



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"

"ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N. 28 "GABRIEL MANCERA I.M.S.S."

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA

EN:

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. JESICA CITLALLI ESPARZA GONZÁLEZ**

DIRECTORES DE TESIS:

- **DR. VITALIO MONTUY VIDAL**
- **DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA**
- **DRA. YESSICA TORRES TORRES**

Distrito Federal, México 2016

No DE REGISTRO

R-2015-3702-65



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.

**“ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N. 28 “GABRIEL MANCERA” I.M.S.S.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**“ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N. 28 “GABRIEL MANCERA I.M.S.S.”**

PRESENTA:

DRA. JESICA CITLALLI ESPARZA GONZÁLEZ

**AUTORIZACIONES:**

Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo  
Directora De La Unidad De Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano  
Coordinador Clínico De Educación E Investigación En Salud De La Unidad De Medicina Familiar  
Número 28

Dra. Ivonne Analí Roy García  
Profesora Titular Del Curso De Especialización En Medicina Familiar  
Unidad De Medicina Familiar Número 28 “Gabriel Mancera”  
Asesora de Tesis

Dr. Vitalio Montuy Vidal  
Médico internista Adscrito a la Unidad de  
Medicina Familiar No. 28  
Asesor de Tesis

Dra. Yessica Torres Torres  
Medico Urgenciólogo Adscrita a la Unidad  
de Medicina Familiar No. 28  
Asesora de Tesis

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**“ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N. 28 “GABRIEL MANCERA I.M.S.S.”**

PRESENTA

**Dra. Jesica Citlalli Esparza González**

Residente de Tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar

**AUTORIZACIONES:**

**Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo**

Directora De La Unidad De Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera”

**Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano**

Coordinador Clínico De Educación E Investigación En Salud De La Unidad De Medicina Familiar  
Numero 28 “Gabriel Mancera”

**Dra. Ivonne Analí Roy García**

Profesora Titular Del Curso De Especialización En Medicina Familiar  
Unidad De Medicina Familiar Numero 28 “Gabriel Mancera”

**Dr. Vitalio Montuy Vidal.**

Asesor de Tesis

Médico Especialista Medicina Interna

**Dra. Yessica Torres Torres**

Asesor de Tesis

Médico Urgenciólogo



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3702  
H GRAL ZONA NUM 32, D.F. SUR

FECHA **05/11/2015**

**DR. VITALIO MONTUY VIDAL**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.28 "GABRIEL MANCERA I.M.S.S."**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-3702-65

ATENTAMENTE

**DR.(A). JOSÉ LUIS ARANZA AGUILAR**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3702

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## DEDICATORIA

Años enteros invertidos arduamente en el camino de esta carrera interminable y al paso del tiempo la vida me ha enseñado a no rendirme, he aprendido a esperar con mucha fe los frutos de esta cosecha (los cuales parecían estar muy lejos de mi mano y que apenas parecen ser los frutos más pequeños pero más dulces) aunque no ha sido fácil, durante estos años de mi vida la dedicación, esmero, amor, alegría, tristeza, miedo, soledad, sed de perseverancia, un sinfín de sentimientos encontrados y acontecimientos inimaginables han sido parte de mi formación como profesionista y ser humano, pero todo ha valido la pena.

Aunque sé que esta aventura de vivir apenas empieza, puedo expresar el inmenso agradecimiento que le tengo a dios por su bondad hacia mí, por hacerme tan dichosa, por mantenerme sana en esta guerra, por hacerme fuerte día con día, por enseñarme a ser paciente ante las adversidades que como prueba me ha puesto en el camino, aunque en ocasiones me sintiera perdida en un laberinto sin salida.

He aprendido que por largo y difícil que parezca el camino siempre se pueden alcanzar las metas y cumplir los sueños, luchando sin temor, avanzando sin retroceder, creyendo siempre en mi misma, sin perder de vista el suelo y sin olvidar nunca todas las manos que me impulsaron a salir adelante.

Hoy puedo decir que estoy aprendiendo a valorar hasta las cosas más pequeñas de la vida y a levantarme siempre de cada tropiezo sin mirar atrás. Con humildad, amor, paciencia, perseverancia y dedicación sé que todo se puede lograr y que las dificultades son parte del aprendizaje de la vida que preparan a las personas ordinarias a lograr un destino extraordinario.

Dedico este trabajo y las líneas de esta página que forma parte de él al mejor regalo sorpresa que pudo darme la vida, a un angelito tan pequeñito en tamaño pero tan inmenso en inocencia que ha venido a mostrarme el significado del verdadero amor y que me ha regalado un futuro nuevo, lleno de aventuras y retos diferentes por superar.

Por ese angelito tengo muchas más ganas de ser mejor profesionista, ser humano, persona y sobre todo, aprender a ser una excelente madre...

...Hija gracias por llegar a mi vida.

## INDICE.

<b>RESUMEN</b>	<b>9</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
1.1. Hipertensión Arterial Sistémica	10
1.1.1. Definición	10
1.1.2. Epidemiología	11
1.1.3. Mas allá de la HTA	12
1.1.4. Clasificación de la HAS	13
1.1.5. Clasificación de las HAS según su origen.	13
1.1.6. Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad Crónica como factor de riesgo cardiovascular.	15
1.1.7. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial	15
1.1.8. Diagnóstico de la Hipertensión Arterial	16
1.1.9. Tratamiento de la Hipertensión Arterial	16
1.1.10. Modificaciones del Estilo de Vida	17
1.1.11. Importancia del Tratamiento no Farmacológico en la HAS	17
1.2. Estilos de vida	18
1.2.1. Hipertensión Arterial y Estilos de vida	20
1.2.2. Estilos de vida modificables (factores de riesgo modificables) en la Hipertensión Arterial Sistémica.	22
1.2.3.1. Peso	
1.2.3.2. Índice de Masa Corporal	
1.2.3.3. Perímetro Abdominal	
1.2.3.4. Consumo de Alcohol y Tabaco	

1.2.3.5 Horas de sueño	
1.2.3.6 Sedentarismo, Actividad física y Deporte	
1.2.3.7 Cambios en la dieta	
1.2.3.8 Dieta DASH	
1.2.3.9 Entorno psicosocial del trabajo-estrés.	
1.2.4 Factores de Riesgo no Modificables	<b>30</b>
1.2.4.1 Historia Familiar	
1.2.4.2 Edad y Sexo	
1.2.4.3 Raza	
1.3 Instrumento <b>FANTASTICO</b> –Medición de Estilos de vida	<b>31</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>33</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>35</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
4.1. General	
4.2. Particulares	
<b>5. HIPÓTESIS</b>	<b>37</b>
5.1. Alterna	
5.2. Nula	
<b>6. METODOLOGÍA</b>	<b>38</b>
6.1. Tipo de estudio, población, lugar y tiempo	
6.2. Tipo y tamaño de la muestra	
6.3. Criterios de selección	<b>39</b>
6.3.1. Criterios de inclusión	
6.3.2. Criterios de eliminación	
6.4. Variables de estudio	<b>40</b>
6.4.1 Variables dependientes	
6.4.2 Variables independientes	
6.4.3. Definición de variables	<b>43</b>
6.4.3.1. Definición conceptual	
6.4.3.2. Definición operacional	
6.5 Instrumentos de medición	<b>49</b>
6.6. Método de recolección de datos	<b>49</b>
6.7 Análisis estadístico	<b>50</b>
6.8 Diseño de la investigación	<b>50</b>
6.9 Diseño del Estudio	<b>51</b>

<b>8. CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>52</b>
<b>9. RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>10. DISCUSIÓN</b>	<b>73</b>
<b>11. CONCLUSIONES</b>	<b>78</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>81</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>83</b>

## RESUMEN.

**“ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 28 “GABRIEL MANCERA I.M.S.S.”**

Esparza González Jessica Citlalli <sup>1</sup>, Ivonne Analí Roy García<sup>2</sup> Montuy Vidal Vitalio <sup>3</sup>, Yessica Torres Torres <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residente de Tercer Año en la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”. Instituto Mexicano del Seguro Social. e-mail: tiky\_sej@hotmail.com. Cel. 044-55-

1293-3361. <sup>2</sup>Médico Familiar, profesor titular de la residencia, UMF No. 28 “Gabriel Mancera”

<sup>3</sup> Médico Internista y Profesor de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”.

<sup>4</sup> Médico Urgenciólogo y Profesora de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”.

- Introducción:** A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes (OMS, 2013b); lo que preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual; además de los costos confinados por el sistema de salud en este tipo de enfermedades. Esta es una de las enfermedades crónico-degenerativas en las que la incidencia y prevalencia va en aumento en los últimos años gracias a los estilos de vida adoptados en la actualidad con el desarrollo de la tecnología. **Pregunta de investigación:** ¿Cuál es el nivel de estilo de vida en los pacientes con hipertensión arterial Sistémica de la UMF 28 “Gabriel Mancera” I.M.S.S.? **Hipótesis:** Los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS presentan un estilo de vida no saludable o “Malo”. **Objetivo general:** Conocer el nivel de los estilos de vida en los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” I.M.S.S. **Metodología:** Estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo en los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS, mediante la aplicación del instrumento FANTASTICO para medir estilos de vida y un cuestionario complementario de datos generales, durante el periodo de octubre del 2015. **Diseño estadístico y Análisis de la Información:** Se usaron medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y dispersión (dispersión estándar, porcentajes, con los resultados del instrumento aplicado: FANTASTICO), además del manejo y análisis de los datos recabados mediante el programa estadístico SPSS V 18. **Resultados:** Del total de la muestra en estudio (188 participantes), se encontró que el 62.2% tiene un nivel de estilo de vida “Malo”, lo que correspondió a 117 de los participantes, La mayor frecuencia de Hipertensión Arterial en los pacientes fue Tensión Arterial Normal con un porcentaje del 33%. **Conclusiones:** El 62.2% de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 28 tienen un estilo de vida “Malo”, confirmando la hipótesis alterna del estudio. El 67% de los pacientes hipertensos del estudio, representó una población del sexo masculino, lo que concuerda con el predominio en el sexo masculino de la HTA. El grupo de edad que predominó entre los pacientes del estudio fue el de 76-80 años de edad y la mayor frecuencia de Hipertensión Arterial en los pacientes fue Tensión Arterial Normal con un porcentaje del 33%, resultado inesperado por el nivel de estilo de vida que manejan dichos pacientes, El porcentaje que predominó en el IMC fue Pre-obesidad del 46.8%. El 71.8% de los pacientes hipertensos del estudio predominó el sedentarismo. El 67% de los pacientes “Casi nunca” consume un mínimo de dos porciones de frutas y verduras. Acerca del consumo en exceso de azúcar, sal, comida chatarra y/o grasa de los pacientes hipertensos se encontró que el 42.6% refiere consumir todas estos alimentos.

**Palabras clave:** Hipertensión Arterial Sistémica, Estilos de vida en pacientes hipertensos.

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA**

#### **1.1.1 DEFINICIÓN.**

La Hipertensión arterial es un aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial sistémica  $>140/90\text{mmHg}$ <sup>1</sup>

#### **1.1.2 EPIDEMIOLOGIA.**

A nivel mundial, la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes (OMS, 2013b); además, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta (OMS, 2012), lo que preocupa por las complicaciones que genera: insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual.<sup>1</sup>

En pacientes de 18 años o más el diagnóstico se establece mediante la elevación sostenida de la presión arterial sistémica  $>140/90\text{mmHg}$ , midiéndola de manera sistematizada y con la técnica adecuada. Todo paciente hipertenso debe contar con biometría hemática, pruebas de función renal, perfil lipídico, Radiografía de tórax y electrocardiograma de 12 derivaciones para su evaluación más completa e integral.<sup>1</sup>

En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%).<sup>2</sup>

HTA en México es de 31.5%, y es más alta en adultos con obesidad (42.3%) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%), y en adultos con diabetes (65.6%) que sin esta enfermedad (27.6%). Además, durante la ENSANUT 2012 se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA.<sup>2</sup>

Este padecimiento en su fase inicial es asintomático, lo que dificulta una detección oportuna e incrementa los factores de riesgo asociados, al iniciar tratamientos de control tardíos.<sup>3</sup>

La clínica y la epidemiología habían señalado a la hipertensión arterial como problema de orden individual y grupal, es decir, como problema de salud pública que afectaba el bienestar y la existencia del hombre. Actualmente los estudios clínicos, epidemiológicos y socioculturales han dado cuenta de aspectos más finos del proceso salud-enfermedad-atención de la hipertensión arterial, de manera que a este padecimiento se le considera unánimemente como un “problema de salud a escala mundial”, cuya prevalencia se estima entre 10 a 15% de la población general, es decir, entre doscientos a trescientos millones de personas en el mundo.<sup>4</sup>

El costo anual por hipertenso en la Seguridad Social en un estudio realizado en 2002 correspondió a \$17 953 908 480 en el escenario promedio y de \$65 854 802 752 en el escenario extremo (pacientes valorados en cardiología). El gasto anual en hipertensión arterial equivale a 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del PIB, valores que se modifican a 51.17% y 2.62% respectivamente en el escenario extremo.<sup>5</sup>

### **1.1.3 MÁS ALLA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA).**

La presión arterial típicamente cambia considerablemente durante el día y la noche, durante meses y estaciones. En consecuencia el diagnóstico de hipertensión debe ser basado en múltiples medidas, obtenidas en ocasiones separadas en un determinado periodo de tiempo, como se describirá en apartados posteriores.<sup>6</sup>

El tratamiento de la hipertensión arterial tiene como fundamento la protección cardiovascular, esta protección es máxima cuando el tratamiento es precoz y eficiente, es mínima cuando el tratamiento es tardío o ineficiente. Para lograr un adecuado tratamiento de la hipertensión arterial se requiere tener presente las interacciones de tres factores: el médico, el paciente, y el tratamiento. Al médico le corresponde el diagnóstico de la hipertensión arterial, el conocimiento del grado de enfermedad hipertensiva o compromiso orgánico y la apreciación del riesgo total.<sup>6</sup>

La medición adecuada de la presión arterial comprende:

- Método auscultatorio con instrumento apropiadamente calibrado.
- Paciente sentado, callado por lo menos durante 5 minutos.
- Sin manifestar dolor alguno.
- Con los pies en el suelo, y con el brazo apoyado a la altura del corazón.
- Brazaletes apropiados.

- Tomar un mínimo de 3 lecturas con un intervalo de 1 minuto.
- La diferencia entre lecturas no debe ser mayor de 5 mmHg; de ser mayor, tomar lecturas adicionales.
- La primera lectura debe ser en ambos brazos.

