN

Fuentes C. B., Arvizu I. R., Baeza L. R. Calidad de vida en el paciente hipertenso que acude a los grupos de autoayuda (SOHDi). México, D. F. IMSS. Universidad Nacional Autónoma de México.; 2007

Introducción: La calidad de vida (CV) es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos. Los grupos de autoayuda (GA) son organizaciones que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales. Un GA bien organizado es aquel en el que cada uno de sus miembros recibe el debido reconocimiento por sus logros en el control de la enfermedad. La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDi) en la UMF 33. **Material y Métodos:** Pacientes hipertensos que acuden a los Grupos de Autoayuda en la UMF 33 del IMSS. Estudio Observacional, Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Abierto. Evaluado con la Encuesta SF-36 Modificada. **Resultados:** La calidad de vida de nuestros pacientes fue regular en 13 pacientes del total de 18 asistentes. Los grupos de autoayuda no modifican la calidad de vida del paciente. **Conclusión:** Al analizar estudios realizados que evalúan la calidad de vida con la Encuesta SF-36, concluimos que los resultados de éstos con los obtenidos en este estudio son similares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la **calidad de vida**. El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Por lo que es importante medir esta calidad de vida en el paciente hipertenso.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1996, la hipertensión arterial era en ese tiempo la enfermedad crónica más frecuente de nuestro país, afectó a 26.6% de la población mayor de 20 años de edad, aunque en población mayor de 65 años, la prevalencia del padecimiento alcanzó 58.7%, sin embargo, su importancia epidemiológica y clínica se encuentra en sus repercusiones sobre la **esperanza y calidad de vida** del paciente hipertenso.

Los **Grupos de Autoayuda** se constituyen como resultado de la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud. La organización de los pacientes contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud. Resultando de esto la aparición de los Grupos de autoayuda para mejorar la calidad de vida del paciente, en este caso, Hipertenso.

A pesar de la frecuencia con que se presenta esta situación, pocos estudios clínicos han intentado evaluar los diferentes aspectos de la Calidad de Vida en este tipo de pacientes.

Por lo que sabiendo la importancia que tiene conocer la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial, y la importancia de generar grupos de autoayuda nos hacemos la siguiente pregunta.

¿CÓMO ES LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDE A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA (SOHDI) EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33, “EL ROSARIO” DEL IMSS?

ANTECEDENTES

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad.

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health-Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud.

La determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud. A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbilidad, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional.

Al evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, es esencial medir y evaluar el grado de alivio de los síntomas, mismos que podrían traducirse en una mejoría de la calidad de vida (CV), considerada esta última como la

sensación de bienestar físico y de satisfacción emocional, psíquica y social del individuo. Para evaluar la CV se emplean instrumentos que abarcan diferentes dominios relacionados con los valores subjetivos del paciente, determinados a su vez por los contextos sociales, culturales y económicos, que también se ven afectados por la enfermedad o por el tratamiento mismo.

La alta tasa de desempleo es la principal característica que afecta a la población, que si trabaja lo hace en el sector informal, con salarios bajos, y sin los beneficios de la seguridad social. El nivel de educación influye para las oportunidades de empleo, el autocuidado y la salud en general. Todos estos factores sociales afectan negativamente tanto a la salud como a la calidad de vida de una persona en su comunidad.

Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky, (KPS). Esta es una escala de 10 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, por el hecho de ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente.

La evaluación del concepto presenta enfoques de investigación que podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, se han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

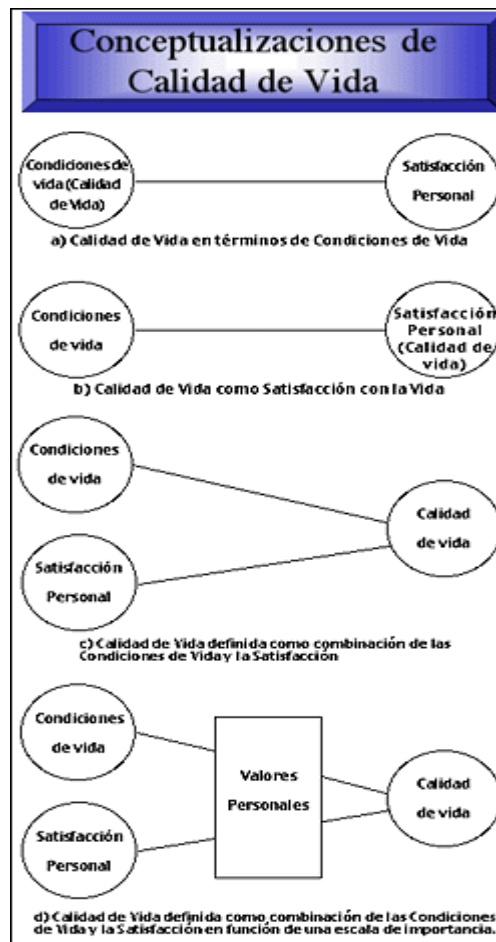
La calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad y e) insatisfacción.

Con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como "Evaluación internacional de la calidad de vida" (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36).

El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

1. *Función Física*: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
2. *Rol Físico*: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
3. *Dolor Corporal*: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
4. *Salud General*: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. *Vitalidad*: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. *Función Social*: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. *Rol Emocional*: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. *Salud Mental*: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, (Health Survey). La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM).



Conceptualizaciones de Calidad de Vida
(Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995)

El manejo no farmacológico, es decir, la modificación del estilo de vida está indicada como medida inicial, o bien, como suplementaria al manejo con medicamentos para el paciente con hipertensión arterial; incluye la disminución en la ingesta de sodio, alcohol y grasas saturadas, así como el incremento de la actividad física durante el tiempo libre del hipertenso. Este manejo es efectivo para disminuir las cifras de presión arterial de las personas con niveles normales en límites altos y en los pacientes con hipertensión.

Al evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, es esencial medir y evaluar el grado de alivio de los síntomas, mismos que podrían traducirse en una mejoría de la calidad de vida (CV). Para evaluar la CV se emplean instrumentos que abarcan diferentes dominios relacionados con los valores subjetivos del paciente, determinados a su vez por los contextos sociales, culturales y económicos, que también se ven afectados por la enfermedad o por el tratamiento mismo. La respuesta al tratamiento, su duración, la severidad de la enfermedad y el estado y la magnitud de los cambios esperados son criterios que influyen en la elección de los componentes de la CV que se van a evaluar. El uso de escalas visuales análogas implica que la intensidad o la frecuencia de un síntoma puede representarse con una escala

linear continua, y que el respondente de la escala también entiende esta representación.

La evaluación de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud. El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud y la calidad de vida promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida.

Cuadro I
ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).¹⁰

La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción

La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de

vida). El resultado máximo de 100 se logra cuando no se notifican incapacidad alguna. Estas escalas se manifiestan por la esperada unipolaridad de respuestas en el extremo superior del recorrido de 0 a 100 puntos.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los grupos de autoayuda son organizaciones de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales. Los grupos de autoayuda inician en 1905. Consistían en conferencias dadas por el médico sobre el padecimiento en cuestión y las medidas higiénicas necesarias para su control, seguidas por preguntas y discusión con los pacientes sobre los temas tratados, así como la organización de un sistema de calificación y premios para los pacientes que mejor llevaban a cabo las medidas recomendadas.

México cuenta con una extensa historia de participación social solidaria desde el tequio de los grupos indígenas del sur hasta el esfuerzo popular durante el terremoto de la Ciudad de México de 1985. Justamente desde ese año sus instituciones de salud iniciaron programas para integrar a personas, grupos o comunidades al cuidado activo de su salud.

El IMSS, que atiende al 60 por ciento de los 80 millones de mexicanos, inició la estrategia de fomento a la salud dirigida a atacar las causas de la enfermedad mediante la participación activa de la comunidad, estuviera o no afiliada a la institución. Los objetivos fueron reducir la morbilidad y mortalidad mediante la prevención de factores de riesgo por medidas específicas o por acción educativa y mejoramiento del medio ambiente, así como disminuir la gravedad de la patología crónica por adopción de conductas de salud. Además, pretende crear una cultura de salud que favorezca la participación comunitaria mediante líneas encaminadas a mejorar el medio ambiente, la alimentación, la higiene, el ejercicio físico, la salud mental, el uso del tiempo libre, la seguridad en el hogar, vía pública, escolar y laboral.

La estrategia de fomento a la salud comienza a funcionar mediante el Programa Institucional de Fomento a la Salud, que inicia en 1985 con una unidad piloto en 10 estados; actualmente se extiende a todas las delegaciones del país y a sus respectivas unidades bajo una normatividad enriquecida con un sexenio de experiencia.

Los Grupos de Ayuda (GA) surgen como una estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento, tal y como lo han difundido la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones expertas en la materia; por lo que desde 1995 la Secretaría de Salud de México, a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) implementó los ante el reto de hacer frente a los problemas de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, así como a sus complicaciones.

Un GA bien organizado es aquel en el que cada uno de sus miembros recibe el debido reconocimiento por sus logros en el control de la enfermedad. De esa manera se fortalece la autoestima de cada paciente. El GA permite el intercambio de experiencias entre los pacientes; esta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad. La principal función del GA es garantizar a cada uno de sus integrantes un buen control metabólico. Las actividades que se realizan en los GA, son las siguientes:

1. Organizar cursos y talleres de capacitación para los pacientes
2. Automonitoreo y cumplimiento de metas de tratamiento
3. Aprendizaje práctico de estilos de vida saludables
4. Adquisición de recursos propios
5. Prevención y detección de diabetes e hipertensión arterial en familiares y a nivel comunitario

El GA se evalúa con el fin de conocer el avance de sus conocimientos, habilidades y destrezas adquiridos, los cuales les permitieron modificar su conducta para el control de su enfermedad, expresado a través de sus metas de tratamiento.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

(SOHDI)

El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Dirección de Prestaciones Médicas tiene como responsabilidad la definición de actividades encaminadas a la prevención y control de los padecimientos crónico degenerativos. La creación urbanización y el desarrollo económico de los países, producen cambios en los estilos de vida de la población. Estos cambios modifican la composición de la dieta, reducen la actividad física y favorecen el sobrepeso u obesidad, aumento del estrés, la problemática laboral que se presenta en algunos centros laborales (compañeros, jefes y exceso de trabajo) y la presencia de conflictos familiares que se producen al presentarse una patología de esta categoría que no solamente afecta al paciente sino a toda la familia, lo que aumentan el riesgo de desarrollar padecimientos crónicos degenerativos como la hipertensión.