Además de la medición de la presión arterial el examen físico debe buscar mediante la historia clínica y la exploración física evidencias de factores de riesgo adicionales, signos sugestivos de hipertensión arterial secundaria, y evidencias de daño orgánico. La exploración debería enfocarse por ejemplo a:

- Características del síndrome de Cushing
- Datos de feocromocitoma
- Riñones aumentados de tamaño
- Auscultación de murmullos abdominales
- Auscultación de ruidos precordiales o torácicos
- Pulsos femorales disminuidos y disminución de la presión sanguínea femoral respecto a los brazos.
- Diferencia de la presión arterial en brazo izquierdo y derecho <sup>7</sup>

#### 1.1.4 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA (HAS).

El octavo reporte del comité (JNC8) conjunto de prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial define y clasifica la presión arterial de la siguiente manera:<sup>7</sup>

<u>CATEGORIA</u>	<u>SISTOLICA</u>		<u>DIASTOLICA</u>
<u>OPTIMA</u>	<u>&lt;120</u>	<u>Y</u>	<u>&lt;80</u>
<u>NORMAL</u>	<u>120-129</u>	<u>Y/O</u>	<u>80-84</u>
<u>NORMAL ALTA</u>	<u>130-139</u>	<u>Y/O</u>	<u>85-89</u>
<u>GRADO 1 DE HTA</u>	<u>140-159</u>	<u>Y/O</u>	<u>90-99</u>
<u>GRADO 2 DE HTA</u>	<u>160-179</u>	<u>Y/O</u>	<u>100-109</u>
<u>GRADO 3 DE HTA</u>	<u>&gt;= 180</u>	<u>Y/O</u>	<u>&gt;=110</u>
<u>HIPERTENSION SISTOLICA AISLADA</u>	<u>&gt;= 140</u>	<u>Y</u>	<u>&lt;90</u>

### **1.1.5 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN SU ORIGEN.**

#### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL.**

Se describe que en un 90 a 95% de las personas hipertensas no es posible determinar la causa de la elevación tensional, denominando a este tipo hipertensión esencial o primaria. Se plantea que corresponde a una alteración poligénica multifactorial, siendo importante la interacción entre sí de diversos genes y de estos con el medio ambiente. Estudios recientes sugieren que estos genes incluyen aquellos que afectan distintos componentes del sistema renina-angiotensina, sistema caliceína-cininas y el sistema nervioso simpático.<sup>8</sup>

#### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA**

Un pequeño número de hipertensos corresponde a distintos tipos de hipertensión secundaria, donde se pueden identificar causas específicas de la hipertensión. En términos generales la aparición de hipertensión en menores de 30 años o mayores de 50 años, la magnitud importante o el difícil manejo de la presión o la aparición de complicaciones precozmente, sugieren una causa secundaria. Tradicionalmente se estimaba que la causa más frecuente de hipertensión secundaria corresponde a la enfermedad renal crónica (5%), luego la siguen la hipertensión renovascular, coartación de la aorta, Síndrome de Cushing, feocromocitoma, apnea del sueño. Como ya fue dicho recientemente se han publicado estudios que muestran una prevalencia de hiperaldosteronismo primario de hasta un 10%. Sin embargo en primer nivel de atención es posible que un número no despreciable de hipertensos tengan una causa "ambiental" que puede ser aparecer una hipertensión en alguien susceptible y que eliminado ese factor pueda desaparecer la hipertensión (ACO, alcohol o uso de simpaticomiméticos y AINES).<sup>8</sup>

### **1.1.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA, ENFERMEDAD CRÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable más frecuente, calculándose que causa un 6% de muertes a nivel mundial. Reduciendo las cifras de presión arterial por debajo de los valores recomendados (< 140/90 mmHg) podría reducir un 50% la aparición de eventos cardiovasculares.<sup>9</sup>

A pesar de que cada vez son más numerosas las evidencias que apoyan un buen control de la presión arterial, de la hipercolesterolemia y de la diabetes como medio de prevención de enfermedades cardiovasculares y de que disponemos de una amplia y eficaz gama de elementos terapéuticos, el insuficiente control de los factores de riesgo en la población general continúa siendo un importante problema de salud.<sup>9</sup>

### **1.1.7 FISIOPATOLOGIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL.**

Diferentes factores están implicados en la fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. El elemento básico es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre los factores vasoconstrictores y los vasodilatadores. Contribuyen a lo anterior, de modo importante, diversos factores hormonales, como el sistema captación y descarboxilación de los precursores de grupos amino (APUD) digestivo y el síndrome anémico.<sup>10</sup>

La hipertensión arterial (HTA) se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial (DE), 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 prostaciclina-PGI<sub>2</sub> vasodilatadora y el aumento relativo del tromboxano-TXA<sub>2</sub> intracelular vasoconstrictor.<sup>10</sup>

### **1.1.8 DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

1. La hipertensión arterial es un padecimiento que en la gran mayoría de los casos no genera síntomas o sea, en la mayor parte de las ocasiones, pasa inadvertida, por lo que la mejor forma de establecer el diagnóstico es la medición de la presión arterial en sujetos aparentemente sanos, asintomáticos, en un intento de reconocer precozmente el diagnóstico en la hipertensión esencial, es muy frecuente la presencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial, por lo que es de suma importancia en el diagnóstico, el interrogatorio antecedentes heredofamiliares del paciente.<sup>11</sup>
2. El diagnóstico de hipertensión arterial se establece cuando se encuentran cifras de presión arterial superiores a 140/90 mmHg en dos ocasiones distintas, en reposo y con técnica adecuada (como se describió en párrafos anteriores). Se debe de recordar que en pacientes diabéticos, las cifras normales de presión arterial se encuentran por debajo de 130/85 mmHg.<sup>11</sup>

Finalmente, cuando la presión arterial sistólica es superior a 150 mmHg y la diastólica menor de 90 mmHg estaremos en presencia de hipertensión arterial sistólica. Esta forma de hipertensión aparece en pacientes mayores de 60 años con mayor frecuencia y se debe al endurecimiento aórtico consecutivo a la presencia de arteriosclerosis.<sup>11</sup>

El diagnóstico de hipertensión arterial secundaria debe de sospecharse especialmente en dos situaciones:

1. Hipertensión arterial en jóvenes (< de 35 años).
2. Ausencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial

Estas características no necesariamente identifican a los pacientes con hipertensión secundaria, pero cuando se presentan se debe poner especial atención en la búsqueda del diagnóstico.<sup>11</sup>

### **1.1.9 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbimortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial (PA) y el control de otros factores de riesgo (FR) cardiovasculares (CV), sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Es necesario corregir entonces, si el paciente los presentara, FR como hipercolesterolemia, tabaquismo,

obesidad, diabetes y sedentarismo si se quiere disminuir significativamente su riesgo cardiovascular.<sup>12</sup>

La normalización de la PA se obtiene, en algunos casos, con modificaciones en el estilo de vida y, mientras que en otros, es necesario el agregado de medicamentos. En ambas situaciones, es necesarias la educación del paciente y de su ámbito familiar, para lograr un buen cumplimiento del tratamiento, las metas terapéuticas son llegar a las siguientes cifras de PA:

- En consultorio PA < 140-90 mm Hg
- Con control domiciliario < 135-85 mm Hg
- Con monitoreo ambulatorio de PA (MAPA) < 125-80 mm Hg <sup>12</sup>

El impedimento más importante para alcanzar el objetivo propuesto inicialmente es el abandono del tratamiento. Las medidas que procuran disminuirlo son:

1. Explicar al paciente la índole de su afección y discutir con él, teniendo en cuenta las evidencias disponibles y sus necesidades y preferencias, las opciones adecuadas de tratamiento. Hacerle saber que la hipertensión arterial (HA) probablemente dure toda su vida y que el abandono del tratamiento ocasionará que la PA se eleve nuevamente. Informarle que las complicaciones no aparecerán ni progresarán si cumple el tratamiento.
2. Hacerle conocer al paciente el momento en el que se consiga normalizar la PA con el fin de estimularlo en el cumplimiento de las indicaciones.
3. Evitar que el paciente tenga esperas prolongadas en el consultorio.
4. Lograr la comprensión y ayuda del grupo familiar.
5. El paciente deberá ser controlado siempre por el mismo profesional.
6. Si es necesario utilizar medicamentos antihipertensivos proponer el esquema más simple y en lo posible una sola toma matinal. <sup>12</sup>

### **1.1.10 MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA**

En todos los hipertensos deberán indicarse modificaciones del estilo de vida. Por sí solas pueden normalizar la PA en algunos hipertensos, y en todos contribuyen al descenso de la misma y a mejorar la eficacia antihipertensiva de los fármacos.<sup>12</sup>

Las principales medidas no farmacológicas que contribuyen al descenso de la PA:

- Reducción de peso (si hay obesidad o sobrepeso)
- Reducción de la ingesta de sodio
- Reducción de la ingesta de alcohol
- Ejercicio aeróbico regular
- Abandono del tabaquismo
- Tratamiento del estrés en aquellos que parece ser un factor importante
- Adopción de dieta DASH (dietary approaches to stop hipertensión) rica en potasio y calcio.<sup>12</sup>

### **1.1.11 IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA**

Las medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser parte del tratamiento principal en todos los hipertensos o individuos con PA normal alta, tanto como tratamiento de inicio (riesgo añadido bajo-moderado), como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. El propósito de dichas medidas es reducir la PA y prevenir el desarrollo de la ECV.<sup>13</sup>

Diferentes escuelas y consensos coinciden en los beneficios de los cambios de estilo de vida en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA). A pesar de esto, desgraciadamente en la práctica médica cotidiana muchas veces no se le da la debida importancia y la estrategia principal en la prevención y el manejo de la hipertensión arterial implica educación sobre su detección temprana y hábitos saludables de vida, que solamente pueden ser resueltos con campañas amplias de educación a la comunidad. Con respecto al tratamiento, existen medidas farmacológicas y no farmacológicas, como se ha ido comentando, pero muchas veces, estas últimas son reemplazadas por el tratamiento farmacológico, a pesar de haberse demostrado ampliamente los beneficios en el cambio de estilos de vida, por lo que es importante el énfasis continuo del personal de salud hacia la población hipertensa en este rubro del tratamiento.<sup>13</sup>

En un ensayo clínico aleatorio en Atención Primaria en La Alamedilla Salamanca, se seleccionaron por muestreo aleatorio 101 personas hipertensas de 35 a 74 años. Se realizó una evaluación basal, una intervención educativa grupal sobre cambios de estilos de vida (seis sesiones durante un año) y una evaluación final. El efecto de la intervención se evaluó con RCV (Framingham), presión arterial(PA), perfil lipídico, perímetro de cintura, índice de masa corporal(IMC), consumo de nutrientes con encuesta validada, ejercicio físico con 7-PAR Day y calidad de vida con SF-36, los resultados del estudio en general fueron que existió un mayor descenso del riesgo cardiovascular en el grupo de intervención, sin existir diferencias estadísticamente significativas en los parámetros evaluados entre ambos grupos, lo que es un ejemplo que apoya hacia la importancia de la intervención en el cambio en los estilos de vida de la población.<sup>14</sup>

## 1.2 ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida son caracterizados por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de una persona, en los 80's se observó que la dislipidemia, la hipertensión arterial y la hiperglicemia, eran condiciones frecuentemente asociadas a un inadecuado estilo de vida y por otro lado, existen autores que hacen énfasis en el hecho de que sujetos con conductas y preferencias relacionadas con un estilo de vida saludable como alimentación balanceada, práctica regular de actividad física, menor consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, tienen menor riesgo de presentar patologías cardiometabólicas, al compararse con personas con un estilo de vida inadecuado<sup>15</sup>.

Puede entenderse entonces al estilo de vida como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. Actualmente, a transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud. En los años 80, el estudio del estilo de vida alcanzó relevancia en las ciencias biomédicas, debido a que, tras el informe Lalonde, se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, se podría considerar como: el "*conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control*". La OMS

aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando que se refiere a *"una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales"*. Hasta entonces, desde distintas áreas de conocimiento se habían estudiado diversas variables relacionadas con el estilo de vida, permaneciendo la idea de que el estilo de vida tenía un carácter fundamentalmente voluntario, aunque en la actualidad se ha demostrado que existen diferentes variables de índole muy diversa que conforman al fenómeno estilo de vida y es que las conductas habituales y elecciones están limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen el contexto y las condiciones estructurales de vida en las personas. El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por poseer una naturaleza conductual y observable, una continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, "hábito" y la combinación entre conductas de forma consistente; hablando de los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud, pueden estudiarse desde dos perspectivas: La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales. La segunda perspectiva parte de aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno.<sup>15</sup>

En función de que los estilos de vida tienen impacto o reflejo en la salud de los pacientes y sobre todo, que tienen una estrecha relación con la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas, encontramos a la hipertensión arterial (HA) una de las primeras causas de morbilidad en el país que contribuye al incremento de la mortalidad, por ser uno de los importantes factores de riesgo de las coronariopatías y los trastornos cerebrovasculares y se concluye que en la aparición de la HTA se invocan diferentes condicionales, entre los que están además de los estilos de vida, los de carácter biológico y los psicosociales.<sup>15,16</sup>

### 1.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILO DE VIDA

### 1.2.3 ESTILOS DE VIDA MODIFICABLES (FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES) Y FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA.

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad. La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial.<sup>16, 17</sup>

La prevención primaria es una estrategia dirigida a la comunidad y al grupo de alto riesgo. Es la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante la cual se incrementaran la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión. Para tener éxito se tiene que educar al paciente y es la enseñanza de los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la hipertensión arterial (en donde se incluyen los estilos de vida modificables) es el pilar de la promoción educativa, en donde, en algunos de los casos este es el único tratamiento que se requiere. Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados.<sup>16,17</sup>

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES 16	FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES 16
(ESTILOS DE VIDA MODIFICABLES)	
INDICE DE MASA CORPORAL	HISTORIA FAMILIAR
PERIMETRO ABDOMINAL	SEXO
CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO	RAZA
ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE	EDAD
ENTORNO PSICOSOCIAL DEL TRABAJO	-----
HORAS DE SUEÑO	-----
DIETA	-----

En un estudio realizado de tipo observacional, descriptivo, transversal de los pacientes portadores de hipertensión arterial en el poblado La Maya pertenecientes al Policlínico Docente Comunitario "Dr. Carlos J. Finlay" del Municipio Songo La Maya en el período comprendido entre

Enero del 2002 y Enero del 2003, se encontró que el grupo de pacientes de 65 y más años fue el predominante (40 pacientes), el sexo femenino registró el 57,3 % de los pacientes. La raza negra fue mayoritaria 54,5 %. El nivel de escolaridad secundario fue el de más peso porcentual 51,8 %. La hipertensión moderada resultó ser la más frecuente en 73 pacientes, unida al tratamiento farmacológico en 85 enfermos, dentro de los factores de riesgo la ingestión de alcohol, el tabaquismo y los antecedentes familiares de hipertensión resultaron ser los de mayor peso porcentual con 18,3%, 17,4% y 15,7% respectivamente, la Diabetes Mellitus fue la enfermedad que más se asoció (22 pacientes), siendo la crisis hipertensiva la principal complicación encontrada en 47 enfermos.<sup>18</sup>

En un estudio transversal realizado en Sinop, Municipio de la Amazonía Legal, Mato Grosso Brasil se estimó la prevalencia de la hipertensión arterial y su asociación con el estilo de vida, por medio de una encuesta domiciliar llevada a cabo en Sinop-MT (n = 690). La muestra de la investigación se obtuvo por muestreo simple en dos etapas. La presión arterial se tomó tres veces y para el análisis, el promedio de las dos últimas mediciones. Se consideró como hipertensos aquellos que presentaron PA  $\geq$  140/90 mmHg y/o que refirieron uso de fármacos antihipertensivos. La prevalencia de hipertensión arterial fue de un 23,2% (IC 95%: 20,1 - 26,6). La única variable relacionada al estilo de vida asociada a la hipertensión arterial fue el consumo de bebidas alcohólicas, siendo protector para las mujeres que consumían hasta 15 g de etanol/día (OR=0,49; IC 95%: 0,26 - 0,93) y deletéreo para los varones que consumían más de 30 g de etanol/día (OR=2,94; IC 95%: 1,28 - 6,77). La hipertensión arterial se asoció independientemente al consumo de bebidas alcohólicas, entre varones y mujeres.<sup>19</sup>

## 1.2.2 ESTILOS DE VIDA MODIFICABLES (FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES) EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

### 1.2.3.1 PESO.

La hipertensión es una de las enfermedades que se asocia con la obesidad. El exceso de peso y el aumento de peso promueven hipertensión y la pérdida de peso reduce la presión arterial. El riesgo de hipertensión aumenta progresivamente al aumentar el peso corporal o el Índice de Masa Corporal (IMC). Esta asociación ha sido observada de forma consistente en numerosos estudios incluyendo el INTERSALT, estudio transversal realizado en 52 poblaciones diferentes de todo el mundo. En el estudio Framingham, 70% de la hipertensión en los hombres y 61% en las mujeres, es atribuible a la obesidad. En el Nurses' Health Study<sup>58</sup>, estudio en el que fueron seguidas durante 16 años 82.473 mujeres, se observó que el riesgo relativo (RR) de hipertensión aumentó sustancialmente cuando aumentaba el IMC. Un aumento de 1 kg/m<sup>2</sup> en el IMC se asoció con un 12% de aumento en el riesgo de hipertensión. Comparado con un IMC menor de 20 kg/m<sup>2</sup>, el RR de hipertensión aumentó a 2,55 (IC 95%, 2,33-2,79) para un IMC de 25 y a 6,31 (IC 95%, 5,8-6,87) para un IMC mayor de 31. No está completamente claro si hay un «umbral» por debajo del cual no exista relación entre IMC y presión arterial. Esta correlación se ha observado incluso en poblaciones muy delgadas. Sin embargo en un amplio estudio se ha observado un umbral a los 21 Kg/m<sup>2</sup> para las mujeres, pero no para los hombres.<sup>20</sup>