Los cambios en el perfil epidemiológico han producido un incremento progresivo de las enfermedades crónicas degenerativas, lo que obliga a definir acciones específicas para el manejo y control de pacientes con estos padecimientos, en las unidades médicas del primer nivel de atención.

La conformación de grupos de autoayuda con estos pacientes pretende el desarrollo de grupos maduros capaces de tomar decisiones para el cambio, con la intervención y apoyo de su familia y el equipo de salud, al utilizar

técnicas de educación para adultos con la optimización de los recursos institucionales.

En el Instituto, el 10.8% del total de consultas de Medicina Familiar en el año 2000 correspondió a pacientes con hipertensión arterial, cifra que se elevó al 20.02% en el año 2003. En la consulta de especialidades la cifra en el 2002 fue de 1.67% y en el 2003 de 1.73%. En los servicios de urgencias los porcentajes fluctuaron del 2.13% al 2.19% en el 2002 y 2003, respectivamente.

La hipertensión arterial como motivo de consulta en medicina familiar ocupó el segundo lugar, en consulta de especialidades el 10% y las defunciones por enfermedades hipertensivas el 13°. El 2.6% del total de defunciones en el 2002 y el 4% en el 2003 fueron causadas por la hipertensión arterial.

Por lo que el IMSS formó un programa de grupos de autoayuda para este tipo de pacientes (Grupo de Autoayuda SOHDi), en el 2005. Tiene como propósito integrar grupos de autoayuda con pacientes que padecen Hipertensión (Diabetes, Obesidad y Sobrepeso, entre otros), basados en esquemas de educación para adultos y enfoque psicosocial, de tal manera que favorezcan cambios en su estilo de vida. El objetivo general de estos grupos es lograr junto con los pacientes, cambios en sus estilos de vida que favorezcan un mejor nivel de salud, a través de la operación de una estrategia de grupos de autoayuda.

Los grupos de autoayuda reúnen a personas con problemas y objetivos en común. Dado que los miembros del grupo tienen diferentes niveles de conocimiento y experiencia con el problema, la interacción promueve el aprendizaje y la incorporación de conductas exitosas que funcionan como modelo.

Los grupos de autoayuda vinculan y apoyan la comunicación entre sus integrantes y el equipo de salud. La retroalimentación y el intercambio de experiencias y ayudan a superar los retos que plantea el manejo de la enfermedad crónica. Los grupos desarrollan cohesión a través del tiempo, esto los fortalece y facilita la continuidad de sus tareas.

Estos grupos ofrecen a los enfermos una serie de actividades que favorecen cambios en conducta de autocuidado, que puede en modificar la historia natural de las enfermedades. Se pretende favorecer la rehabilitación social del enfermo, que le permita su desarrollo, facilitando las relaciones entre pacientes y familiares, al ponerlo en contacto con personas que se encuentran en una situación similar, para que intercambien experiencias, se fortalezcan y se apoyen mutuamente.

La estrategia de Grupos de Autoayuda tiene como objetivos responder a las necesidades del paciente y su familia; los pacientes que serán incluidos en los grupos de autoayuda serán aquellos que cursen con descontrol clínico, hipertensos con TA >140/90 mmHg. Estos estarán conformados de 10 a 15 personas, para optimizar el trabajo del equipo y las dinámicas que se realizarán durante las sesiones programas.

La estrategia de grupos de autoayuda en su primera fase consta de 4 sesiones semanales, con una duración de aproximadamente 2 horas, su desarrollo considera tiempos cortos para la proyección de videos que apoya la información que se proporciona.

Cada sesión tiene contenidos y dinámicas específicas:

- *Primera sesión:* Se da un enfoque sobre el manejo de las emociones para la toma de decisiones, presentación personal de cada integrante del grupo, establecimientos de metas, resolución de problemas apoyo familiar, rol del equipo de salud y trabajo grupal.
- *Segunda sesión:* Manejo de los fundamentos nutricionales, preparación de diferentes dietas (menús), manejo de grupos de alimentos e importancia de la buena alimentación.
- *Tercera sesión:* importancia de la realización de ejercicio, efectos del mismo en el control de la enfermedad y rutinas.
- *Cuarta sesión:* Panorama epidemiológico de la enfermedad, importancia del control clínico, respuestas a las preguntas más frecuentes y cifras de control (meta).

Al término de las 4 sesiones los integrantes del grupo de autoayuda son citados cada 3 meses, para sesiones de seguimiento. Como evaluación de las cifras tensionales, principalmente.

“LA META ES EL CONTROL”

Dentro de las actividades que se realizan en estos grupos, están las acciones que se tienen que llevar a cabo los pacientes que ingresan a estos grupos:

- ✓ Establecer una meta final
- ✓ Fragmentarla en pequeños objetivos
- ✓ Establecer los recursos necesarios

El apoyo familiar es también parte de este gran objetivo, donde el familiar a cargo del paciente se dedica a asistir también a las sesiones, refuerza acciones nuevas y sobre todo motiva al paciente. Así como destacar los beneficios del control del paciente, involucrando a todos los miembros de la familia y NO convertirse en tentación y obstáculo del paciente, es decir, integrarse a la dieta, ejercicio y rutina del paciente, con esto se está llevando a cabo la **prevención**.

Dentro del grupo el paciente y otros pacientes con su mismo problema, comparten experiencias, se entienden unos con otros, se motivan para alcanzar sus metas y se dan apoyo para la continuidad en la modificación de los hábitos.

En el grupo se tienen como pilares del control 4 factores:

- 1- Conocimientos
- 2- Ejercicios
- 3- Medicamentos
- 4- Alimentación

Durante las sesiones se explican tips y consejos, para el control y cuidado de la enfermedad, abarcando estos 4 pilares.

OBJETIVO: APOYO EN EL CUIDADO Y MATENIMIENTO DE LA SALUD

TRABAJO CONJUNTO:



“LA META ES EL CONTROL”

HIPERTENSION ARTERIAL (HTA o HAS)

La hipertensión arterial esencial (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía de 13% al 21%. El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida; sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.

El fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.

La hipertensión arterial (HTA) se define como “la elevación de la presión arterial (TA) mantenida por encima de los límites considerados por convenio normales, a partir de los cuales el beneficio del tratamiento supera los posibles riesgos de la omisión del mismo”.

La hipertensión arterial en nuestro país en el adulto tiene una prevalencia del 12 al 21% y en más del 90% de los casos es idiopática; las crisis hipertensivas se presentan en la hipertensión esencial preexistente y en 1% de la población hipertensa crónica, es más frecuente en el sexo masculino y en la raza negra y común entre pacientes mayores de 50 años.

La encuesta Nacional de Salud 2000 encontró que 30.05% de la población en México entre las edades de 10 y 69 años, es hipertensa, con una prevalencia que se incrementa con la edad hasta 59.5% en población entre 65 y 69 años.

COMPORTAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN MEXICO	
Prevalencia	30.05%
Conocimiento previo	39%
Hipertensos controlados	19.4%
Varones Hipertensos	34.2%
Mujeres Hipertensas	26.3%
Estados del norte	34%
Estados del sur	27%

La prevalencia de HTA en la mujer después de los 50 años alcanza y supera al varón Excepto Tabasco y Yucatán, donde supera 30%

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud 2000.

Frecuencia con la cual los distintos Factores de Riesgo coinciden en el paciente hipertenso:

- Diabetes Mellitus en HTA , 16.4%
- HTA en Diabetes mellitus, 46.2%
- Hipertensos que fuman, 36.6%
- Fumadores hipertensos, 34.1%
- Obesos hipertensos, 46.8%
- Hipertensos obesos, 38%

Reclasificación HTA-JNC 2003

PAS	PAD	CLASIFICACIÓN
<120	<80	NORMAL
120-139	80-89	PRE HIPERTENSIÓN
140-159	90-99	HIPERTENSIÓN ETAPA 1
>160	>100	HIPERTENSIÓN ETAPA 2

Dentro de los factores que provocan Hipertensión Arterial se encuentran:

- a) **Peso:** El sobrepeso se relaciona de manera estrecha con la HTA, en particular la obesidad central con aumento de la grasa visceral. A su vez, la reducción de peso se acompaña de reducción de las cifras de presión arterial. La obesidad incrementa el gasto cardiaco, tanto por el gasto adicional que necesita el tejido adiposo extra, como el gasto a varios órganos que esta aumentado. La grasa periabdominal es más “activa” de manera metabólica y responde a la estimulación simpática con liberación de ácidos grasos de cadena corta, que condicionan más hiperinsulinemia y resistencia a la insulina.
- b) **Estrés:** Desde hace varios años se conoce la relación este estrés psicológico y morbilidad cardiovascular. La reacción de defensa y ataque, esencial para la supervivencia del ser humano cuando habitaba en las cavernas se acompaña de hiperactividad simpática, si la situación que da origen a dicha reacción es constante. La personalidad tipo A, la presencia de agresión internalizada, no exteriorizada o ambas, y la hostilidad, son comunes entre paciente hipertensos, que también se presenta sobreactividad simpática.
- c) **Edad:** La prevalencia de la hipertensión arterial se incrementa con la edad; se sabe que los cambios estructurales que sufren las arterias con el envejecimiento reducen la elasticidad de las mismas e incrementan su rigidez, lo cual aumenta las resistencias periféricas.
- d) **Herencia:** La etiología de la HTA continúa siendo desconocida, sin embargo, diversos estudios realizados en la segunda mitad del siglo XX dejan en claro que la hipertensión arterial es una enfermedad genética poligénica. Se conocen alrededor de 10 genes cuyas mutaciones pueden condicionar hipertensión es un patrón mendeliano, al incrementar la reabsorción de sodio. En 1999 se describe una alteración en el receptor $\beta 1$ (Arg389), la cual condiciona mayor gasto cardiaco y aumento de las cifras de presión arterial en sujetos homocigóticos al gen. Por otra parte, también se encontró que alteraciones en el gen receptor $\beta 2$ (Arg16gly) se relacionan con la hipertensión al reducir el efecto vasodilatador de la estimulación $\beta 2$.
- e) **Otros:** Efectos del sodio, potasio, calcio, magnesio, resistencia a la insulina, y otras hormonas y causas secundarias, no serán tratadas en este estudio, ya que no son de importancia para el desarrollo del mismo.