El aumento de peso es un fuerte predictor de aumento en la presión arterial. En el estudio Framingham se observó un aumento medio de 4,5 mmHg por cada 5 kg. (10 libras) de aumento de peso. En el Nurses' Health Study<sup>58</sup> el riesgo de hipertensión se multiplicaba por 5 en las mujeres que habían aumentado 25 Kg. a partir de los 18 años. Incluso pequeños aumentos de peso se asocian con riesgos aumentados: las mujeres que aumentaron 2,1-4,9 kg, después de los 18 años tenían un 29% más de riesgo, y las que aumentaron entre 5 y 9,9 Kg tuvieron un 74% de aumento de riesgo. De la misma forma, la pérdida de peso en las personas obesas o con sobrepeso reduce la presión arterial y la incidencia de hipertensión. Amplios ensayos controlados han puesto de manifiesto esta reducción. Se han observado disminuciones de 0,5 a 1 mmHg por cada Kg. de pérdida de peso. Estos efectos se han observado tanto si la intervención ha sido con fármacos como si ha sido con medidas no farmacológicas. Un ensayo aleatorizado y controlado con una intervención basada en dieta, ejercicio o una combinación de ambos o grupo control, mostró una reducción de peso acompañada de reducción en la presión arterial significativamente mayor en los grupos de intervención a los 6 meses. La reducción de presión arterial sistólica fue superior en los sujetos del grupo de dieta y ejercicio. Pérdidas de peso

relativamente pequeñas, del orden del 5 o el 10% del peso inicial pueden producir una disminución de la presión arterial y una reducción en el riesgo de desarrollar hipertensión. Esto tiene una gran importancia para la prevención y el tratamiento de la hipertensión. Existen datos que apoyan la hipótesis de que hay una relación entre el bajo peso al nacer y la hipertensión. Algunos estudios muestran que los niños con bajo peso al nacer tienen presiones arteriales más altas al llegar a adultos. Sin embargo no todos los estudios son coincidentes.<sup>20</sup>

### 1.2.3.2 IMC= kg / m<sup>2</sup>.

Es el parámetro que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, aunque lo sobreestima en individuos musculosos y lo infravalora en personas con baja masa magra (ancianos). Se acepta como punto de corte para la obesidad un valor de IMC igual o superior a 30 kg / m<sup>2</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) el IMC se clasifica en: Bajo peso, Rango normal, pre-obeso (sobrepeso) y obesidad grado 1, 2 y 3.<sup>20</sup>

CLASIFICACIÓN 20	IMC
BAJO PESO	MENOR A 18.5
RANGO NORMAL	18.5-24.9
PRE OBESO	25-29.9
OBESO GRADO 1	30-34.9
OBESO GRADO 2	35-39.9
OBESO GRADO 3	IGUAL O MAYOR A 40

### 1.2.3.3 PERIMETRO ABDOMINAL.

Medida antropométrica de la circunferencia de la cintura pasando la cinta por el ombligo. Si es igual o mayor a 90 centímetros en hombres y más de 80 centímetros en mujeres son un indicador que predispone riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, entre otras enfermedades.<sup>21</sup>

#### 1.2.3.4 EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.

Los datos epidemiológicos indican de manera clara una asociación positiva entre la presión arterial y la ingesta de alcohol. Este efecto es particularmente marcado en sujetos que ingieren más de 6 unidades de alcohol por día. La presión arterial disminuye con la reducción de la ingesta de alcohol y puede ser un recurso efectivo en bebedores importantes. Se ha estimado que al menos el 5% de la prevalencia de hipertensión puede ser atribuida al alto consumo de alcohol. Los estudios controlados sobre reducción de la presión arterial al disminuir el consumo de alcohol, muestran conclusiones sólidas. La completa cesación del consumo de alcohol en un grupo de hombres hipertensos que consumían habitualmente 8 unidades de alcohol al día, resultó en una disminución de 13 mmHg en la presión sistólica y en 5 mmHg de reducción en la diastólica en 78 a 96 horas. La presión sistólica disminuyó 3,8 mmHg cuando la ingesta de alcohol se redujo aproximadamente de 3 unidades por día a 3 unidades por semana en sujetos normotensos tras 6 semanas de seguimiento. El efecto del alcohol en la presión arterial desaparece prácticamente después de 3 días de la ingesta. El alcohol es un factor de riesgo de numerosos problemas físicos y psicosociales, el cual se incrementa a medida que aumenta el consumo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002 los problemas relacionados con el consumo de alcohol contribuyeron a un 4% de la morbilidad total en el mundo. El alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo para la salud en los países desarrollados, medido en años de vida perdidos ajustados por discapacidad. Se sabe que la ingesta de más de 30 gramos de alcohol (equivalente a 750 ml de cerveza, o 250 ml de vino, o 60 ml de licor) produce elevación de la presión arterial. Estudios de intervención han mostrado aumentos agudos de la presión en pacientes que beben los fines de semana, pero más permanentes en aquellos que lo hacen en forma habitual, además de inducir espasmos en las arterias cerebrales y arritmias ventriculares y supraventriculares.<sup>22</sup>

Los cigarrillos, y principalmente la nicotina que éstos contienen, son sustancias potencialmente adictivas, y por ello los intentos para dejar de fumar son difíciles y a menudo infructuosos. Los efectos adversos del consumo de tabaco han sido ampliamente divulgados durante las últimas décadas, y actualmente son conocidos por la población en general. El cigarrillo podría producir elevación de la presión arterial mediado por aumento del tono adrenérgico, aunque no hay demostraciones fehacientes al respecto, si es claro que el tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular, lo que agrava la situación del paciente con hipertensión arterial, por lo que se debe desaconsejar este vicio<sup>22,23</sup>.

### **1.2.3.5 HORAS DE SUEÑO.**

A pesar de que las necesidades básicas de sueño no están completamente claras, diversos estudios sugieren que las personas que duermen menos de 6 horas o más de 9 horas por noche tienen peores indicadores de salud que aquellas que duermen 7-8 horas. Algunos estudios señalan que la privación de sueño disminuye la productividad, la atención y la capacidad de recordar o de aprender. La falta de sueño puede tener también un impacto negativo en la salud como, por ejemplo, una mayor probabilidad de obesidad y el aumento del riesgo de sufrir enfermedades crónicas como la diabetes o las cardiopatías. La falta de sueño también tiene un impacto negativo en la salud mental: en las personas que duermen menos de 6 horas por noche se aprecia un aumento del riesgo de depresión, de ansiedad e irritabilidad, y de abuso de sustancias. Asimismo, la falta de sueño puede comprometer la seguridad de la persona o de su entorno, por ejemplo, por el hecho que aumenta el riesgo de accidentes laborales o de tráfico. Además se debe tener en consideración que algunos trastornos del sueño, como por ejemplo la apnea del sueño, se han asociado con hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Para el análisis que nos ocupa, se han agrupado el número de horas diarias de sueño en “6 horas o menos”, “7-8 horas” y “9 o más horas”. La condición que se considera más desfavorable para la salud es la de dormir 6 o menos horas diarias.<sup>22,23.</sup>

### **1.2.3.6 SEDENTARISMO, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE.**

En el concepto de actividad física generalmente se diferencian dos componentes: laboral y de ocio. Ha sido sugerido que en la sociedad moderna, con el descenso de requerimientos de actividad física en la mayoría de los trabajos, el principal tiempo en que se puede realizar suficiente actividad física que afecte positivamente a la salud es el de ocio. Basándose en el análisis de las evidencias fisiológicas, epidemiológicas y clínicas, la cantidad de actividad física necesaria para obtener beneficios en la salud recomendada para los es de treinta minutos o más de actividad física de moderada intensidad en la mayoría de los días de la semana, preferiblemente todos, y como mínimo tres días por semana. Esta recomendación recalca los beneficios de la actividad física de moderada intensidad y de la actividad física que puede ser acumulada en periodos relativamente cortos, e indica que mantener un gasto aproximado de 200 kilocalorías/día es lo más importante. Por lo que para fines de este estudio se considerara que el mínimo de actividad física con repercusiones positivas para la salud es de 90 minutos (caminar, hacer deporte o ambas actividades) a la semana (30 minutos como mínimo 3 días) Las

cifras de minutos siempre se agrupan en múltiples de 30 minutos. Así, los que hacen más de 210 minutos de actividad física semanal son los que hacen más de 30 minutos diarios de actividad física, que es la situación considerada ideal. Entre los beneficios de la actividad física se puede mencionar su importancia en la prevención de enfermedades cardiovasculares o la osteoporosis. Asimismo, se ha observado que algunos estados psicológicos como la ansiedad, el estrés y algunos tipos de depresión pueden mejorar con la práctica de ejercicio aeróbico regular. De manera general, la realización de actividad física de ocio puede significar una actividad lúdica y agradable, que proporciona contactos sociales, sensación de bienestar físico y mental, entretenimiento y, para algunas personas, evasión.<sup>22,23</sup>

El sedentarismo se refiere a la carencia de ejercicio físico en la vida cotidiana de una persona, lo que por lo general pone al ser humano en una situación de susceptibilidad ante enfermedades, especialmente cardíacas. El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos en donde las personas se dedican más a actividades intelectuales, sin embargo, en la actualidad, se ha visto que la población en general, tiende al sedentarismo, al mismo tiempo se ha observado el efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial.<sup>23,23</sup>

Existen evidencias en relación a la disminución de la presión arterial con el ejercicio, efecto que está presente mientras se realiza la actividad física y que se logra por la vasodilatación que produce este entrenamiento, con aumento del lecho capilar de la masa muscular. El sólo ejercicio realizado en la forma recomendada es capaz de producir una reducción de aproximadamente de 3.5 y 2.0 mmHg para la presión sistólica y diastólica respectivamente. Incluso en un meta-análisis de estudios randomizados y controlados, respecto a hipertensión y ejercicio aeróbico concluye que la presión arterial se reduce tanto en el paciente hipertenso como en el normotenso, considerando a la actividad física dinámica como fundamental en el tratamiento del paciente hipertenso; este efecto se pierde en forma paulatina una vez suspendido el ejercicio.<sup>23</sup>

### 1.2.3.7 CAMBIOS EN LA DIETA.

Comer demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol.<sup>22, 23</sup>

Existe una relación directa entre mayor consumo de sodio y elevación de la presión arterial (PA). Igualmente una disminución en el consumo de sal conduce a un descenso de PA. El estudio INTERSALT demostró que una reducción de 100 mmol en el consumo de sodio disminuía la presión arterial sistólica (PAS) en la población en 3,5 mmHg o en 2,2 mmHg la presión arterial diastólica (PAD) tras ajustar por índice de masa corporal, alcohol y consumo de potasio. Además, existe una relación entre la ingesta de sodio y la pendiente de elevación de la PA con la edad, de forma que dicha reducción en el consumo de sodio de la población durante 30 años conseguiría una disminución de 9 mmHg en la elevación de la PA media. La mayoría de hipertensos responden a una dieta hiposódica, aunque algunos pueden ser resistentes a la sal. En general los pacientes de mayor edad, obesos y diabéticos responden muy bien a esta medida, por otro lado el consumo de cafeína aumenta la tensión arterial en forma directa, debido al aumento que provoca en la secreción de renina.<sup>22,23</sup>

### 1.2.3.8 DIETA DASH (*Dietary Approach to stop Hypertension*)

Además de los conocidos beneficios obtenidos con la disminución de peso y restricción de sodio, algunas otras modificaciones dietéticas que son conocidas como patrones dietéticos saludables entre las que destacan la dieta DASH y la dieta mediterránea han probado un beneficio importante en el control de la Hipertensión Arterial. La dieta DASH reduce la PAS de 8 a 14 mmHg. La dieta conlleva la reducción de las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolos con granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos. El plan alimentario es recomendado por la Asociación Americana del Corazón (*American Heart Association*). El primer estudio DASH involucró a 459 adultos, con cifras de PAS menores de 160 mmHg y PAD entre 80 y 95 mmHg; 133 eran hipertensos que no tomaban medicamentos para la presión arterial. Los participantes fueron asignados a la dieta DASH o a una dieta estadounidense típica baja en minerales importantes y alta en grasas saturadas, grasa total y colesterol o a una dieta estadounidense con adición de frutas y verduras. Para determinar el riesgo de sufrir un ataque cardíaco en un periodo de diez años, los

investigadores utilizaron la ecuación de riesgo del Estudio Cardíaco de Framingham. Tras ocho semanas, los que seguían la dieta DASH y comían de nueve a once porciones de frutas y verduras al día, habían reducido su riesgo de ataque cardíaco en 18 por ciento, frente a los que comían una dieta estadounidense. También, observaron una reducción en sus niveles de colesterol de lipoproteína de densidad baja de alrededor de siete por ciento, y su presión arterial sistólica se redujo en 7 mmHg. Aunque los participantes tanto de raza blanca como de raza negra se beneficiaron de la dieta DASH, los de raza negra obtuvieron el mayor beneficio. Los de raza negra que siguieron la dieta DASH consiguieron un declive en el riesgo cardíaco de 22 por ciento frente a los que seguían una dieta típica, en comparación con ocho por ciento entre los de raza blanca. Los que comían la dieta estadounidense con adición de frutas y verduras redujeron su riesgo de ataque cardíaco en once por ciento, en comparación con los que recibían la dieta estadounidense normal. En un estudio posterior, los efectos de tres niveles de ingesta de sodio 3,5, 2,3 y 1,5 g/día, respectivamente, fueron evaluados en el contexto de la dieta DASH en 412 pacientes. La ingesta calórica fue mantenida constante, observándose que la reducción de la ingesta de sodio se asoció a una disminución tanto de la PA sistólica como diastólica; este beneficio fue más importante en las personas de mayor edad. La dieta mediterránea tiene muchas similitudes con la dieta DASH. Se caracteriza por abundancia de alimentos vegetales: frutas, verduras, cereales, papas, legumbres, frutas secas, aceite de oliva, queso, yogurt, pescado y pollo, escasas carnes rojas y vino en cantidades pequeñas. Esta dieta ha demostrado disminuir la mortalidad cardiovascular. Aunque ningún componente aislado puede explicar todos los beneficios, parece que estarían en relación a su elevado contenido en ácidos omega 3 (pescado).<sup>22,23</sup>

#### **1.2.3.9 ENTORNO PSICOSOCIAL DEL TRABAJO-ESTRÉS E HIPERTENSIÓN.**

Los mecanismos responsables del aumento de la presión arterial por el estrés son los siguientes:

1) En el aparato cardiovascular el estrés determina un incremento del gasto cardíaco por aumento de la frecuencia cardíaca. No se producen cambios en las resistencias periféricas totales, aunque sí en los flujos regionales, con aumento de la perfusión en el sistema muscular esquelético, corazón y cerebro, y descenso en las áreas esplácnica y renal.<sup>24</sup>

2) el aumento observado en la frecuencia cardíaca (FC) se acompaña de un incremento significativo y paralelo de adrenalina y noradrenalina. También hay datos que demuestran que el estrés provoca la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, así como aumentos

de la ACTH, cortisol y vasopresina. Estas respuestas hormonales pueden contribuir al aumento de las cifras de PA inducido por estrés.<sup>24</sup>

3) Finalmente, también el sistema nervioso central y el periférico han sido implicados en la cascada de acontecimientos que determinan el aumento de la PA ante situaciones de estrés.<sup>24</sup>

Es común la percepción de la gente respecto a que las situaciones de estrés elevan la presión arterial. Existen publicaciones en donde se demuestra que las situaciones conflictivas en el trabajo, el hogar y en la relación de pareja pueden producir aumento de los valores de presión arterial. En estos casos es aconsejable compartir las preocupaciones y existen una gran variabilidad de técnicas recomendadas para mejorar las condiciones de estrés, como el biofeedback, yoga, tai chi, meditación, técnicas de respiración, etc.<sup>24</sup>

Estudios avalan la influencia del estrés en la hipertensión arterial esencial, el estrés como fenómeno multifactorial constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos. Sin embargo, cuando estas repuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas, el estrés puede traer complicaciones en la salud, ya sea desencadenando la aparición de un trastorno, complejizando su cuadro clínico o perpetuando su sintomatología. En esta línea, diversos autores han realizado numerosos estudios que han relacionado el estrés con la hipertensión esencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia que puede representar el estrés en esta alteración cardiovascular y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés *per se* un papel determinante en la etiología de la hipertensión, sí se reconoce en mayor o menor medida cierto grado de responsabilidad en la patogenia de esta enfermedad. Al respecto, *Gutiérrez J* plantea que el estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso. Así, en la literatura psicológica se recogen acontecimientos y situaciones estresantes de distinta naturaleza que provocan elevaciones de la presión arterial.<sup>24, 25</sup>