El primer paso para el DIAGNÓSTICO correcto de la Hipertensión Arterial es la medición adecuada de las cifras de presión arterial, con una base de recomendaciones establecidas

Una vez diagnosticado. Evaluado y estratificado, el paciente hipertenso debe recibir TRATAMIENTO, el cual deberá reducir las cifras de presión arterial. Este manejo incluye siempre las modificaciones al estilo de vida y puede requerir fármacos antihipertensivos. Un buen apego a las modificaciones al estilo de vida puede disminuir la presión arterial hasta 20%, las recomendaciones específicas deberán adecuarse a cada paciente

OBJETIVOS

● GENERAL

- Determinar la calidad de vida del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.

● ESPECIFICOS

- Determinar la Función Física del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Identificar el Rol Físico del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Determinar el Dolor Corporal del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Identificar la Salud General del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Identificar la Vitalidad del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Determinar la Función Social del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Determinar el Rol Emocional del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Identificar la Salud Mental del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.
- Determinar las características sociodemográficas del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33.

METODOLOGIA

✦ **SUJETOS**

Se realiza el presente estudio con pacientes derechohabientes del Instituto, es decir, pacientes que acuden a los Grupos de Autoayuda en la UMF 33 “El Rosario”.

✦ **MATERIAL Y MÉTODOS**

Dentro del material y métodos que se ocuparán estarán:

- ✦ Pacientes integrantes de los Grupos de Autoayuda Hipertensos.
- ✦ Recopilación de la información sobre la Calidad de Vida, de los Grupos de Autoayuda del IMSS y la Hipertensión Arterial, en libros, guías, revistas, Internet.
- ✦ Ayuda y cooperación del Personal Médico y de Trabajo Social.
- ✦ Cuestionarios-Encuestas validados, en los cuales el paciente escogerá la opción que crea la más apropiada para su caso.
- ✦ Se realizará un Estudio OBSERVACIONAL PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO, ABIERTO.
- ✦ Ayuda de la Computadora y Programas para la realización del Protocolo, los Resultados y Conclusiones.

✦ **CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO**

El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), “El Rosario”, México, D. F. Con los integrantes del Grupo de Autoayuda de los Hipertensos. Es una clínica de primer nivel de atención donde llegan de primera instancia pacientes hipertensos, los cuales acuden a control mensual (principalmente) así como aquellos que son integrantes del Grupo de Autoayuda, acuden a las pláticas impartidas por el personal de Salud que apoya y el personal de Trabajo Social de la Unidad. Y se les orienta en diversos aspectos acerca de su enfermedad.

✦ **DISEÑO**

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se llevará a cabo será un Estudio OBSERVACIONAL, se define como aquel donde se presentan los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables.

POR LA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Es un Estudio PROSPECTIVO o Prolectivo, el cual se define previamente y con precisión la forma de recolección de datos se plantea a futuro. La información se recolecta en cuestionarios diseñados.

POR LA MEDICION DEL FENOMENO DEL TIEMPO

Por las características del estudio y la propuesta será un Estudio TRANSVERSAL, en el cual no se hace seguimiento, las variables de resultado son medidas una sola vez.

POR LA PRESENCIA DE UN GRUPO CONTROL

Se realiza un estudio DESCRIPTIVO, en el cual se estudia un solo grupo, no se hacen comparaciones.

POR LA DIRECCIÓN DEL ANALISIS

Será un estudio TRANSVERSAL O ENCUESTA, en donde no se toma en cuenta la dirección del análisis, sólo se trata de establecer asociación. Se hace una medición en el tiempo de las variables en estudio.

POR LA CEGUEDAD EN LA APLICACIÓN Y EVALUACION DE LAS MANIOBRAS

Será un estudio ABIERTO, ya que el investigador conoce las condiciones de aplicación de la maniobra y resultado de las variables de resultado.

✦ **GRUPOS DE ESTUDIO**

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

➤ **Criterios de Inclusión:**

- a) Pacientes Hipertensos
- b) Que acudan al grupo de autoayuda en la UMF 33 del IMSS
- c) Cualquier edad, sexo u ocupación

➤ **Criterios de Exclusión:**

- a) Pacientes diabéticos exclusivamente
- b) Pacientes obesos o con sobrepeso exclusivamente

➤ Criterios de Eliminación:

- a) Pacientes que no cumplan con el 80% de Asistencia a las Sesiones
- b) Pacientes que no quieren participar en el Estudio

➤ **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Dentro de este estudio el tamaño de la muestra serán los pacientes hipertensos del Grupo de Autoayuda.

➤ **DEFINICION, TIPO Y MEDICION DE LAS VARIABLES**

● CALIDAD DE VIDA

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Es la sensación de bienestar físico, emocional, psíquico y social que puede ser experimentado por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. Se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas de cada persona en un determinado tiempo y lugar. Para evaluar la Calidad de Vida, se emplean instrumentos que abarcan diferentes dominios, determinados por los contextos sociales, culturales y económicos.

La evaluación del concepto presenta enfoques de investigación: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Se han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones:

1. **Función Física:** mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
2. **Rol Físico:** valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento

menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

3. Dolor Corporal: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.

4. Salud General: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

5. Vitalidad: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.

6. Función Social: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

7. Rol Emocional: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

8. Salud Mental: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

● **DEFINICION OPERACIONAL:** La Calidad de Vida es un concepto relacionado con el bienestar biosicosocial de todo individuo sano o con algún tipo de patología. La calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos.

1. Función Física: Realización de actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud.

2. Rol Físico: Problemas con el trabajo u otras actividades diarias.

3. Dolor Corporal: Dolor o limitaciones debidas al dolor.

4. Salud General: Evalúa la salud personal.

5. Vitalidad: Cansancio, agotamiento/entusiasmo, energía.

6. Función Social: Actividades sociales debido a problemas físicos o emociones.

7. Rol Emocional: Problemas con el trabajo u otras actividades diarias.

8. Salud Mental: Sensación de nerviosismo, depresión/paz, felicidad y calma.

● **TIPO:** Nominal

- **MEDICIÓN:** Se les dará puntaje a las 10 preguntas de la Encuesta SF-36 Modificada, es un instrumento autoaplicado, por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida). El resultado máximo de 100 se logra cuando no se notifican incapacidad alguna.

<40 = MALA
40-80 = REGULAR
> 80 = BUENA

▶ **PREGUNTAS DE LA ENCUESTA SF-36 Modificada:**

- 1 / 2 = Salud General = 20 PUNTOS
- 3 = Función Física = 10 PUNTOS
- 4 = Rol Físico = 10 PUNTOS
- 5 = Rol Emocional = 10 PUNTOS
- 6 = Salud Mental = 10 PUNTOS
- 7 / 8 = Dolor Corporal = 20 PUNTOS
- 9 = Vitalidad = 10 PUNTOS
- 10 = Función Social = 10 PUNTOS

● **GRUPOS DE AUTOAYUDA:**

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Son organizaciones de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales, diseñadas para lograr cambios en los estilos de vida que favorezcan un mejor nivel de salud.

Los objetivos fueron reducir la morbilidad y mortalidad mediante la prevención de factores de riesgo por medidas específicas o por acción educativa y mejoramiento del medio ambiente, así como disminuir la gravedad de la patología crónica.

Pretende crear una cultura de salud que favorezca la participación comunitaria mediante líneas encaminadas a mejorar el medio ambiente, alimentación, higiene, ejercicio físico, salud mental, uso del tiempo libre, seguridad en el hogar, vía pública, escolar y laboral.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Los Grupos de Ayuda surgen como una estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento. Cada uno de sus miembros recibe el debido reconocimiento por sus logros en el control de la enfermedad. De esa manera se fortalece la autoestima de cada paciente. Los grupos de autoayuda permiten

el intercambio de experiencias entre los pacientes; esta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad. La principal función de los grupos de autoayuda es garantizar a cada uno de sus integrantes un buen control metabólico.

● TIPO: Nominal.

MEDICIÓN: Determinar si cumple las características de un Grupo de Autoayuda conforme a los resultados de la Encuesta SF-36 Modificada

>65 PUNTOS = FUNCIONA
35 - 65 PUNTOS = NO INFLUYE
<35 PUNTOS = NO FUNCIONA

➡ DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO y ABIERTO, que se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar no. 33 “El Rosario”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio de encuestas que se realizadas a los pacientes integrantes del Grupo de Autoayuda de Hipertensos, de forma anónima al final de las 4 sesiones, previa firma del Consentimiento Informado, donde autorizan la realización de dicha encuesta. Ya con los datos recabados se procederá al análisis de los resultados con ayuda de Programas de Cómputo y Aplicación de Estadística Elemental.

➡ ANALISIS DE DATOS

- La forma de captura de los datos será por encuestas ya validadas (Encuesta SF-36 modificada) de forma anónima.
- Los datos se describirán de forma clara (preguntas directas, de acuerdo a la Encuesta SF-36 modificada).
- Los resultados se representaran con tablas y gráficas de cada una de las variables, contando con la ayuda de Programas de Computadora (Excel) así como Estadística Descriptiva.

➡ FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Por las características del estudio, es fácil el acceso a los sujetos en estudio y la recolección de los datos. No se requiere del consentimiento informado por

escrito ya que no invade la vida personal del paciente, ni se realizarán procedimientos invasivos. Únicamente se requiere la autorización del paciente para realizar la encuesta (Consentimiento Informado).

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente". La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

➡ RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIEROS

- Humanos: Médico Residente que realizará el estudio, Médicos Asesores que supervisarán el Protocolo y la Tesis, Pacientes integrantes de los Grupos de Autoayuda y Personal de Salud a cargo del los Grupos de Autoayuda, así como Personal de Trabajo Social.
- Físicos: Encuestas, papel, lápices o bolígrafos, maquina de escribir y computadora personal. (Material de papelería)
- Financieros: Costos de los materiales.

RESULTADOS

Se realizó un estudio OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO y ABIERTO, que se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio de encuestas que se realizaron a los pacientes integrantes del Grupo de Autoayuda de Hipertensos, de forma anónima al final de las 4 sesiones.