Según *Julios S* y *Jonson EH*, los individuos hipertensos responden a agentes estresantes estándar de laboratorio (exposición a emociones experimentales inducidas de miedo y enfado, entrevistas enfocadas sobre conflicto personal y tareas cognitivas frustrantes), con mayores elevaciones tensionales y de frecuencia cardíaca que los normotensos, mayor también en

individuos con historia familiar de hipertensión. *Shapiro AP, Moustsos SE y Krifcher E* publicaron que individuos adultos con padres hipertensos mostraban mayores respuestas presoras sistólicas a la prueba de color-palabra de Stroop que los individuos con padres normotensos. Similares resultados publicó *Falkner B*, quien apreció que los adolescentes normotensos con padres hipertensos mostraban mayores elevaciones de frecuencia cardíaca y presión arterial ante las pruebas de aritmética mental que los individuos normotensos sin historia familiar de hipertensión.<sup>24, 25</sup>

Existen investigaciones que ponen de manifiesto la relación entre situaciones estresantes y la elevación de la presión arterial (PA):

*Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein LS, Chape C, Schull WJ y Schork MA* describieron que aquellos sujetos que vivían en áreas urbanas muy estresantes, definidas por su alta densidad de población, estado socioeconómico bajo, alta morbilidad y altas tasas de separación matrimonial, mostraban una presión arterial más elevada que aquellos que habitaban en zonas de bajo estrés. Por su parte, *Andren L y Asno L* encontraron una relación entre el ruido industrial como elemento estresante y elevaciones agudas de la PA y de la resistencia periférica.<sup>24, 25</sup>

#### **1.2.4 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES.**

##### **1.2.4.1 HISTORIA FAMILIAR**

El riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón. Su riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un ataque al corazón.<sup>25</sup>

##### **1.2.4.2 EDAD Y SEXO**

La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos, las presiones arteriales sistólica y diastólica son mayores en varones jóvenes que en mujeres, mientras que se invierte la situación por encima de los 50 años en relación con la aparición de la menopausia.<sup>25</sup>

El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que en la mujer. En la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad.<sup>25</sup>

### 1.2.4.3 RAZA

Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias.<sup>25</sup>

### 1.3 INSTRUMENTO FANTASTICO- MEDICIÓN DE ESTILOS DE VIDA

El cuestionario FANTASTICO es un instrumento que se diseñó en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad *McMaster* de Canadá, considerándolo como una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pues permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular. Este cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados, explora diez categorías o dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), carrera (actividades labores) y otras drogas; y ha sido aplicado a grupos de estudiantes, trabajadores y pacientes de consulta clínica general. La versión al español fue adaptada por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos mexicanos. Este cuestionario presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos. Tomando como punto de corte la media de las calificaciones propuestas por los autores del instrumento, cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento: (<39 puntos= existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente) estilo de vida. Cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio. En términos generales, los resultados pueden ser interpretados de la siguiente manera: “Excelente” indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud; “Bueno” indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud; “Regular” indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos, “Malo y existe peligro” indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo, contar con instrumentos de este tipo, que tengan validez y fiabilidad, permite a los profesionales de la salud identificar de forma rápida y objetiva los factores de riesgo y pronóstico del estilo de vida que pueden ser mejorados con la intervención del equipo de salud y la participación comprometida de los pacientes, además, al aplicarse en forma seriada, permite realizar el seguimiento para evaluar el resultado de las acciones terapéuticas o educativas implementadas.<sup>26</sup>

En Colombia en el 2012, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar la fiabilidad y validez del cuestionario Fantástico, traducido al español en la versión de 3 opciones de respuesta, en un grupo de adultos colombianos. Aplicándose por entrevista auto diligenciada en 550 personas. Se usaron medidas de tendencia central y dispersión para los dominios y grupos; cálculo de consistencia interna y correlación interesalar, encontrándose que los 25 ítems y los agrupados en los 10 dominios superaron el estándar propuesto de fiabilidad, se encontró correlación interesalar como buenas y aceptables, concluyéndose que la versión 3 del cuestionario Fantástico reúne algunos de los criterios de consistencia interna y validez de constructo, recomendándose su uso en atención primaria en salud y en estudios epidemiológicos.<sup>27</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen diversos comportamientos o estilos de vida que tienen consecuencias claramente negativas para la salud como se pudo observar en la literatura, con la ventaja de ser conductas que pueden ser modificadas. El tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo y su relación con el sobrepeso o la obesidad son citados como los factores que contribuyen en mayor medida a la morbilidad y mortalidad en la población en general, además de ser asociados con la elevación de la presión arterial. El paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones, es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada. La epidemia de la Hipertensión es reconocida por la Organización Mundial de la Salud, como una amenaza mundial , la OMS estima que la hipertensión arterial causa la muerte de 7.5 millones de personas y representan 12.8% del total de las muertes; además, señala que uno de cada tres adultos tiene la presión alta, lo que preocupa por las complicaciones que genera, principalmente cuando no se logra el control adecuado en los pacientes, entre las complicaciones que genera encontramos a la insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, retinopatía y discapacidad visual; dentro de las enfermedades crónicas, la Hipertensión Arterial es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, la cual muestra tasa ascendente en la incidencia y prevalencia, en ambos sexos, con predominio del sexo masculino, por lo que es importante realizar cambios paulatinos y permanentes, enfocados a realizar modificaciones en los estilos de vida, para que estos lleguen a ser saludables, tomando en cuenta la importancia que esto conlleva para la prevención de complicaciones. La Hipertensión Arterial constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS, dado que es de las enfermedades crónicas que se encuentran en las primeras causas de muerte en el país, por representar un factor de riesgo cardiovascular y por la serie de complicaciones que la acompañan y en el IMSS, sus complicaciones se sitúan entre los principales motivos de hospitalización, mayor mortalidad y costo. La Hipertensión Arterial, como muchas otras enfermedades crónico degenerativas, han tenido un gran incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en el mundo y en especial en países en vías de desarrollo como México, teniendo gran repercusión en el aumento importante del número de consultas otorgadas a pacientes con dicha enfermedad y sobre todo de sus complicaciones, sin embargo, se ha visto que en el primer nivel de atención, no se está haciendo uso adecuado del accesible pilar para el tratamiento de la Hipertensión Arterial con el que todos los médicos del primer contacto cuentan, lo que implica: Educación en los cambios de los estilos de vida de los

pacientes, lo cual ha demostrado tener una repercusión directa en el control de los pacientes y prevención de complicaciones. Por lo anterior es importante recalcar que los estilos de vida saludables no solo son parte del tratamiento del paciente con Hipertensión Arterial, los estilos de vida saludables son la base del tratamiento en sí en este tipo de pacientes, con lo que surge la pregunta de investigación acerca de *¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial de la UMF 28 "Gabriel Mancera" I.M.S.S.?* y respondiendo a esta interrogación, se podrá saber cuál o cuáles son las carencias, o no, en la promoción a los cambios en los estilos de vida que se está llevando a cabo en la actualidad por los médicos del primer nivel de atención hacia los pacientes con dicha patología.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial contribuye importantemente a la mortalidad de causas cardiovasculares, primera causa de muerte en México, aunado a que más de la mitad de los presupuestos del sector salud se están utilizando para tratar las complicaciones de las patologías crónico-degenerativas de este tipo. La Hipertensión Arterial es una de las principales causas de consulta de los servicios de salud a nivel institucional, consecuentemente la inversión de recursos en su atención es grande; desafortunadamente, es poco redituable en la salud del paciente y del propio sistema de salud, pues las intervenciones que se realizan para prevenir el daño, no logran controlar la evolución de la enfermedad ni sus complicaciones, encontrando en la literatura que el principal motivo de esto, es que se esté tomando mayor importancia al tratamiento farmacológico de la enfermedad, que al no farmacológico, en donde se ve implicada la promoción de los estilos de vida saludables.

Es cierto que gran parte de las indicaciones terapéuticas del tratamiento de la Hipertensión Arterial, quedan bajo la responsabilidad directa del paciente y muchas veces, el paciente es quien tiene que decidir si realiza o no estas indicaciones y si estas son llevadas adecuadamente, sin embargo, el papel del médico familiar en la promoción y educación de los estilos de vida para el control del paciente y prevención de las complicaciones, viene a tomar el principal papel para el éxito terapéutico, complementándose como trabajo mutuo entre médico y paciente, para llevar a cabo las metas del tratamiento y como se pudo observar en la investigación teórica, el pilar del tratamiento de la Hipertensión Arterial, es lograr cambios radicales en los estilos de vida de los pacientes, por lo que es importante recalcar que los estilos de vida saludables no son solo parte del tratamiento del paciente con Hipertensión Arterial, los estilos de vida saludables son el tratamiento en si en este tipo de pacientes. Por lo anterior se justifica hacer una investigación acerca de cómo se están llevando a cabo los estilos de vida de los pacientes hipertensos de la UMF 28 "Gabriel Mancera" I.M.S.S. y de esta manera, se reconocerá la necesidad o no de reforzar la educación y promoción de este pilar del tratamiento entre los pacientes, además de hacer concientización en el personal de salud, al conocer los resultados de cómo se está ejerciendo su rol de educadores y promotores de los estilos de vida saludables, de esta manera se lograra mejorar el control en los pacientes hipertensos, además de evitar la presentación de las complicaciones que acompañan a la hipertensión arterial.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer el nivel de los estilos de vida en los pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” I.M.S.S.

##### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar el nivel de estilo de vida de los pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF 28 “Gabriel Mancera I.M.S.S.”.
2. Conocer el o los estilo de vida que se encuentran en mayor detrimento entre los pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF 28 “Gabriel Mancera I.M.S.S.”

## **5. HIPOTESIS**

### **5.1 HIPOTESIS ALTERNA:**

Los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" I.M.S.S. presentan un estilo de vida no saludable o "Malo".

### **5.2 HIPOTESIS NULA:**

Los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" I.M.S.S. presentan un estilo de vida saludable o "Excelente".

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO:

**Observacional:** De acuerdo con la interferencia del investigador

**Transversal:** Respecto al periodo y secuencia del estudio

**Descriptivo:** Según el control de las variables o el análisis de los resultados

### 6.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera I.M.S.S."

### 6.1 LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO:

Se realizó en la Unidad Médica familiar No. 28 I.M.S.S. con la aplicación del instrumento FANTASTICO (para evaluación de estilos de vida) en la población de pacientes hipertensos en el mes de octubre del año 2015.

### 6.2 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestreo no probabilístico por conveniencia, intencional en los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 28 I.M.S.S.

### **6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

#### **6.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica con seguimiento mensual de su enfermedad en la UMF 28 "Gabriel Mancera" I.M.S.S.

#### **6.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Secundaria.
- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica con seguimiento mensual de su enfermedad en medio privado, que acuden únicamente por medicamentos a la UMF 28 "Gabriel Mancera" I.M.S.S.

#### **6.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Pacientes que contestaron de forma incompleta el instrumento de evaluación.
- Pacientes que no aceptaron algún procedimiento necesario para la investigación (medida de presión arterial, perímetro abdominal, responder el instrumento, ser pesados y medidos etc.).

#### **6.4 VARIABLES DE ESTUDIO:**

6.4.1 Independiente: Estilo de vida

6.4.2 Dependiente: Hipertensión arterial

### 6.4.3 DEFINICION DE VARIABLES

#### 6.4.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES:

**Estilo de vida:** Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales". Conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control.

**Hipertensión arterial:** Aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial sistémica >140/90mmHg.

**Índice de Masa Corporal:**  $IMC = \text{kg} / \text{m}^2$ . Medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo ideada por el estadístico Belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet, es el parámetro que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal.

**Peso bajo:** Se refiere al resultado del cálculo del índice de masa corporal en un individuo que se encuentre en rango menor a 18.5.

**Pre-obesidad:** Se refiere al resultado del cálculo del índice de masa corporal en un individuo que se encuentre en rango de 25-29.9.

**Obesidad Grado 1:** Se refiere al resultado del cálculo del índice de masa corporal en un individuo que se encuentre en rango 30-34.9.

**Obesidad Grado 2:** Se refiere al resultado del cálculo del índice de masa corporal en un individuo que se encuentre en rango 35-39.9.

**Obesidad Grado 3:** Se refiere al resultado del cálculo del índice de masa corporal en un individuo que se encuentre en rango mayor de 40.

**Peso normal:** Se refiere al resultado del cálculo del índice de masa corporal en un individuo que se encuentre en rango 18.5- 24.9.

**Peso:** Medida de esta propiedad de los cuerpos.

**Perímetro abdominal:** Medida antropométrica de la circunferencia de la cintura pasando la cinta por el ombligo. Si es igual o mayor a 90 centímetros en hombres y más de 80 centímetros en mujeres son un indicador que predispone riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, entre otras enfermedades.

**Actividad física:** Movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga y trabajar en la huerta o el jardín son unos pocos ejemplos de actividad física.

**Tabaquismo:** **Adicción** que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la **nicotina**.

**Alcoholismo:** Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito. Abuso de bebidas alcohólicas.

**Dieta:** Conjunto de sustancias alimenticias que un ser vivo toma habitualmente

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, factor de riesgo no modificable.

**Género:** **clasificación de individuos o cosas en las que los mismos pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares** que los caractericen.

**Comorbilidad:** La presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

**Sueño:** Período de descanso del **cuerpo** y de la mente en el que hay una paralización o inhibición de la conciencia y de la mayor parte de las funciones corporales, necesario para la vida del ser humano.

**Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

**Introspección:** Observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.

**Familia:** Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

**Amigos:** Relación de afecto, simpatía y confianza que se establece entre personas que no son familia.

**Trabajo:** Se denomina trabajo a toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas.

**Personalidad:** Conjunto de rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la diferencian de las demás.

## 6.4.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Hipertensión Arterial Primaria	Cualitativa	Ordinal	1. SI 2. NO
Índice de Masa Corporal	Cualitativa	Ordinal	1. Peso Bajo 2. Rango normal 3. Pre-obesidad 4. Obesidad G1 5. Obesidad G2 6. Obesidad G3
Circunferencia abdominal	Cualitativa	Ordinal	1. > 90cm Hombres 2. < 90cm Hombre 3. > 80 cm Mujeres 4. < 80 cm Mujeres
Consumo de Alcohol	Cualitativa	Ordinal	Número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copita de alcohol) 2) 0-7 1) 7-12 0) Más de 12
Tabaco	Cualitativa	Ordinal	Fuma cigarrillos o sus derivados: 2) No, en los últimos 5 años 1) No, en el último año 0) Sí, en el último año
Drogas	Cualitativa	Ordinal	Uso de drogas como cocaína, marihuana o pasta base: 2) Nunca 1) Ocasionalmente

			<p>0) A menudo</p> <p>Uso excesivo de remedios indicados o medicamentos que pueden comprarse sin receta:</p> <p>2) Nunca</p> <p>1) Ocasionalmente</p> <p>0) A menudo</p> <p>Bebe café, té , o bebidas de cola que contienen cafeína:</p> <p>2) Menos de 3 al día</p> <p>1) De 3 a 6 al día</p> <p>0) Más de 6 al día</p>
<b>Actividad física</b>	Cuantitativa	Ordinal	<p>Integrante activo de un grupo de apoyo a la salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros).</p> <p>Participa:</p> <p>2) Casi siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Nunca</p> <p>Realiza actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinería, o deporte) durante 30 minutos cada vez.</p> <p>2) 3 o más veces por semana</p>

			<p>1) 1 vez por semana 0) No hago nada</p> <p>Caminar al menos 30 minutos diariamente</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi nunca</p>
<b>Sueño y Estrés</b>	Cuantitativa	Ordinal	<p>Duerme bien y se siente descansado (a):</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Casi Nunca</p> <p>Se siente capaz de manejar el estrés o tensión en su vida:</p> <p>2) Casi siempre 1) A veces 0) Nunca</p>
<b>Nutrición-Dieta</b>	Cualitativa	Ordinal	<p>Consume 2 porciones de verduras y 3 de frutas:</p> <p>2) Todos los días 1) A veces 0) Casi nunca</p> <p>A menudo consume mucha azúcar o sal, comida chatarra o con mucha grasa:</p> <p>2) Ninguna de estas 1) Alguna de estas 0) Todas estas</p> <p>Esta pasado en su peso ideal:</p>

			<p>2) 0-4 kilos de mas</p> <p>1) 5-8 kilos de mas</p> <p>0) Más de 8 kilos de mas</p>
<b>Trabajo y Tipo de Personalidad</b>	Cualitativa	Ordinal	<p>Parece que anda acelerado (a):</p> <p>2) Casi nunca</p> <p>1) Algunas veces</p> <p>0) A menudo</p> <p>Se siente enojado (a) o agresivo (a):</p> <p>2) Casi nunca</p> <p>1) Algunas veces</p> <p>0) A menudo</p> <p>Se siente contento(a) con su trabajo o sus actividades:</p> <p>2) Casi siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Nunca</p>
<b>Introspección</b>	Cualitativa	Ordinal	<p>Es un pensador(a) positivo(a) u optimista :</p> <p>2) Casi siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Nunca</p> <p>Se siente tenso (a) o apretado(a):</p> <p>2) Casi nunca</p> <p>1) Algunas veces</p> <p>0) A menudo</p> <p>Se siente deprimido o triste:</p> <p>2) Casi nunca</p>

			<p>1) Algunas veces</p> <p>0) A menudo</p>
<b>Conducta Sexual / Control de salud</b>	Cualitativa	Ordinal	<p>Se realiza controles de salud en forma periódica:</p> <p>2) Siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Casi nunca</p> <p>Conversa con su pareja y familia temas de sexualidad:</p> <p>2) Siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Casi nunca</p> <p>En su conducta sexual se preocupa del autocuidado y cuidado de su pareja:</p> <p>2) Siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Casi nunca</p>
<b>Familia y Amigos</b>	Cualitativa	Ordinal	<p>Tiene con quien hablar de las cosas que son importantes para usted:</p> <p>2) Casi siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Casi Nunca</p> <p>Da y recibe cariño:</p> <p>2) Casi siempre</p> <p>1) A veces</p> <p>0) Casi Nunca</p>

## 6.4.3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE COVARIABLES COMPLEMENTARIAS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Codificación de datos
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Se registra en años cumplidos.	Cuantitativa	0=30-34 1=35-39 2=40-44 3=45-49 4=50-54 5= 55-59 6=60-64 7=65-69 8=70-74 9=76-80 10=81-85
SEXO	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Se clasificará en masculino o femenino	Cualitativa/Nominal Dicotómica	1=Femenino 2=Masculino
CO-MORBILIDADES	Enfermedades agregadas que presenten los médicos, con diagnóstico ya confirmado y que no sean complicaciones propias de la hipertensión arterial.	Se deben interrogar a los participantes.	Nominal	1=Enfermedad tiroidea: 2=DM2 3=Síndrome metabólico 4=Trastornos psiquiátricos 5=Trastornos digestivos 6=Trastornos osteomusculares o reumáticos 7=Alcoholismo 8=Otras toxicomanías

## 6.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

A) Cuestionario *FANTÁSTICO*, un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad *McMaster* de Canadá, es hoy considerado una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pues permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular, validado y realizado en versión al español para aplicarse a la población mexicana.

B) Cuestionario complementario de datos generales, en cuyo contenido se preguntan además datos sociodemográficos, parámetros de peso, talla, perímetro abdominal, presión arterial, escolaridad y ocupación.

## 6.6 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El investigador acudió a los consultorios de medicina familiar, en diferentes días, donde realizó una presentación breve del propósito del estudio invitando a los pacientes hipertensos a participar, se resolvieron las dudas e inquietudes, se entregó una carta de consentimiento informado para la participación. Posteriormente se entregaron los cuestionarios y se dieron instrucciones sobre su llenado. El investigador permaneció en el lugar para responder las dudas durante el cuestionario. Al término de estos, de manera rápida y eficaz se llevó cabo la toma de presión arterial conforme la técnica adecuada, así como la medición del perímetro abdominal el peso y talla.

Una vez listos los cuestionarios se procedió a revisar que estuvieran completamente resueltos para (conforme los criterios de selección) fueran eliminados o incluidos. Se realizó una base de datos de acuerdo a las variables establecidas, y se realizó el método estadístico para las conclusiones.

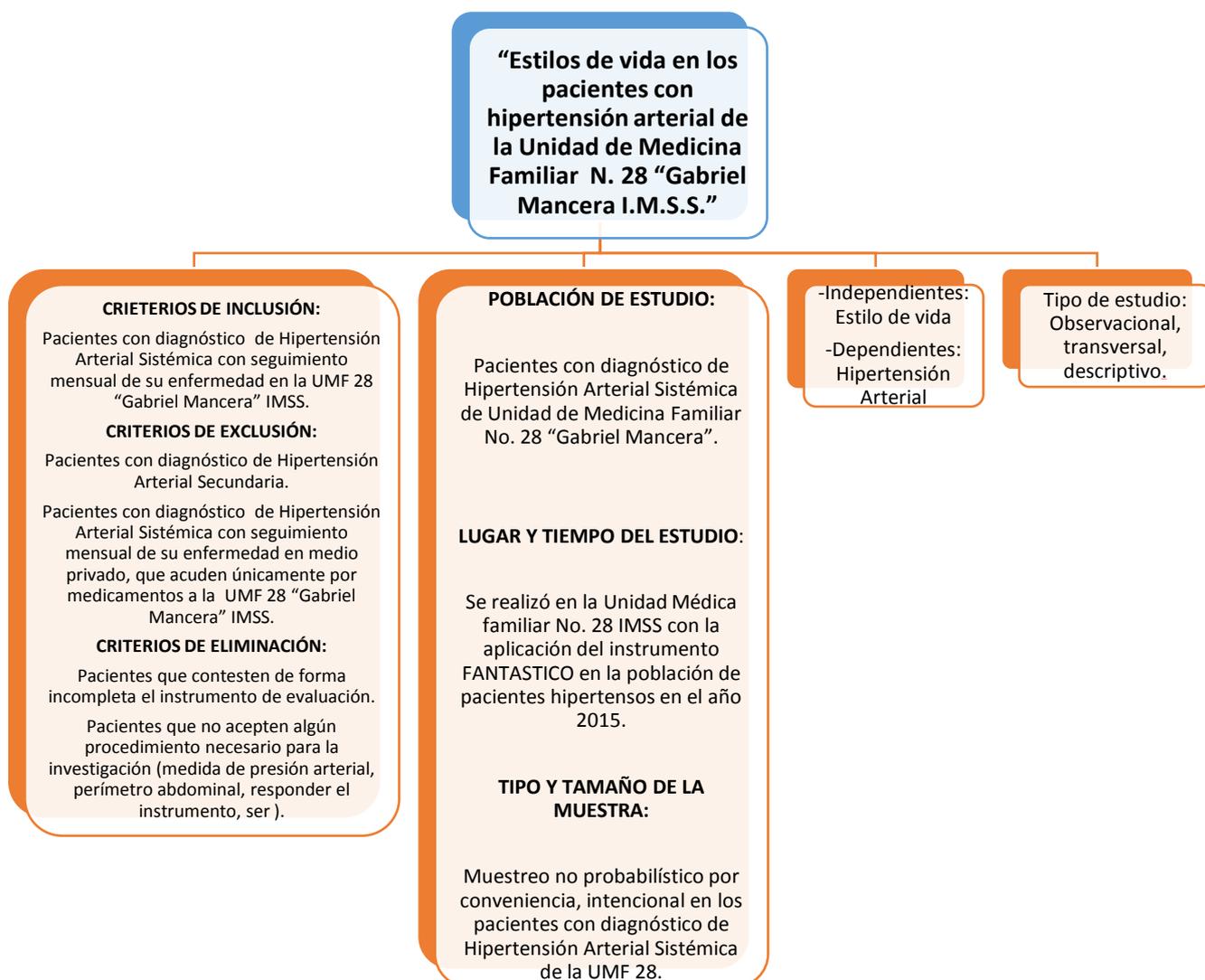
### **6.7 ANALISIS ESTADÍSTICO**

- Se usaron medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y dispersión (dispersión estándar, porcentajes, con los resultados de los cuestionarios aplicados).
- El manejo y análisis de los datos recabados se realizó con el programa estadístico SPSS V 22.

### **6.8 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en la Unidad de Medicina Familiar N. 28, a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica de la Unidad de Medicina Familiar, aplicando el cuestionario FANTASTICO de estilos de vida y la medición de tensión arterial, perímetro abdominal, peso y talla así como la aplicación de un cuestionario de datos generales que incluye datos sociodemográficos como lo es la edad, el género, escolaridad y ocupación.

## 6.9 DISEÑO DE ESTUDIO



## 7. MANIOBRAS PARA EVITAR SESGO.

Mediante los criterios de selección se delimitó adecuadamente a los participantes, quienes participaron voluntariamente evitando la imposición. Los cuestionarios aplicados fueron instrumentos ya validados para aplicarse de forma auto-administrada, confiables y de fácil

llenado, además del cuestionario de preguntas básicas sobre los estilos de vida que es claro, corto y con redacción simple. El investigador se encontró presente durante la aplicación del instrumento, para resolver las dudas y verificar el llenado completo disminuyendo la posibilidad del sesgo que implica un instrumento auto-administrado.

Se analizaron los resultados mediante estadística común y fácil de usar, así como uno de los mejores y más sencillos programas estadísticos de computadora que disminuye el riesgo de error humano. Todo lo anterior fué asesorado por personal calificado y con experiencia.

## **8. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En esta investigación no se puso en peligro la vida, no se produjeron riesgos ni lesiones al ser humano, no existieron intervenciones médicas invasivas, diagnósticas o terapéuticas (no se tomaron muestras) y solo se realizaron preguntas a través de los instrumentos ya señalados. Por lo anterior únicamente se solicitó el consentimiento informado de los adultos (anexo). Se otorga a cada paciente una carta de Consentimiento informado en donde se explica en que consiste su participación, respetando la confidencialidad e integridad del paciente.

La información recolectada se mantuvo estrictamente anónima, ya que solamente fue conocida por los investigadores participantes.

En el presente estudio de investigación se realizó el consentimiento informado por escrito aunque no se está atentando contra la integridad física o psicológica de los pacientes. Es importante indicar que los procedimientos en este estudio se apegan de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 17 y en materia de Investigación en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989) y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, describiéndose como un estudio de riesgo mínimo. Se apegó a las normas y reglamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Además de la seguridad, el bienestar de los pacientes se respetó cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmonte y el código de reglamentos federales de Estados Unidos (Código Común).

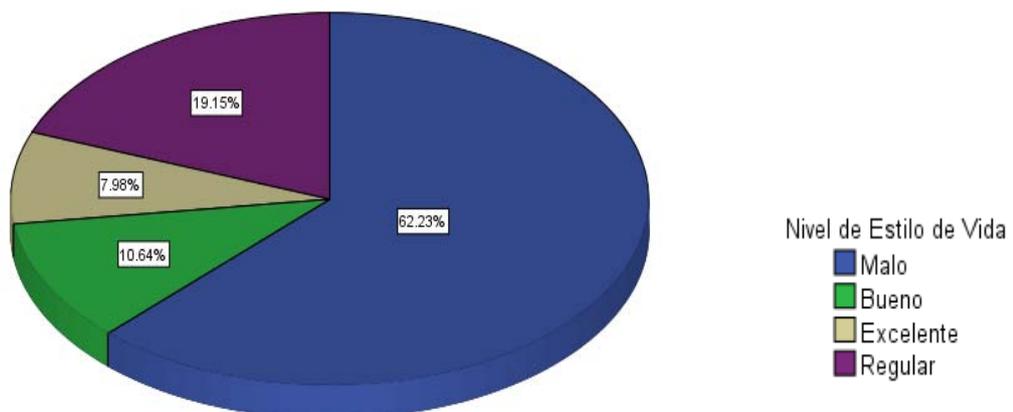
## 9. RESULTADOS.

### NIVEL DE ESTILO DE VIDA

Del total de la muestra en estudio (188 participantes), se encontró que el 62.2% tiene un nivel de estilo de vida “Malo”, lo que correspondió a 117 de los participantes, siguiendo con un porcentaje de 19.1% con nivel de estilo de vida “Regular”, correspondiente a 36 de los participantes en estudio. Posteriormente se encontró que el estilo de vida “Bueno” y “Excelente” fueron los estilos más precarios, encontrando un 10.6% en nivel de estilo de vida “Bueno” y un 8% con nivel de estilo de vida “Excelente”, lo que correspondió a 20 participantes y 15 participantes respectivamente, de la muestra en estudio. (Gráfica 1).

**Tabla 1. ESTILO DE VIDA.**

Estilo de Vida		Frecuencia	Porcentaje
Nivel	Malo	117	62.2
	Bueno	20	10.6
	Excelente	15	8.0
	Regular	36	19.1
	Total	188	100.0



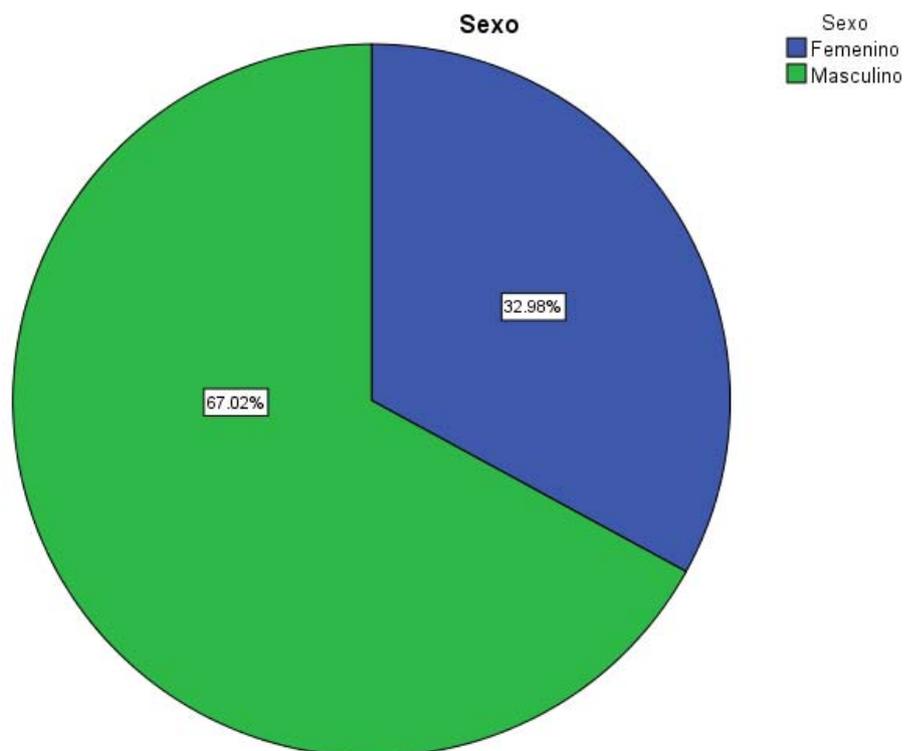
**Gráfica 1. ESTILO DE VIDA**

**SEXO.**

Se encontró en el estudio de la muestra de los 188 participantes que el 67% representó una población de hipertensos de sexo masculino, lo que corresponde a una frecuencia de 126 participantes, mientras que el resto de la población, es decir, el 33%, representó una población de hipertensos del sexo femenino, lo que corresponde a una frecuencia de 62 participantes. (Gráfica 2).

**Tabla 2. SEXO**

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	62	33.0
	Masculino	126	67.0
	Total	188	100.0

**Gráfica 2. SEXO**

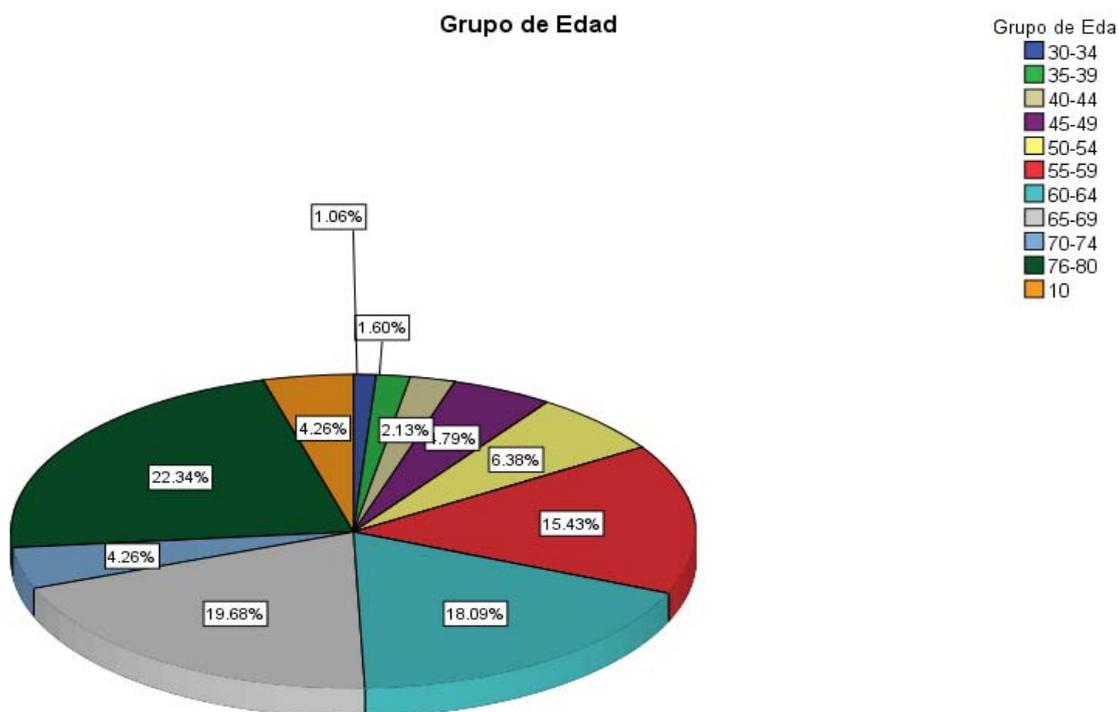
### GRUPO DE EDAD.