Se obtuvo una muestra total de 48 integrantes del Grupo de Autoayuda de Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Sobrepeso. Se excluyeron pacientes diabéticos, con sobrepeso/obesidad únicamente, se eliminaron pacientes que no cumplieron el 80% de la asistencia, no hubo pacientes que no aceptaran que se les realizará la encuesta; a todos los pacientes se les informó el tipo de estudio, autorizaron y firmaron previamente el Consentimiento Informado.

De un total de 48 pacientes integrantes del Grupo de Autoayuda, los pacientes incluidos (Hipertensos) fueron 18; pacientes excluidos Diabéticos 6, con Obesidad/Sobrepeso 11 y pacientes eliminados por no cumplir el 80% de asistencia 13, no se eliminaron pacientes que no aceptaran realizar la encuesta. *[Tabla No. 1 y Gráfica No. 1]*

Para evaluar la Calidad de Vida en el paciente que acude al Grupo de Autoayuda de Hipertensos contamos con la Encuesta SF-36 Modificada.

La **SALUD MENTAL**, de los 18 pacientes incluidos sólo un paciente obtuvo un puntaje máximo de 20 puntos y un mínimo de puntaje de 6 puntos por un total de 2 pacientes. Siendo el promedio del puntaje del ítem de 11 puntos, por lo que los pacientes. *[Gráfica No. 2]*

La **FUNCION FISICA** el promedio en la población de estudio fue de 5 de un total de 10 puntos, 2 pacientes obtuvieron la puntuación máxima, siguiendo 3 pacientes con un puntaje de 9 y contrarrestando a estos 3 pacientes con un puntaje mínimo de 1. *[Gráfica No. 3]*

El **ROL FISICO** obtuvo una puntuación de 5 pacientes con un puntaje máximo, pero 3 pacientes con puntaje de 0. Con un promedio de 5.1. *[Gráfica No. 4]*

El **ROL EMOCIONAL** obtuvo un promedio de 5, con 6 pacientes con puntaje máximo y 5 pacientes con 0 de puntos. *[Gráfica No. 5]*

La **SALUD MENTAL** el promedio de puntos es 7, con 6 pacientes con máximo puntaje, y 2 pacientes con 2 puntos y 2 pacientes con 0 puntos. *[Gráfica No. 6]*

El **DOLOR CORPORAL** se evaluó con 2 preguntas, por lo que el puntaje máximo es de 20 puntos. Con un promedio de 12 puntos, 3 pacientes obtuvieron el puntaje máximo y 1 paciente con 0 puntos. *[Gráfica No. 7]*

La **VITALIDAD** su promedio es de 4, con un total de 2 pacientes con puntaje máximo y 7 pacientes con 0 puntos. *[Gráfica No. 8]*

La **FUNCION SOCIAL** con 5 pacientes con puntaje máximo y con 4 pacientes por debajo de los 4 puntos (2 de 4 puntos, 1 de 2 puntos y 1 de 0 puntos) con un promedio de 7 puntos. [Gráfica No. 9]

De un total de 100 puntos, el promedio de los 18 pacientes fue de 55.7 puntos, siendo los ítems mejores evaluados la FUNCION SOCIAL y la SALUD MENTAL. Con 6 pacientes que sobrepasaron los 70 puntos al calificar las encuestas, uno de ellos con un puntaje de 91, de un total de 18 pacientes y 4 pacientes con calificación menor de 40 puntos, uno de ellos con un puntaje de 11.5 puntos de 100, siendo un total de 10 pacientes; el resto (8 pacientes) oscilan dentro de los 41-69 puntos. [Tabla No.2 y Gráfica No. 10]

De un total de 18 pacientes 4 obtuvieron una Calidad de Vida MALA; 13 pacientes una Calidad de Vida REGULAR y 1 paciente una Calidad de Vida BUENA.

Con los resultados obtenidos de la Encuesta SF-36 Modificada, concluimos que la CALIDAD DE VIDA de los Pacientes que acuden a los Grupos de Autoayuda de Hipertensos es **REGULAR**, ya que según el promedio de los puntos obtenidos de la encuesta, *55.7 puntos*, de un total de 100, se califica como regular según lo acordado: [Tabla No. 3 y Gráfica No. 11]

Los pacientes incluidos oscilan en una **edad** entre los 43-76 años, con un promedio de 61 años, dentro del grupo etáreo al que pertenecen es al Grupo del Adulto Mayor. Se encontró una incidencia de 61 a 70 años, con número de 8 pacientes, 4 dentro de los 51-60 años, y 3 pacientes de edad entre los 40-50 años y 3 pacientes para más de 71 años. [Tabla No. 4 y Gráfica No. 12]

Dentro de la **población** en estudio tenemos individuos del sexo femenino y masculino, observando predominio del sexo femenino con un puntaje de 14 mujeres y 4 hombres. [Tabla No. 5 y Gráfica No. 13]

Dentro de la **ocupación**, los pacientes que más acuden son aquellos que se encargan al hogar (12 pacientes), en su mayoría son pacientes del grupo del adulto mayor, le siguen los empleados (4 pacientes), menores de 60 años y por ultimo un pacientes obrero y un paciente jubilado. [Tabla No. 6 y Gráfica No. 14]

Dentro de la **escolaridad** de los pacientes, se observa una tendencia por los del nivel escolar primaria (8 pacientes) ya que los pacientes de mayor escolaridad no acuden a estos programas, los siguientes son los pacientes con escolaridad técnica (5 pacientes), siguiendo los sin escolaridad (3 pacientes) y por ultimo un paciente con preparatoria y uno con licenciatura. [Tabla No. 7 y Gráfica No. 15]

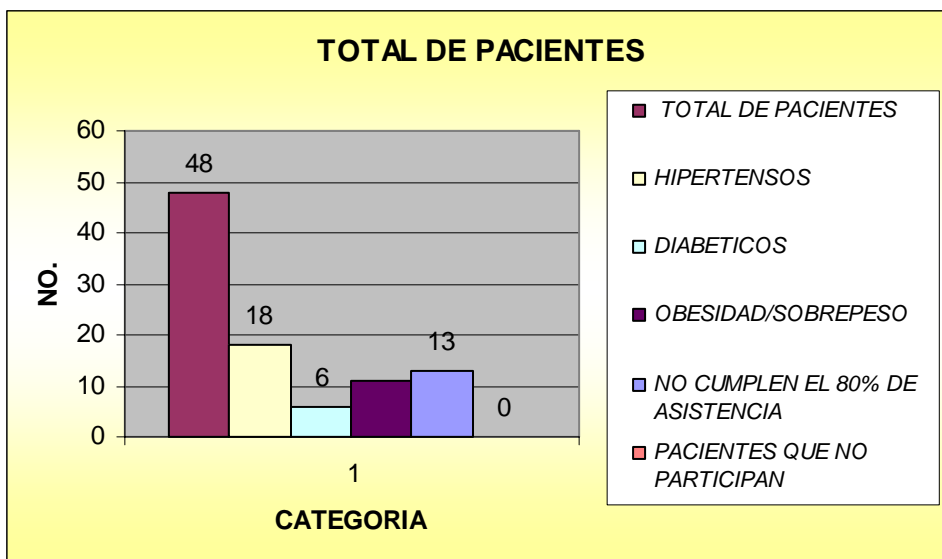
Según el **estado civil** los pacientes casados son los que más acuden a estos, en un total de 10 pacientes. Siguiéndolos el grupo de los viudos (6), y después un divorciado y un paciente soltero. [Tabla No.8 y Gráfica No.16]

TABLA NO. 1

TOTAL DE PACIENTES	HIPERTENSOS	DIABETICOS	OBESIDAD/SOBREPESO	NO CUMPLEN EL 80% DE ASISTENCIA	PACIENTES QUE NO ACEPTAN REALIZAR LA ENCUESTA
48	18	6	11	13	0