Entre los hallazgos del estudio, se muestra que el grupo de edad con mayor frecuencia entre los pacientes hipertensos fue el de 76-80 años de edad con una frecuencia de 42 participantes de la muestra, representando al 22.3%, posteriormente siguiendo en frecuencia los grupos de 65-69 años, 60-64 años, 55-59 años siendo estos los más representativos de la muestra de los 188 pacientes en estudio con frecuencias de 37, 34 y 29 participantes respectivamente, el grupo de edad con menor frecuencia encontrado en el estudio fue el grupo de 30-34 años, con 2 participantes, representando al 1.1% de la muestra (Gráfica 3).

**Tabla 3. GRUPO DE EDAD**

	Edad	Frecuencia	Porcentaje
G R U P O	30-34	2	1.1
	35-39	3	1.6
	40-44	4	2.1
	45-49	9	4.8
	50-54	12	6.4
	55-59	29	15.4
	60-64	34	18.1
	65-69	37	19.7
	70-74	8	4.3
	76-80	42	22.3
	10	8	4.3
		Total	188

**Gráfica 3. GRUPO DE EDAD**



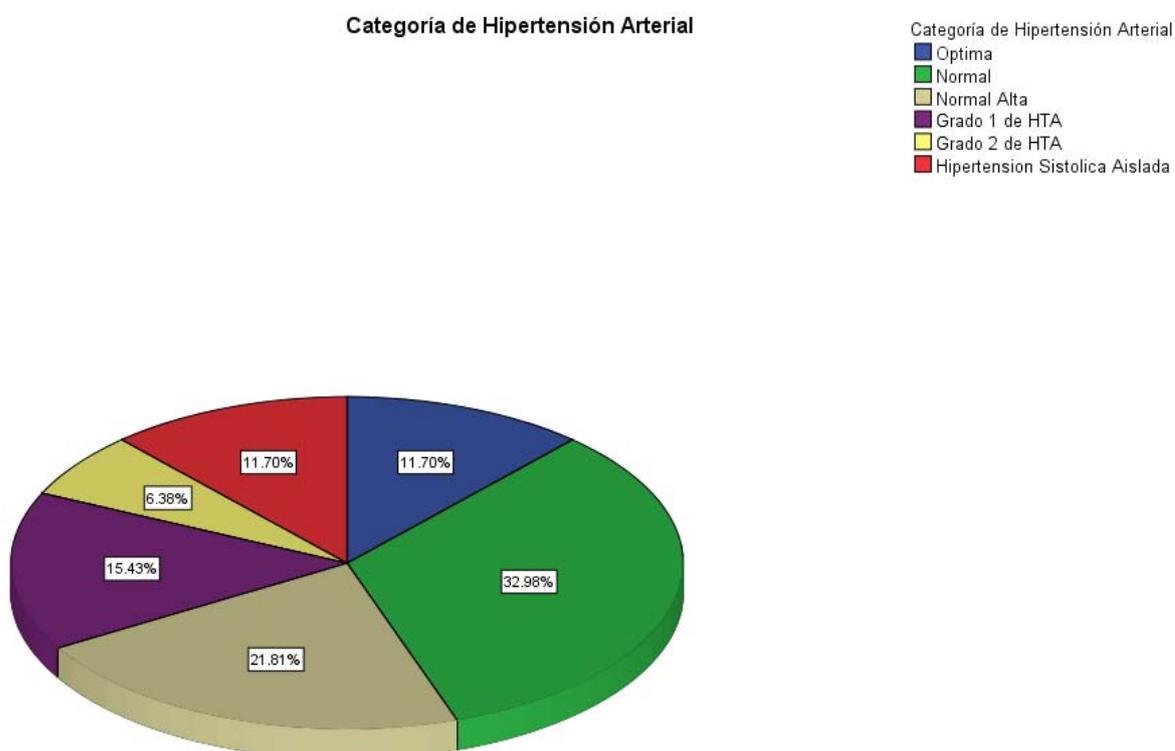
### CATEGORÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL JNC8.

Al momento del estudio se detecta que la mayor frecuencia de Hipertensión Arterial en los pacientes fue Tensión Arterial Normal con un porcentaje del 33%, representando a una frecuencia de 62 participantes, siguiendo con Tensión Arterial Normal Alta con un porcentaje de 21.8%, representando una frecuencia de 41 participantes, continuando con Grado 1 de HTA con un porcentaje de 15.4%, representando una frecuencia de 29 participantes, el porcentaje más bajo encontrado en la población de hipertensos en estudio fue del 11.7% con una Tensión Arterial Optima, empatando el porcentaje con la HTA Sistólica Aislada igualmente con un 11.7%, en ambos casos representados con una frecuencia de 22 participantes. (Gráfica 4).

**Tabla 4. CATEGORIA HTA JNC8**

Categoría Hipertensión Arterial (HTA) JNC8		Frecuencia	Porcentaje
HTA	Optima	22	11.7
	Normal	62	33.0
	Normal Alta	41	21.8
	Grado 1 de HTA	29	15.4
	Grado 2 de HTA	12	6.4
	Hipertensión Sistólica Aislada	22	11.7
	Total	188	100.0

**Gráfica 4. CATEGORIA HTA JNC8.**



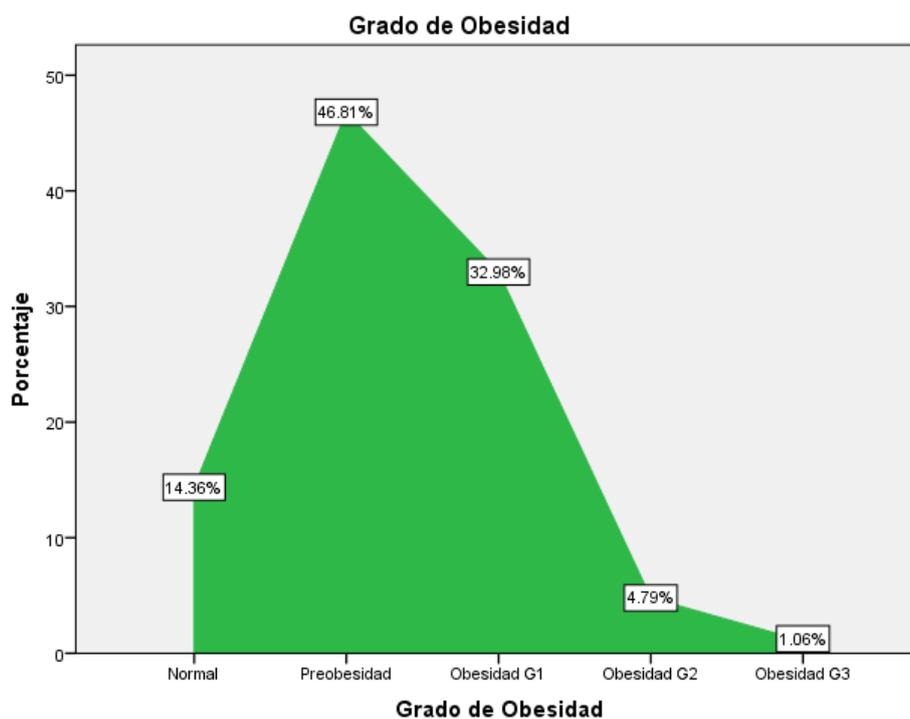
## GRADO DE OBESIDAD

Se encontró que el porcentaje que predominó entre la muestra de pacientes hipertensos fue el rango de Pre-obesidad con un 46.8%, representado por una frecuencia de 88 participantes, seguido de Obesidad G1 con un 33% representado por una frecuencia de 62 participantes, continuando con un 14.4% encontrados en rango Normal, representado por una frecuencia de 27 participantes; los más bajos porcentajes encontrados estuvieron en los rangos de Obesidad G2 y Obesidad G3, con porcentajes del 4.8% y 1.1% , con frecuencias de 9 y 2 participantes, respectivamente. (Gráfica 5).

**Tabla 5. GRADO DE OBESIDAD**

Grado de Obesidad	Frecuencia	Porcentaje
Normal	27	14.4
Pre-obesidad	88	46.8
Obesidad G1	62	33.0
Obesidad G2	9	4.8
Obesidad G3	2	1.1
Total	188	100.0

**Gráfica 5. GRADO DE OBESIDAD**

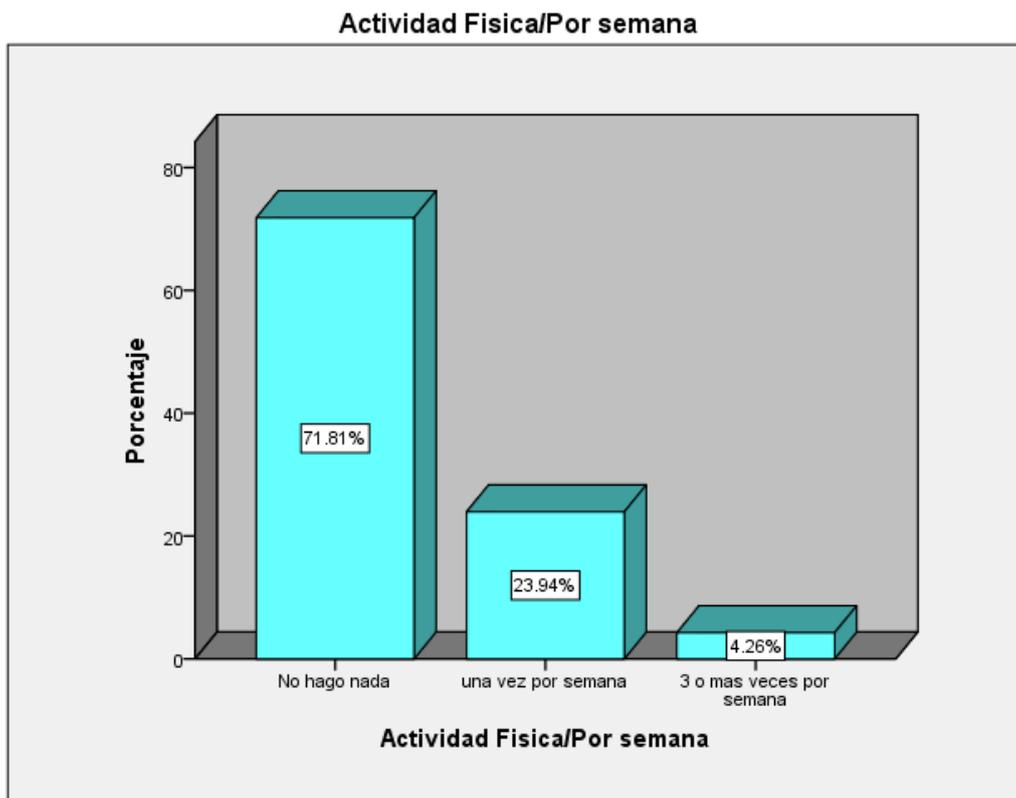


### ACTIVIDAD FISICA POR SEMANA.

Se determinó con el estudio de la muestra de los 188 pacientes con hipertensión Arterial que el 71.8% de éstos refiere no hacer ninguna actividad física semanal, porcentaje representado por una frecuencia de 135 participantes, el 23.9% de la muestra, representado por 45 participantes, refirió realizar actividad física una vez por semana y el resto de la muestra refirió hacer actividad física semanal 3 veces por semana en un porcentaje de 4.3%, representado con una frecuencia de 8 pacientes. (Gráfica 6).

**Tabla 6.**  
**ACTIVIDAD FISICA**  
**POR SEMANA.**

Actividad Física por Semana	Frecuencia	Porcentaje
No hago nada	135	71.8
Una vez por semana	45	23.9
3 o más veces por semana	8	4.3
Total	188	100.0



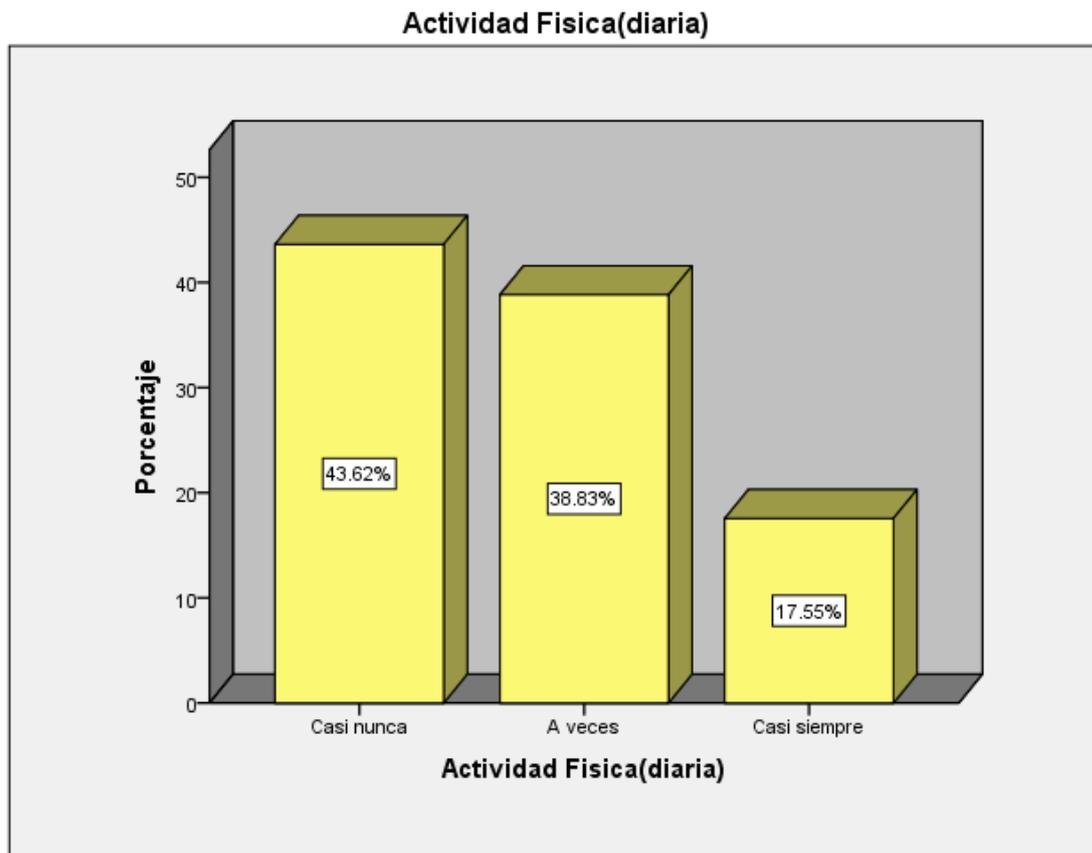
**Gráfica 6. ACTIVIDAD FISICA POR SEMANA.**

### ACTIVIDAD FISICA DIARIA.

En lo referente a actividad física diaria, se determinó que el 43% de la muestra en estudio “Casi nunca” realiza actividad física diaria, porcentaje representado por 82 de los participantes, siendo el porcentaje predominante, en seguida se encuentra que el 38.8% realiza actividad física diaria “A veces”, porcentaje representado por una frecuencia e 73 participantes, y el 17.6% con la menor frecuencia representada por 33 participantes, realiza actividad física “Casi siempre”. (Gráfica 7).