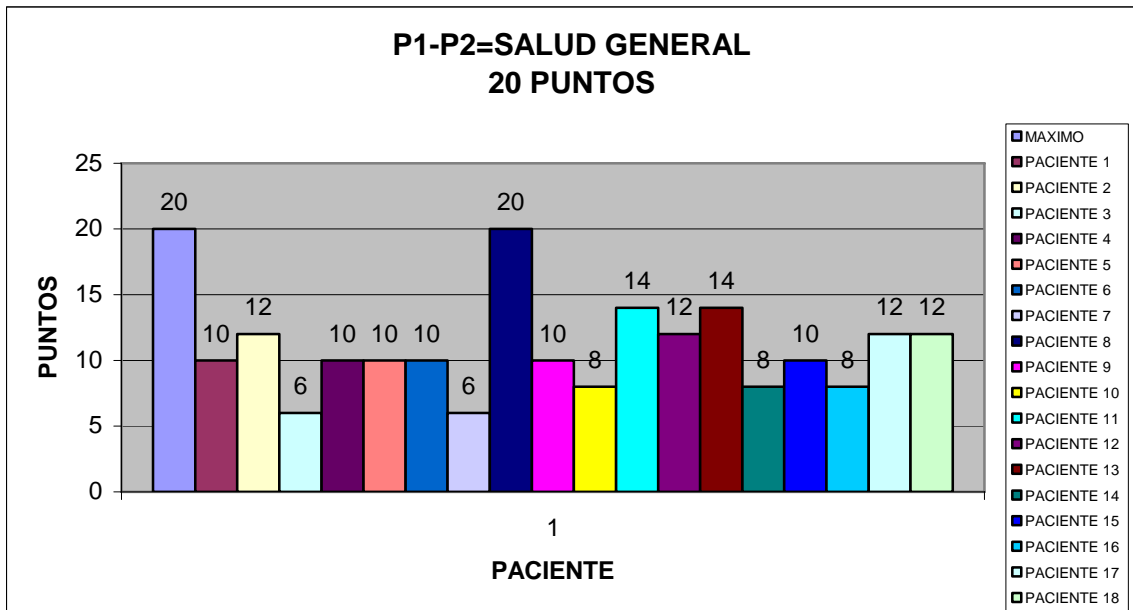
FUENTE: Grupo de Autoayuda UMF 33

GRAFICA NO. 1



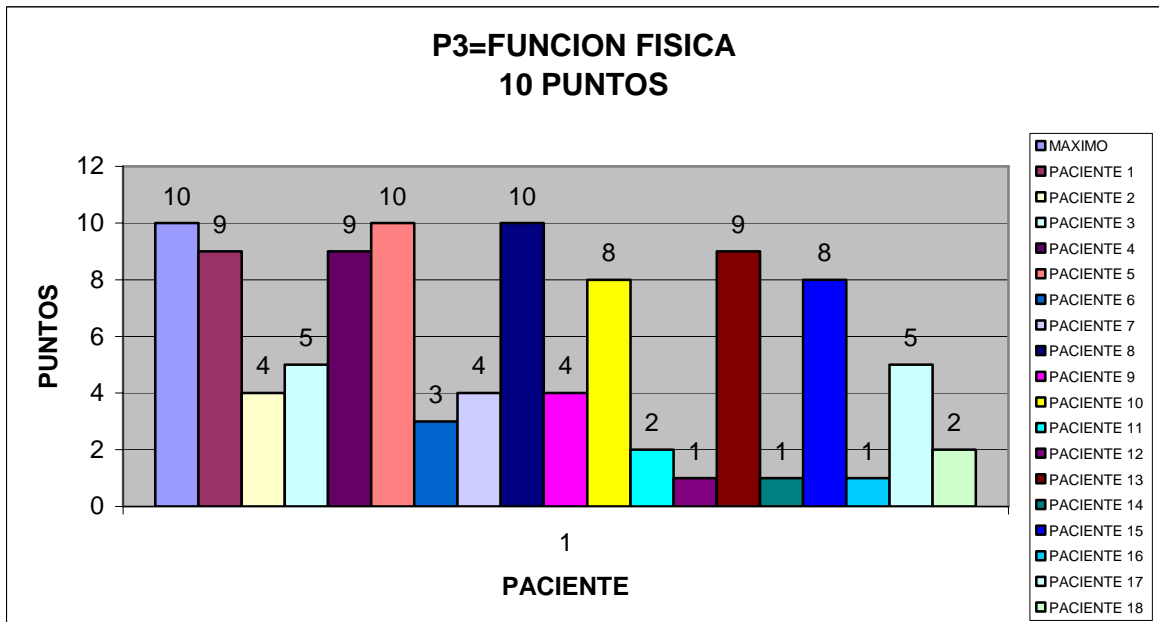
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 2



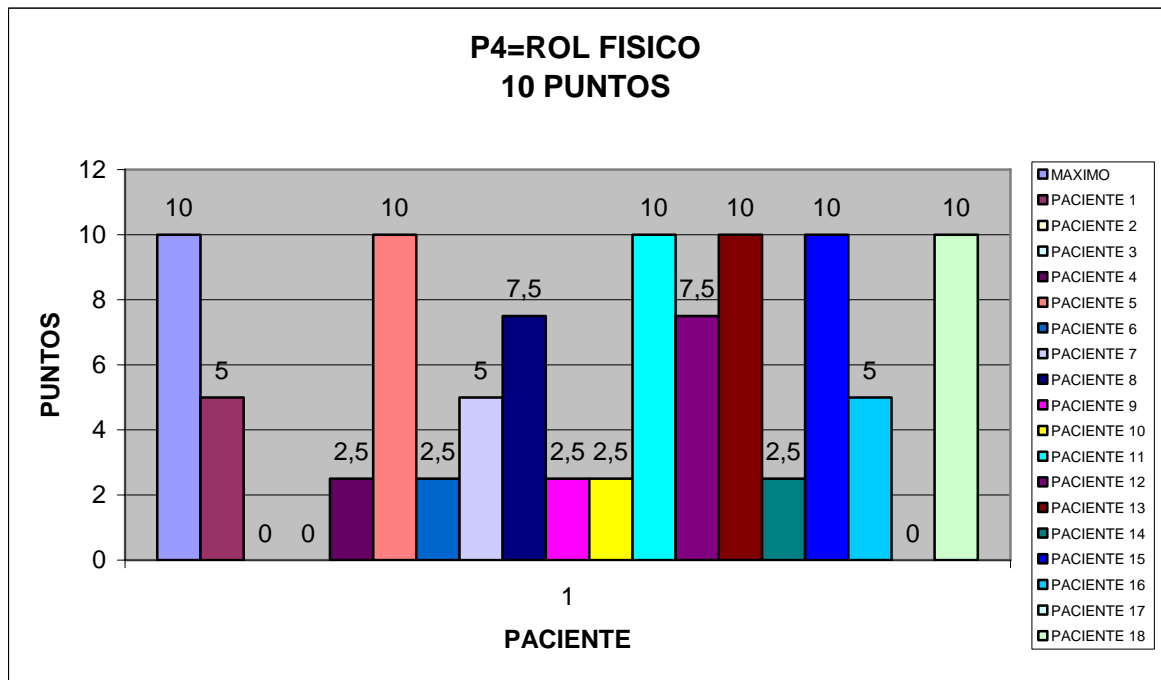
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 3



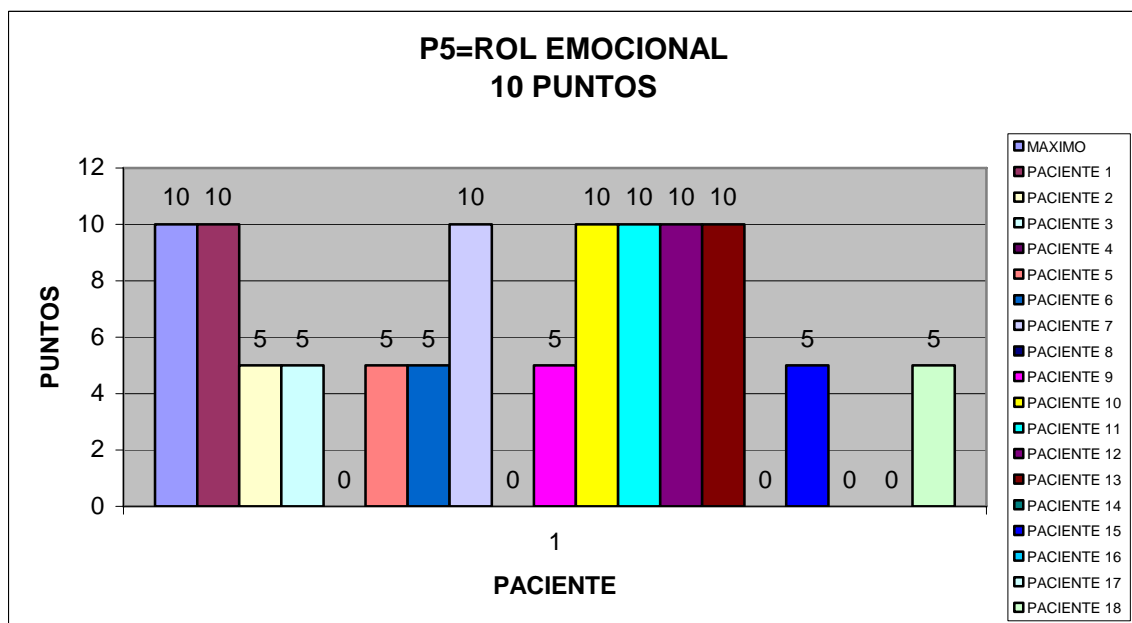
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 4



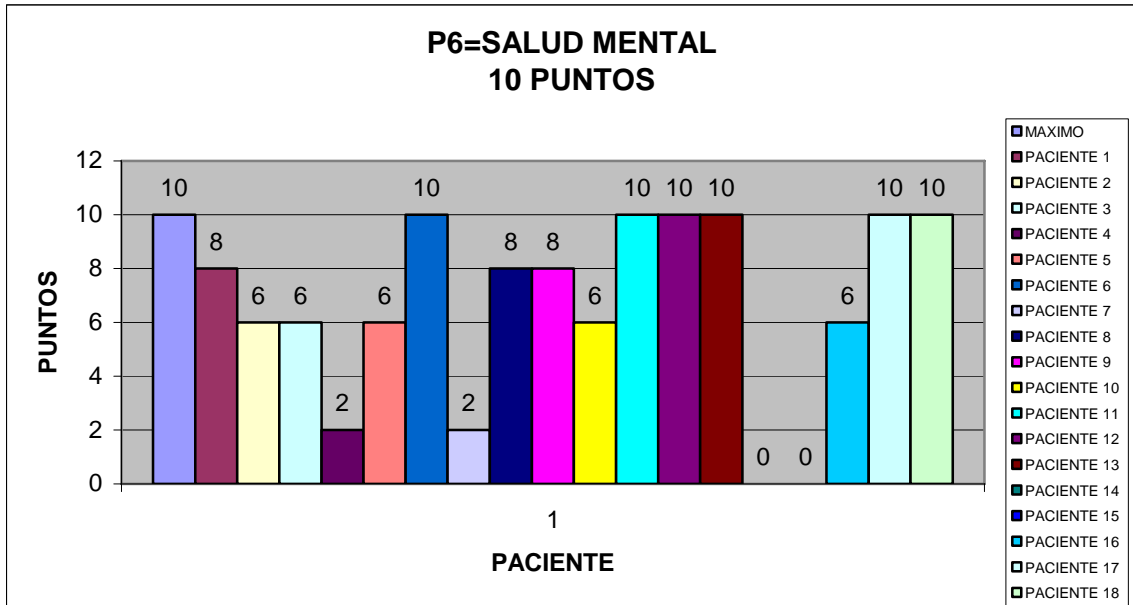
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 5