**Tabla 7. ACTIVIDAD FISICA DIARIA**

Actividad Física Diaria	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	82	43.6
A veces	73	38.8
Casi siempre	33	17.6
Total	188	100.0



**Gráfica 7. ACTIVIDAD FISICA DIARIA.**

**NUTRICIÓN.**

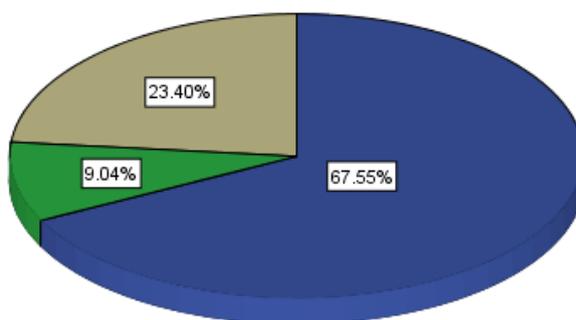
Entre los hallazgos del estudio de la muestra de los 188 pacientes hipertensos, se tiene que el 67% “Casi nunca” consume un mínimo de dos porciones de frutas y verduras, porcentaje representado por 127 de los participantes, continuando con un 23.4% que refiere consumirlas todos los días, dicho porcentaje representado por 44 participantes y por último el 9% refirió consumir únicamente a veces dos porciones de verduras y frutas, porcentaje representado por 17 de los participantes. (Gráfica 8).

**Tabla 8**  
**NUTRICIÓN.**

Dos porciones de Verduras y Frutas	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	127	67.6
A veces	17	9.0
Todos los días	44	23.4
Total	188	100.0

**Nutricion/Porciones**

Nutricion/Porciones  
■ Casi nunca  
■ A veces  
■ Todos los dias

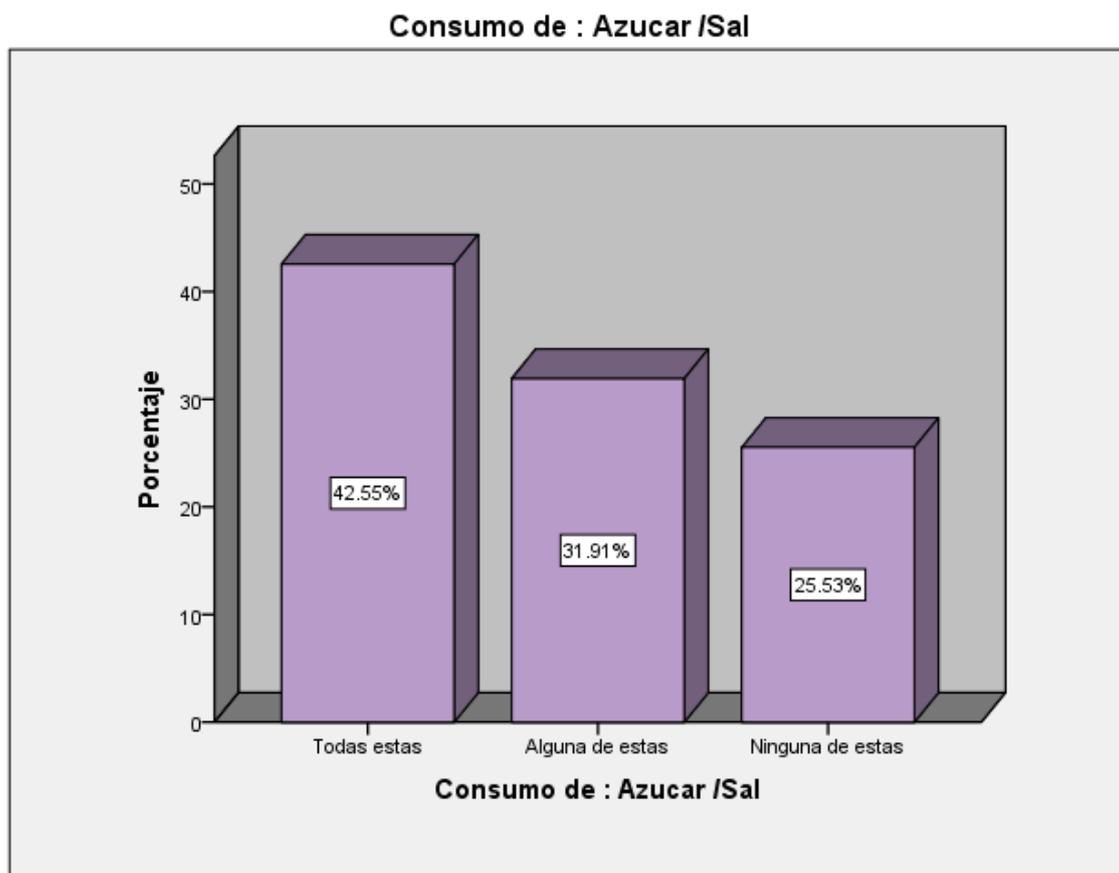


**Gráfica 8. NUTRICIÓN.**

En los hallazgos de la interrogante acerca de Si a menudo los participantes consumen mucha azúcar, sal, comida chatarra y/o con mucha grasa en su dieta, se encontró que el 42.6% refiere consumir todas estos alimentos, porcentaje representado por 80 de los participantes, mientras que el 31.9% consume solo alguno de estos en su dieta, porcentaje representado por 60 de los participantes, el menor porcentaje 25.5% refiere no consumir ninguno de estos alimentos en su dieta, porcentaje representado por 48 de los participantes. (Gráfica 9).

**Tabla 9.CONSUMO DE AZUCAR/SAL**

Consume:	Frecuencia	Porcentaje
Todas estas	80	42.6
Alguna de estas	60	31.9
Ninguna de estas	48	25.5
Total	188	100.0



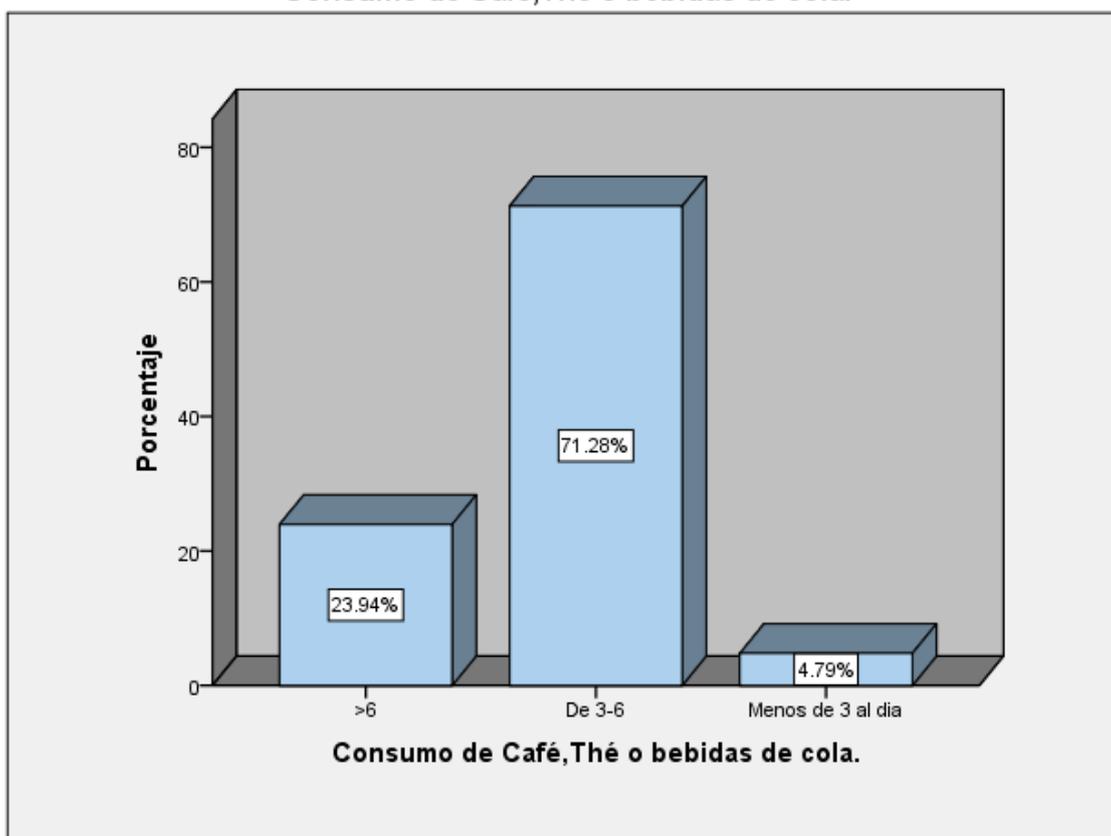
**Gráfica 9. CONSUMO DE AZUCAR/SAL.**

En lo referente al consumo de bebidas del tipo café, té y/o bebidas de cola, se encontraron los siguientes resultados: 71.3% consume un número de 3-6 de las bebidas mencionadas al día, representando en frecuencia a 134 de los participantes en estudio, el 23.9% consume más de 6 de las bebidas al día, con una frecuencia de 45 participantes y por último el 4.8% consume menos de 3 de las bebidas al día, representado en frecuencia a 9 de los participantes en estudio. (Gráfica 10).

**Tabla 10. CONSUMO DE CAFÉ, THE O BEBIDAS DE COLA.**

Número de Bebidas		Frecuencia	Porcentaje
Por día	>6	45	23.9
	De 3-6	134	71.3
	Menos de 3	9	4.8
	Total	188	100.0

**Consumo de Café, Thé o bebidas de cola.**



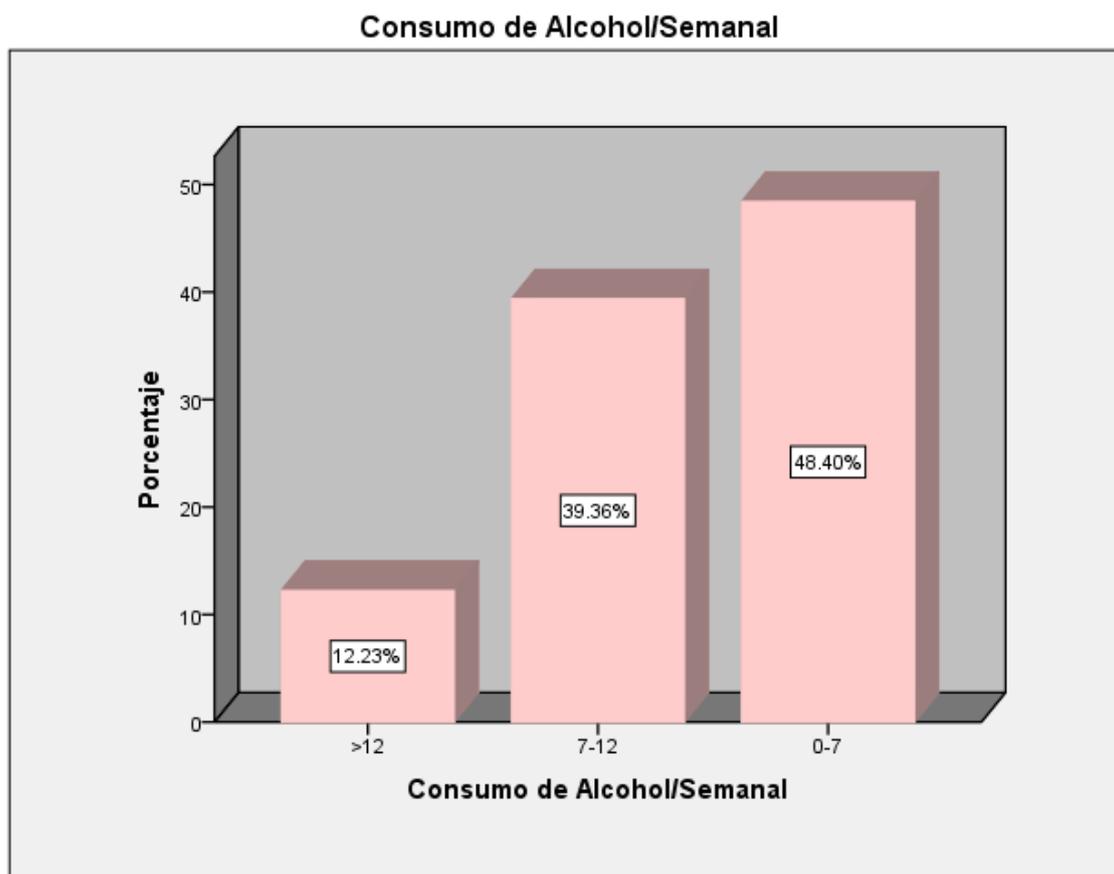
**Gráfica 10 CONSUMO DE AZUCAR/SAL.**

## CONSUMO DE ALCOHOL.

Se detectó en el estudio que el 48.4% de la muestra en estudio de pacientes hipertensos toma un total de 0-7 tragos en promedio semanal con una frecuencia de 91 participantes, seguido del 39.4% que toma de 7-12 tragos de alcohol por semana, representado por una frecuencia de 74 de los participantes y por último el porcentaje más bajo de consumo de alcohol semanal fue de 12.2% consumiendo más de 12 tragos representado por una frecuencia de 23 participantes. (Gráfica 11).

**Tabla 11.**  
**CONSUMO DE**  
**ALCOHOL**

#Tragos	Frecuencia	Porcentaje
>12	23	12.2
7-12	74	39.4
0-7	91	48.4
Total	188	100.0



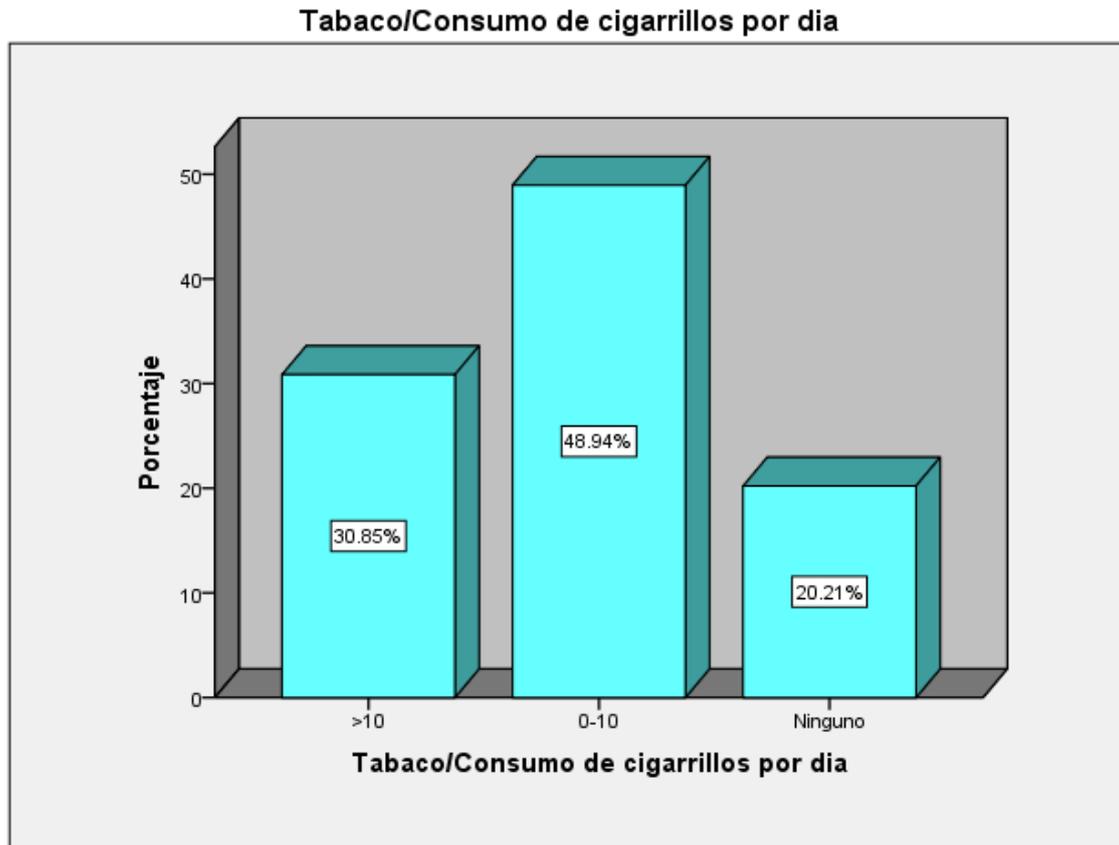
**Gráfica 11. CONSUMO DE ALCOHOL.**

**TABACO.**

Se detectó en un 46.9% de la muestra de pacientes hipertensos que el consumo de cigarrillos por día es de 0-10, representado por una frecuencia de 92 participantes, el 30.9% consume más de 10 cigarrillos por día, representado por una frecuencia de 58 participantes y por último el 20.2% no consume ningún cigarrillo, representado por una frecuencia de 38 participantes. (Gráfica 12).