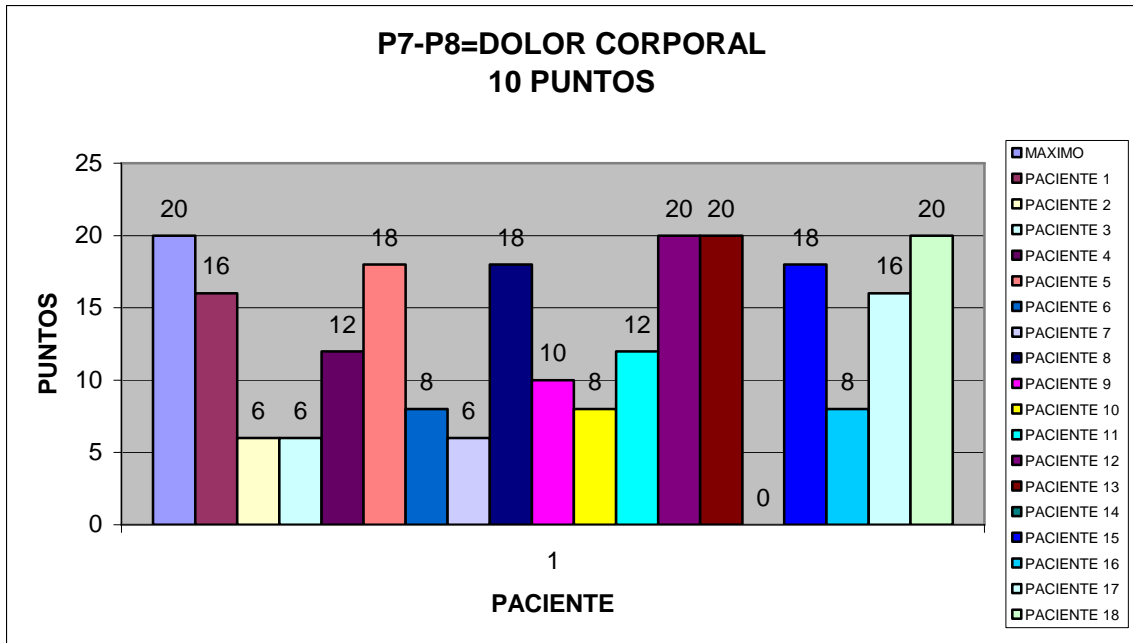
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 6



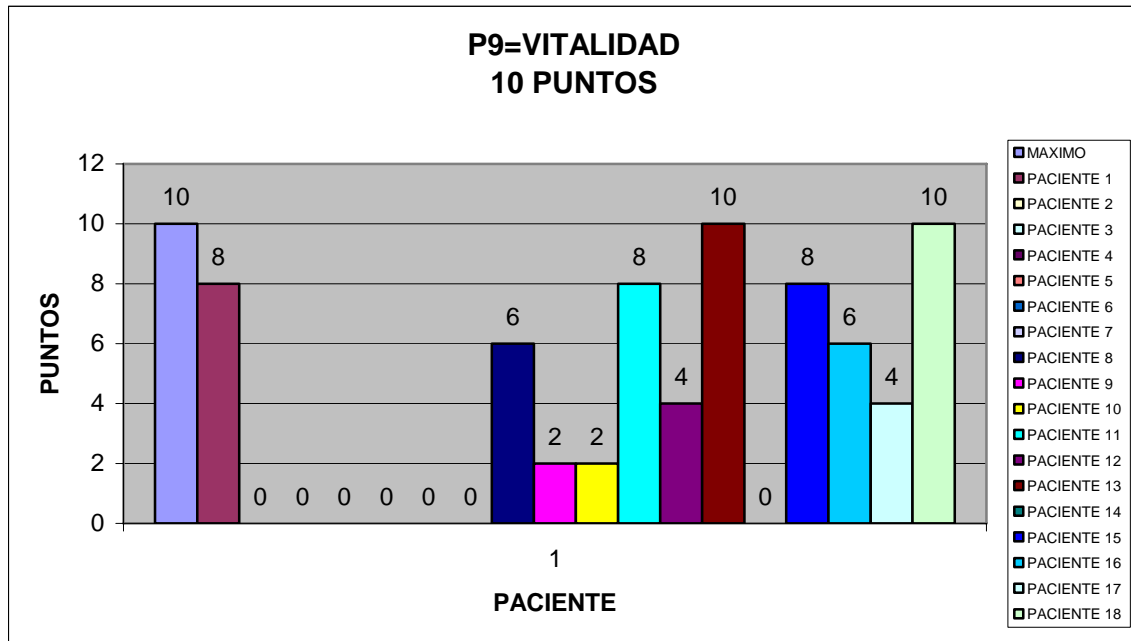
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 7



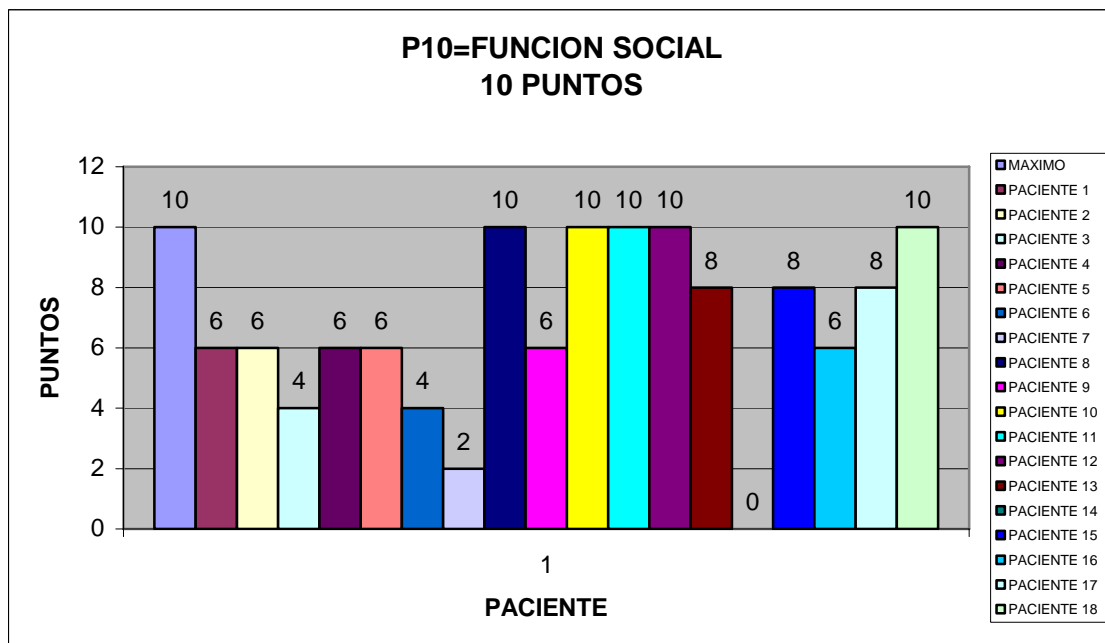
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 8



FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 9



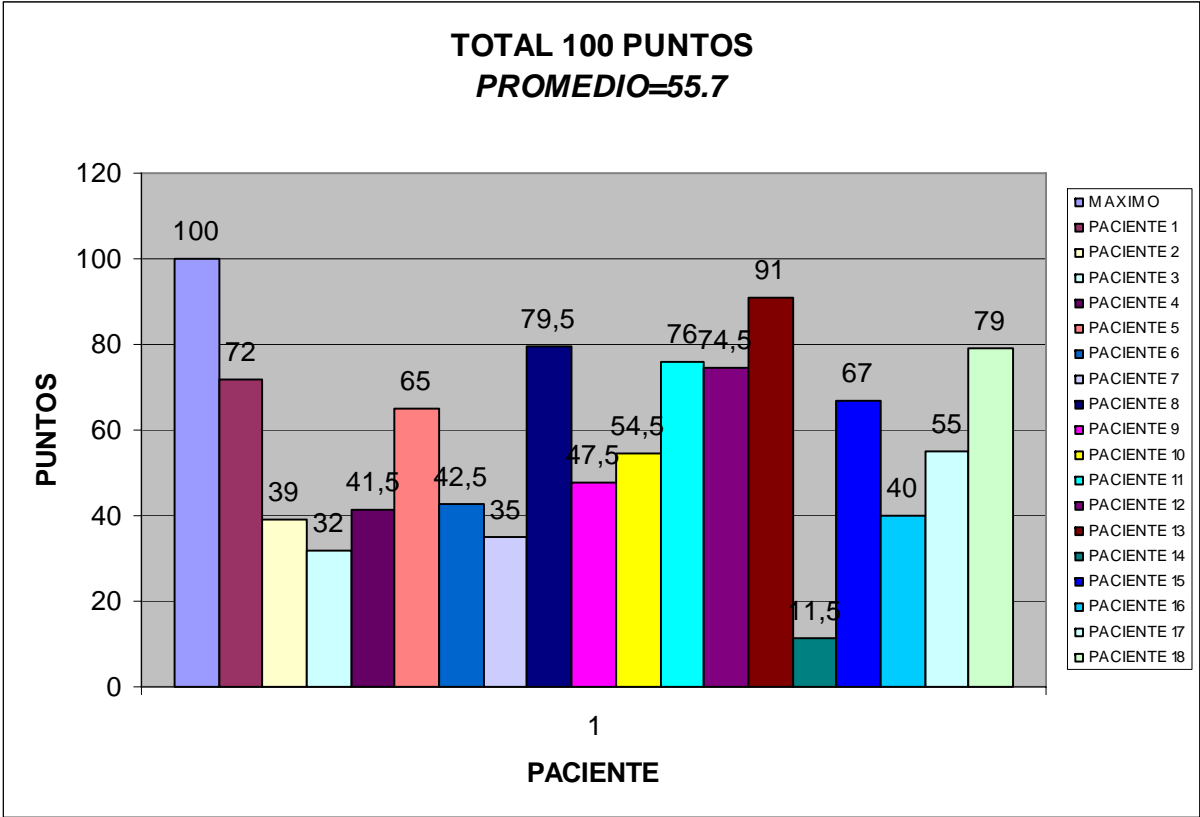
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

TABLA NO. 2

<i>PACIENTE</i>	<i>P1-P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7-P8</i>	<i>P9</i>	<i>P10</i>	<i>Total</i>
<i>MAXIMO</i>	20	10	10	10	10	20	10	10	100
<i>PACIENTE 1</i>	10	9	5	10	8	16	8	6	72
<i>PACIENTE 2</i>	12	4	0	5	6	6	0	6	39
<i>PACIENTE 3</i>	6	5	0	5	6	6	0	4	32
<i>PACIENTE 4</i>	10	9	2,5	0	2	12	0	6	41,5
<i>PACIENTE 5</i>	10	10	10	5	6	18	0	6	65
<i>PACIENTE 6</i>	10	3	2,5	5	10	8	0	4	42,5
<i>PACIENTE 7</i>	6	4	5	10	2	6	0	2	35
<i>PACIENTE 8</i>	20	10	7,5	0	8	18	6	10	79,5
<i>PACIENTE 9</i>	10	4	2,5	5	8	10	2	6	47,5
<i>PACIENTE 10</i>	8	8	2,5	10	6	8	2	10	54,5
<i>PACIENTE 11</i>	14	2	10	10	10	12	8	10	76
<i>PACIENTE 12</i>	12	1	7,5	10	10	20	4	10	74,5
<i>PACIENTE 13</i>	14	9	10	10	10	20	10	8	91
<i>PACIENTE 14</i>	8	1	2,5	0	0	0	0	0	11,5
<i>PACIENTE 15</i>	10	8	10	5	0	18	8	8	67
<i>PACIENTE 16</i>	8	1	5	0	6	8	6	6	40
<i>PACIENTE 17</i>	12	5	0	0	10	16	4	8	55
<i>PACIENTE 18</i>	12	2	10	5	10	20	10	10	79
<i>PROMEDIO</i>	11	5	5,1	5	7	12	4	7	55,7

FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 10



FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

TABLA NO. 3

CRITERIO	CALIDAD DE VIDA	
< 40	MALA	4
40-80	REGULAR	13
>80	BUENA	1

FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO.11



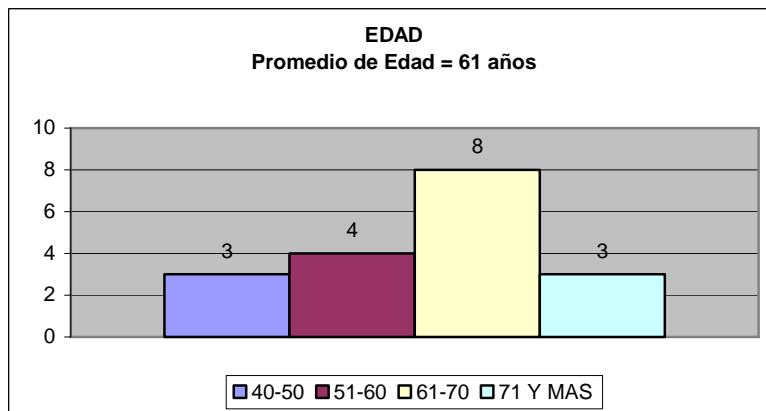
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

TABLA NO. 4

EDAD	
40-50	3
51-60	4
61-70	8
71 Y MAS	3

FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO.12



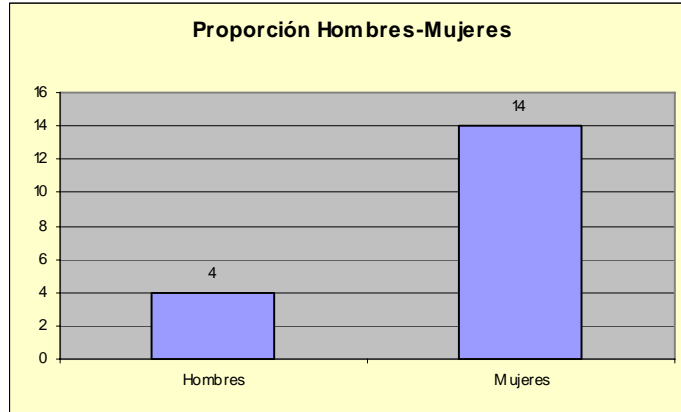
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

TABLA NO. 5

SEXO	
Hombres	4
Mujeres	14

FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 13



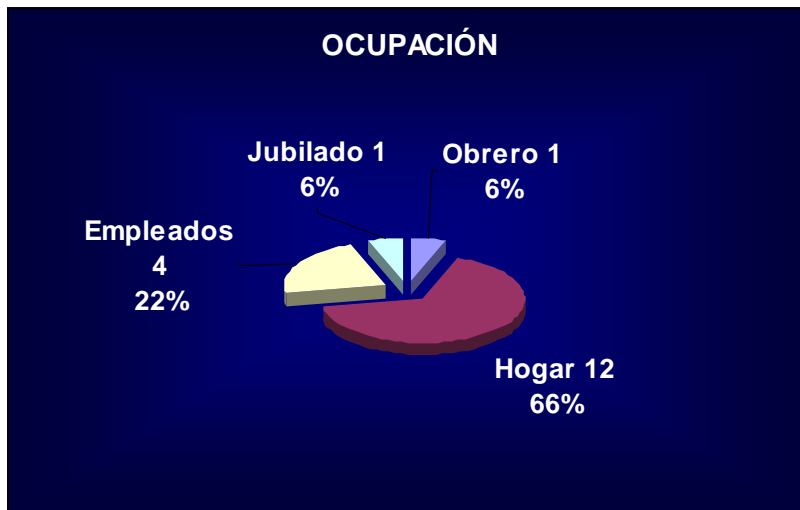
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

TABLA NO. 6

OCUPACIÓN	
Obrero	1
Hogar	12
Empleados	4
Jubilado	1

FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 14



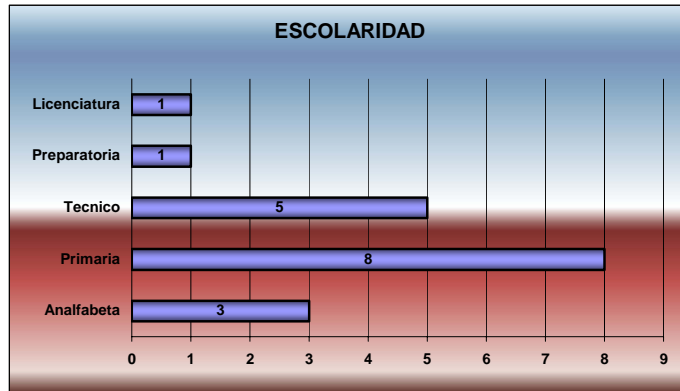
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

TABLA NO. 7

ESCOLARIDAD	
Analfabeta	3
Primaria	8
Técnico	5
Preparatoria	1
Licenciatura	1

FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 15



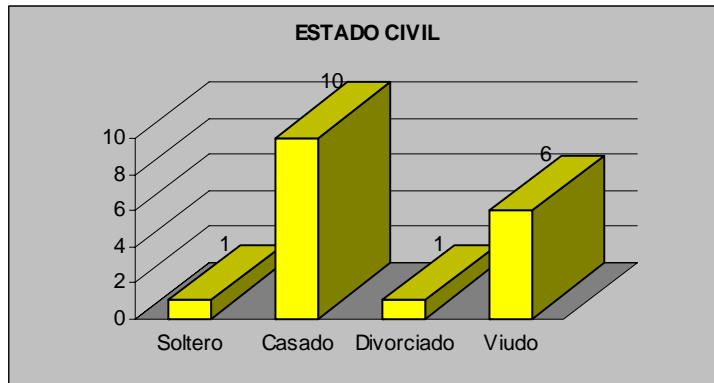
FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

TABLA NO. 8

ESTADO CIVIL	
Soltero	1
Casado	10
Divorciado	1
Viudo	6

FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

GRAFICA NO. 16



FUENTE: Encuesta SF-36 Modificada

DISCUSIÓN

Dentro de la población total de la UMF 33 “El Rosario”, IMSS (2006), tenemos una población total de 162 095 personas, de las cuales la población que entra dentro del grupo de edad estudiado (40-79 años) es de 59 796, de estos un porcentaje de aproximadamente 50% son pacientes hipertensos, de los cuales solo 216 pacientes, en promedio, acuden a los grupos de autoayuda en un año, con promedio de 18 pacientes por mes, siendo un 0.3% de la población de ese grupo de edad.

Inicialmente la Calidad de Vida se evaluó con Escalas y Encuestas. La primera escala desarrollada fue la de Karnofsky, que en su inicio se desarrolló para pacientes con cáncer, posteriormente se utilizó para pacientes con padecimientos crónicos. Conforme ha crecido la necesidad de evaluar el impacto de la enfermedad y de los tratamientos de los padecimientos, también se ha incrementado la necesidad de evaluar la calidad de vida del paciente ya que el aumento de la alta tasa de desempleo afecta a la población, que trabaja en el sector informal, con salarios bajos, y sin los beneficios de la seguridad social. Así como el nivel de educación influye para las oportunidades de empleo, el autocuidado y la salud en general. Todos estos factores sociales afectan negativamente tanto a la salud como a la calidad de vida de una persona en su comunidad. Según los estudios realizados la Calidad de Vida se mide por medio de la función física, es estado psicológico, la función e interacción social y los síntomas físicos, por lo que en 1991 se inició un proyecto internacional que evalúa la Calidad de Vida, se realizó un instrumento denominado Encuesta de Salud SF-36, que se utilizó para evaluar la Calidad de Vida de nuestros pacientes que asisten a los grupos de autoayuda, donde en nuestros pacientes observamos que la Salud Mental (7 puntos de 10) y la Función Social (7 puntos de 10) son los aspectos mejor evaluados ya que sobrepasan del promedio medio del valor de se asigna a cada ítem. La Revista de Salud Pública de México en 1999 evaluó cada uno los ítems con la ayuda de la Encuesta SF-36, se aplicó a 257 participantes voluntarios de una clínica médica y a un grupo control de una institución gubernamental, la escala con más bajo promedio fue la de salud general 6 puntos, y la más alta, la de rol físico 9 puntos. En la población control la escala con promedio más alto fue función física 9 puntos, y la más baja, salud general 7 puntos. Al comparar estos resultados con lo que obtuvimos difieren los aspectos estudiados, dándonos cuenta que la población mexicana es diversa y cambia con cada tiempo y según las características demográficas de cada paciente (edad, sexo, ocupación, escolaridad y estado civil).

La calidad de vida de nuestros pacientes fue regular en 13 pacientes del total de 18 asistentes. En un estudio de la Revista de Salud Pública de México del 2002, se realizó un estudio sobre la calidad de vida en las 25 ciudades más grandes de la República Mexicana, se encuestó en forma aleatoria a 5 504 personas, el

promedio ponderado dio un índice general de calidad de vida de 68 puntos ubicando a la ciudad de Aguascalientes en el primer lugar con un porcentaje de 79 y a la Ciudad de México en último lugar con 54 puntos. Por lo que observamos que no difiere el resultado en estudios nacionales con el estudio que se realizó en la UMF 33 del IMSS en el D. F. Otro estudio donde se evaluó apacientes hipertensos es el “Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire”, en EUA, realizado con la Encuesta SF-36 en el año 2000, donde el promedio de estos paciente fue de 77 puntos, comparando este resultado con los obtenidos en encuestas nacionales observamos que es similar la calidad de vida del paciente estadounidense con el paciente mexicano, pero al compararlo con nuestro grupo de pacientes nos damos cuenta que si hay diferencias, aunque hay que tomar en cuenta que la muestra de ese estudio es mayor que la de nuestro estudio.

Para poder evaluar la Calidad de Vida tomamos a los pacientes que asisten a los Grupos de Autoayuda (SOHDi), las sesiones de los grupos de la UMF 33 son impartidas por el personal de Trabajo Social, con apoyo de material audiovisual que se imparte en cada una de las sesiones (un total de 4), la literatura refiere que consisten en conferencias dadas por el médico sobre el padecimiento en cuestión y las medidas higiénicas necesarias para su control, seguidas por preguntas y discusión con los pacientes sobre los temas tratados, así como la organización de un sistema de calificación y premios para los pacientes que mejor llevaban a cabo las medidas recomendadas. Los grupos de autoayuda son organizaciones de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales, por lo que debe interactuar el paciente con los demás asistentes, con el fin de compartir las experiencias a la vez que reciben apoyo de personas con las mismas problemáticas. Además, pretenden crear una cultura de salud que favorezca la participación comunitaria mediante líneas encaminadas a mejorar el medio ambiente, la alimentación, la higiene, el ejercicio físico, la salud mental, el uso del tiempo libre, la seguridad en el hogar, vía pública, escolar y laboral. Sin embargo, los grupos de autoayuda de la UMF tienen otro sistema para ayudar a los pacientes, según la estrategia consta de 4 sesiones semanales de 2 horas, donde se exhiben videos del tema de la sesión a impartir y al final de cada sesión se pregunta a cada uno de los asistentes su visión del mismo. Debido a que la Calidad de Vida del Paciente Hipertenso es Regular, los Grupos de Autoayuda (SOHDi) no influyen en la Calidad de Vida del paciente hipertenso.

CONCLUSION

La Encuesta SF-36 Modificada, es un instrumento de ayuda para evaluar la Calidad de Vida de los Pacientes, ya que esta ha sido utilizada en múltiples estudios; en el presente estudio nos ayudo para evaluar la Calidad de Vida de los pacientes que acuden al Grupo de Autoayuda de Hipertensos de la UMF no. 33 "El Rosario".

Al analizar estudios realizados que evalúan la calidad de vida con la Encuesta SF-36, concluimos que los resultados de éstos con los obtenidos en este estudio son similares, en promedio la calidad de vida de los pacientes es regular. Debido a que nuestro estudio se realizó dentro de los Grupos de Autoayuda (SOHDi), se esperaba que la Calidad de Vida fuera buena, debido a que utilizan estrategias para mejorar el Estado de Salud del paciente y por consiguiente su Calidad de Vida, sin embargo observamos que las estrategias utilizadas en los Grupos no son las que se realizan en otros grupos, según se refiere en la literatura. Nos damos cuenta que a pesar de la transición epidemiológica, social, económica y cultural, la calidad de vida de la población no ha cambiado, ya que desde los primeros estudios en 1990, hasta la fecha, la calidad de vida y su estado de salud es la misma, es decir, tiende a ser regular en los diferentes aspectos que la califican.

Por ultimo podemos decir que la hipertensión arterial como motivo de consulta en medicina familiar ocupó el segundo lugar, en la consulta de especialidades ocupó el 10% y dentro de las defunciones por enfermedades hipertensivas ocupó el 13° lugar. El 2.6% del total de defunciones en el 2002 y el 4% en el 2003 fueron causadas por la hipertensión arterial, por consiguiente estas cifras van en aumento y según los últimos estudios sobre hipertensión en una muestra-cohorte nacional del 2004, la hipertensión es una patología que aumenta la prevalencia de enfermedades cardiovasculares así como acompañarse de otras patologías crónicas degenerativas que también con causa de problema de Salud Pública. Por lo que debemos poner énfasis en la Calidad de Vida de los pacientes Hipertensos y para esto contamos con los Grupos de Autoayuda (SOHDi) que pueden mejorar el Estado de Salud y por lo tanto su Calidad de Vida.

Para que los Grupos de Autoayuda, sean lo que se espera según su objetivo trazado y después de analizar las estrategias utilizadas y los resultados que estos ofrecen, creo que se deberían reevaluar esas estrategias con una ayuda multidisciplinaria, y dar mas difusión a los mismos para que los pacientes se acerquen a solicitar informes de los mismos y asistir a las sesiones, las cuales deberían ser dinámicas, utilizar materiales nuevos, realizar juegos relacionados con la patología, que los asistentes interactúen con los demás pacientes. Además de ser impartidas en horarios accesibles para los pacientes y con mayor disponibilidad para aquellos que trabajan

Encuesta del Estado de Salud SF-36 MODIFICADA

Instrucciones: esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

EDAD: _____ SEXO: _____

OCUPACIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

1. En general, ¿diría que su salud es: (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta:

Excelente (10)

Muy buena (8)

Buena (6)

Regular (4)

Mala (2)

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general *ahora*? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta:

Mucho mejor ahora que hace un año. (10)

Algo mejor ahora que hace un año. (8)

Más o menos igual ahora que hace un año. (6)

Algo peor ahora que hace un año. (4)

Mucho peor ahora que hace un año. (2)

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal.

¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta:

Sí, me limita. (0 PUNTOS)

No, no me limita en absoluto. (1 PUNTO)

Opciones de pregunta:

a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos. (1)

b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o béisbol. (1)

c. Levantar o llevar las compras del mercado. (1)

d. Subir varios pisos por la escalera. (1)

e. Subir un piso por la escalera. (1)

f. Doblarse, arrodillarse o agacharse. (1)

g. Caminar más de diez cuadras. (1)

h. Caminar varias cuadras. (1)

i. Caminar una cuadra. (1)

j. Bañarse o vestirse. (1)

4. Durante el *último mes*, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales *a causa de su salud física*? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta: Sí (0 PUNTOS), No (2.5 PUNTOS)

Opciones de pregunta:

a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades. (2.5)

b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado. (2.5)

c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades. (2.5)

d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de

mayor esfuerzo). (2.5)

5. Durante el *último mes*, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales *a causa de algún problema emocional* (como sentirse deprimido o ansioso)? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta: Sí (0 PUNTOS), No (5 PUNTOS)

Opciones de pregunta:

a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades. (5)

b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado que el de siempre. (5)

6. Durante el *último mes*, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta:

Nada. (10)

Un poco. (8)

Más o menos. (6)

Mucho. (4)

Demasiado. (2)

7. ¿Cuanto dolor *físico* ha tenido usted durante el *último mes*? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta:

Ningún dolor. (10)

Muy poco. (8)

Poco. (6)

Moderado. (4)

Severo. (2)

Muy severo. (0)

8. Durante el *último mes*, ¿cuánto *el dolor* le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta:

Nada. (10)

Un poco. (8)

Más o menos. (6)

Mucho. (4)

Demasiado. (2)

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted *durante el último mes*. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo *durante el último mes*? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta: Siempre. (0 PUNTOS). Nunca. (2 PUNTOS)

Opciones de pregunta:

a. ¿Se ha sentido muy nervioso? (2)

b. ¿Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle? (2)

c. ¿Se ha sentido desanimado y triste? (2)

d. ¿Se ha sentido agotado? (2)

e. ¿Se ha sentido cansado? (2)

10. Durante el *último mes*, ¿cuánto tiempo *su salud física o sus problemas emocionales* han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? (10 PUNTOS)

Escalas de respuesta:

Siempre. (2)

Casi siempre. (4)

Algunas veces. (6)

Casi nunca. (8)

Nunca. (10)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33 "EL ROSARIO"
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **"CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDE A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA (SOHDI) EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"** registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar la calidad de vida del paciente con Hipertensión Arterial que acude a los Grupos de Autoayuda (SOHDI) en la UMF 33

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que el investigador por medio de una encuesta recabe información acerca de la calidad de vida.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una información comprensiva, integral y válida en la calidad de vida del paciente hipertenso que acude al grupo de autoayuda de la UMF 33. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigo

Testigo

CLAVE 2810-003-002

BIBLIOGRAFIA

- ➡ Rubio Guerra A. F. Hipertensión Arterial. Manual Moderno. Pfizer. 2005. Vol. I, II, III.
- ➡ IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica. Programa de Grupos de Autoayuda de Pacientes Obesos o con Sobrepeso, Hipertensos y Diabéticos. Junio 2005.
- ➡ Gómez-Vela M, Sabeh, E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.
- ➡ Tuesca Molina, R. "La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla". Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 76-86.
- ➡ Roca-Cusachs J. Ametlla S, Calero O. Comas M. Fernández, R. "Calidad de vida en la Hipertensión Arterial". Medicina Clínica Vol. 98 NÚM. 13. 1.992.
- ➡ Barrón-Rivera A, Torreblanca-Roldán L, Sánchez-Casanova L, Martínez-Beltrán. . "Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso". Salud pública Méx. V.40 N.6 Cuernavaca Nov. /Dic. 1998.
- ➡ Zúñiga M, Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gandek B, Medina-Moreno M. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud pública Méx. v.41 n.2 Cuernavaca mar. /abr. 1999.
- ➡ Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida Salud Pública de México / Vol.44, no.4, julio-agosto de 2002.
- ➡ Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. "Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial". Salud Pública de México. Vol.43, no.4, julio-agosto de 2001.
- ➡ Dr. Lara Esqueda A." Eficacia de los grupos de autoayuda para controlar la diabetes y la Hipertensión". La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). . Revista Archivos de Cardiología de México; 74 (4):330-336.
- ➡ Dr. Campuzano M. "Grupos de Autoayuda y Psicoanálisis grupal". Addictus (México), No. 12: 24-30, 1996.
- ➡ "La participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco". Salud Pública Méx. 1993; Vol. 35(5):471-476.
- ➡ Tamayo y Tamayo M. "El proceso de la Investigación Científica". Limusa.
- ➡ Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Archivos de Cardiología de México. Vol. 72. No. 1. 2002.
- ➡ Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. Archivos de Cardiología de México. Vol. 75. No. 1. 2005.