**Tabla 12. TABACO**

Consumo de Cigarrillos por día	Frecuencia	Porcentaje
>10	58	30.9
0-10	92	48.9
Ninguno	38	20.2
Total	188	100.0

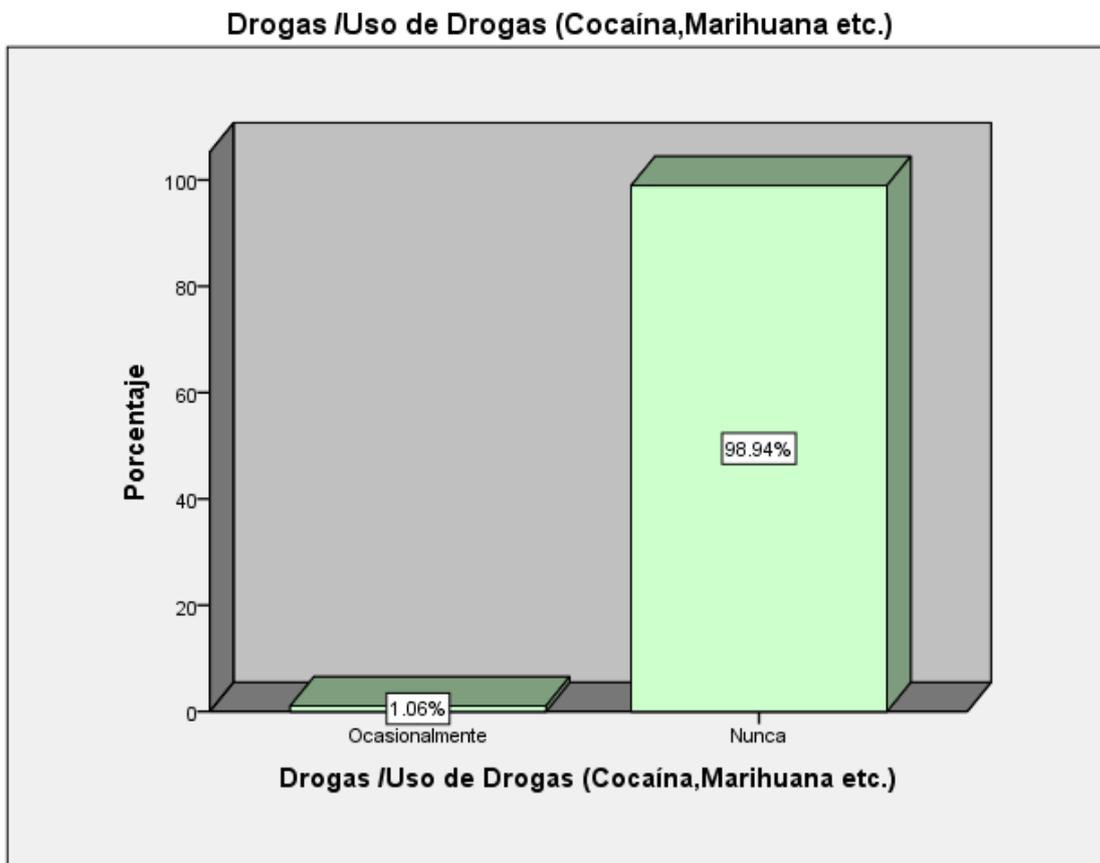
**Gráfica 12. TABACO.**

### CONSUMO DE DROGAS. (Marihuana, Cocaína etc.).

Se encontró en el estudio que el 98.9% de los participantes nunca ha consumido drogas, representado por 186 de los participantes, únicamente el 1.1% ocasionalmente consume alguna de estas drogas. (Gráfica 13).

**Tabla 13. CONSUMO DE DROGAS.  
(Marihuana, Cocaína etc.).**

Consumo de Drogas		Frecuencia	Porcentaje
	Ocasionalmente	2	1.1
	Nunca	186	98.9
	Total	188	100.0



**Gráfica 13. CONSUMO DE DROGAS. (Marihuana, Cocaína etc.).**

**USO DE REMEDIOS O MEDICAMENTOS SIN RECETA.**

Se encontró que el 37.8% de la muestra de pacientes hipertensos, hace uso de remedios o medicamentos sin receta "A menudo", representado por una frecuencia de 71 de los participantes, el 34% lo hace "Ocasionalmente", representado por 64 participantes y el 28.2% nunca lo hace, representado por 53 de los participantes.

**Tabla 14. USO DE REMEDIOS O MEDICAMENTOS SIN RECETA.**

USO	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	71	37.8
Ocasionalmente	64	34.0
Nunca	53	28.2
Total	188	100.0

**COMUNICACIÓN.**

En comunicación, los resultados obtenidos fueron: 41.5% "Casi siempre" tienen con quien hablar de cosas que son importantes para ellos, representado por 78 de los participantes, 40.4% de los pacientes hipertensos en estudio solo "A veces" tienen con quien hablar de cosas que son importantes para ellos, representado por 76 de los participantes y 18.1% "Casi nunca" tiene con quien hablar, representado por 34 de los participantes.

**Tabla 15. COMUNICACIÓN**

Comunicación/Familia -Amigos	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	34	18.1
a veces	76	40.4
Casi siempre	78	41.5
Total	188	100.0

**CARIÑO.**

Los hallazgos encontrados en este rubro en la muestra de pacientes hipertensos muestra que el 47.3% “Casi nunca” Da o recibe muestras de cariño, representado por 89 de los participantes, el 31.9% refiere que “Casi siempre” recibe y/o da muestras de cariño, representado por 60 de los participantes y el 20.7% solo “A veces” da y recibe muestras de cariño, representado por 39 de los participantes.

**Tabla 16. CARIÑO.**

Cariño/Familia-Amigos		Frecuencia	Porcentaje
	Casi nunca	89	47.3
	A veces	39	20.7
	Casi siempre	60	31.9
	Total	188	100.0

**SUEÑO Y ESTRÉS.**

Los resultados muestran que el 39.9% de la población en estudio “Casi nunca” duerme bien o se siente descansado, representado por una frecuencia de 75 participantes, el 38.8% “Casi siempre”, representado por una frecuencia de 73 participantes y el 21.3% solo “A veces”, representado por una frecuencia de 40 participantes.

**Tabla 17. SUEÑO Y ESTRÉS**

Sueño y Estrés		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	75	39.9
	A veces	40	21.3
	Casi siempre	73	38.8
	Total	188	100.0

**MANEJO DEL ESTRÉS.**

Se encontró que el 84.6% de la muestra en estudio de pacientes hipertensos “Casi nunca” tiene la capacidad de hacer manejo del estrés en su vida diaria, representado por una frecuencia de 159 pacientes, el 10.6% solo “A veces” logra hacerlo, representado por una frecuencia de 20 de los participantes y el 4.8% “Casi siempre” logra manejar el estrés, representado por una frecuencia de 9 participantes en el estudio.

**Tabla 16. MANEJO DEL ESTRÉS**

Manejo del Estrés		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	159	84.6
	A veces	20	10.6
	Casi siempre	9	4.8
	Total	188	100.0

**TIEMPO LIBRE.**

Los resultados muestran que en estos pacientes hipertensos del estudio el 50% “Casi nunca” se relaja y disfruta de su tiempo libre, representado por una frecuencia de 94 participantes, el 28.2% “Casi siempre”, representado por una frecuencia de 53 participantes y el 21.8% solo “A veces” lo hace, representado por una frecuencia de 41 participantes.

**Tabla 17. TIEMPO LIBRE.**

Tiempo libre.		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	94	50.0
	A veces	41	21.8
	Casi siempre	53	28.2
	Total	188	100.0

**TIPO DE PERSONALIDAD.**

En el tipo de personalidad se identificó que el 86.7% de la población en estudio “A menudo” se sienten enojados o agresivos, representado por una frecuencia de 163 participantes, el 9% “Algunas veces”, representado por una frecuencia de 17 participantes y el 4.3% “Casi nunca” se sienten de esta manera.

**Tabla 18. TIPO DE PERSONALIDAD**

Tipo de Personalidad/Enojo-Agresividad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A menudo	163	86.7
	Algunas veces	17	9.0
	Casi nunca	8	4.3
	Total	188	100.0

En este mismo rubro se identifica que el 43.6% de los participantes “A menudo” se sienten acelerados en las actividades diarias, representado por una frecuencia de 82 pacientes, el 38.8% “Algunas veces” se sienten de esta manera y el 17.6% “Casi nunca”, representado por una frecuencia de 33 pacientes.

**Tabla 19. TIPO DE PERSONALIDAD**

Tipo de Personalidad/Acelerados		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A menudo	82	43.6
	Algunas veces	73	38.8
	Casi nunca	33	17.6
	Total	188	100.0

El 39.9% de los participantes en el estudio “Casi nunca” se sienten contentos con las actividades que realizan en su trabajo diariamente, representado por una frecuencia de 75 pacientes, un 38.8% “Casi siempre”, representado por una frecuencia de 73 participantes y el 21.3% “A veces”, representado por una frecuencia de 40 pacientes.

**Tabla 20. PERSONALIDAD/TRABAJO**

Personalidad/Trabajo		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	75	39.9
	A veces	40	21.3
	Casi siempre	73	38.8
	Total	188	100.0

**INTROSPECCIÓN.**

El 83.5% de los participantes refirieron que “Casi nunca” se consideran positivos u optimistas, representado por una frecuencia de 157 participantes, el 12.2% “A veces”, representado por una frecuencia de 23 participantes y el 4.3% “Casi siempre”, representado por una frecuencia de 8 participantes.

**Tabla 21. INTROSPECCIÓN.**

Introspección		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	157	83.5
	A veces	23	12.2
	Casi siempre	8	4.3
	Total	188	100.0

**CONTROL DE LA SALUD/CONDUCTA SEXUAL.**

Los resultados mostraron que el 77.1% de los pacientes “A veces” se realiza controles de salud en forma periódica, considerando que son pacientes en control mensual para HTA, estos representan una frecuencia de 145 participantes, el 11.7% consideró que “Casi nunca” lo realizan, representados por una frecuencia de 22 participantes y el 11.2% “Siempre” lo hace, representado por una frecuencia de 21 participantes.

**Tabla 22. CONTROL DE LA SALUD/CONDUCTA SEXUAL.**

Control de la Salud/Conducta Sexual		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	22	11.7
	A veces	145	77.1
	Siempre	21	11.2
	Total	188	100.0

**CONDUCTA SEXUAL/PAREJA-FAMILIA.**

El 84% de los pacientes del estudio “Casi nunca” comentan con su pareja o familia temas de sexualidad, representados por una frecuencia de 158 participantes, el 11.7% “A veces”, representado por una frecuencia de 22 participantes y el 4.3% “Siempre” lo hace, representado por una frecuencia de 8 participantes.

**Tabla 23.PAREJA-FAMILIA.**

Conducta Sexual/Pareja-Familia		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	158	84.0
	A veces	22	11.7
	Siempre	8	4.3
	Total	188	100.0

**CONDUCTA SEXUAL (INDIVIDUAL).**

El 82.4% de los pacientes “A veces” se preocupa del autocuidado y cuidado de su pareja, representado por una frecuencia de 155 participantes, el 12.2% “Casi siempre”, representado por una frecuencia de 23 participantes y el 5.3% “Casi nunca”, representado por una frecuencia de 10 participantes.

**Tabla 24.CONDUCTA SEXUAL INDIVIDUAL**

Conducta Sexual(Individual)		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	10	5.3
	A veces	155	82.4
	Casi siempre	23	12.2
	Total	188	100.0

**OTRAS CONDUCTAS/TRANSITO.**

El 42.6% de los pacientes, como peatón, pasajero de transporte y/o automovilista “A veces” es respetuoso de las ordenes de tránsito, representado por una frecuencia de 80 participantes, el 40.4% “Siempre”, representado por una frecuencia de 76 participantes y el 17% “Casi nunca”, representado por una frecuencia de 32 participantes.

**Tabla 25. OTRAS  
CONDUCTAS/TRANSITO**

Otras Conductas/Transito		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	32	17.0
	A veces	80	42.6
	Siempre	76	40.4
	Total	188	100.0

**OTRAS CONDUCTAS/CINTURÓN DE SEGURIDAD.**

El 77.1% de los pacientes del estudio “A veces” usa el cinturón de seguridad, representado por una frecuencia de 145 participantes, el 11.7% “Casi siempre” lo usa, representado por una frecuencia de 22 participantes y el 11.2% “Siempre”, representado por una frecuencia de 21 participantes.

**Tabla 26.USO CINTURÓN DE SEGURIDAD.**

Otras Conductas/Cinturón de Seguridad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi nunca	22	11.7
	A veces	145	77.1
	Siempre	21	11.2
	Total	188	100.0

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSS V22, para realizar la comparación de medias de las variables cuantitativas de: Peso, IMC, Presión arterial sistólica y diastólica, entre los diferentes niveles de estilo de vida se utilizó la prueba de ANOVA ya que se corroboró normalidad en la distribución de los datos. No se encontraron diferencias significativas entre las medias de las variables antes mencionadas. En este estudio no encontramos diferencias de medias entre los distintos niveles de estilo de vida y las medias de TAS, TAD, IMC, peso.

**Tabla 27. PRUEBA DE ANOVA**

<i>ANOVA/ Comparación de Medias</i>		<i>Media</i>	<i>Valor P /Sig.</i>
<i>Peso (Kg)</i>	Entre grupos	453.127	.067
	Dentro de grupos	186.332	
	Total		
<i>Talla (Mts)</i>	Entre grupos	.028	.015
	Dentro de grupos	.008	
	Total		
<i>IMC (Kg/m2)</i>	Entre grupos	19.848	.295
	Dentro de grupos	15.945	
	Total		
<i>Presión Arterial Sistólica</i>	Entre grupos	175.382	.576
	Dentro de grupos	264.394	
	Total		
<i>Presión Arterial Diastólica (mmHg)</i>	Entre grupos	14.467	.905
	Dentro de grupos	77.133	
	Total		

## 10. DISCUSION.

Del total de la muestra en estudio (188 participantes) de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica de la UMF 28 "Gabriel Mancera", se encontró en los resultados que el 62.2% tiene un nivel de estilo de vida "Malo", lo que correspondió a 117 de los participantes, con lo que se confirmó la hipótesis alterna del estudio, en donde se planteó que el nivel de los pacientes Hipertensos era "Malo". El nivel de estilo de vida "Excelente" fue el estilo más precario con un 8% de la muestra de pacientes, representado por 15 participantes, sin embargo el instrumento de evaluación de los estilos de vida que se aplica en el estudio abarca varias áreas para la evaluación del estilo de vida de los pacientes hipertensos, como sus siglas lo indican **FANTASTICO** : Familia y Amigos, Actividad Física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Control de la salud y conducta sexual y por ultimo **O**tras conductas en donde incluye uso de cinturón de seguridad y conducta peatonal, por lo tanto, es de suma importancia destacar las áreas que tienen mayor impacto entre los pacientes hipertensos.

En un estudio transversal realizado en Sinop, Municipio de la Amazonía Legal, mato grosso Brasil se estimó la prevalencia de la hipertensión arterial y su asociación con el estilo de vida, por medio de una encuesta domiciliaria llevada a cabo en Sinop-MT (n = 690). La única variable relacionada al estilo de vida asociada a la hipertensión arterial fue el consumo de bebidas alcohólicas. La hipertensión arterial se asoció independientemente al consumo de bebidas alcohólicas, entre varones y mujeres, lo que concuerda con el consumo de alcohol en los hipertensos de este estudio. Sin embargo en este estudio hay más variables relacionadas con los pacientes hipertensos, aunque no se establece claramente el impacto en el descontrol hipertensivo.

En un estudio realizado de tipo observacional, descriptivo, transversal de los pacientes portadores de hipertensión arterial en el poblado La Maya pertenecientes al Policlínico Docente Comunitario "Dr. Carlos J. Finlay" del Municipio Songo La Maya en el período comprendido entre Enero del 2002 y Enero del 2003, se encontró que el grupo de pacientes de 65 y más años fue el predominante (40 pacientes), el sexo femenino registró el 57,3 % de los pacientes. La raza negra fue mayoritaria 54,5 %. El nivel de escolaridad secundario fue el de más peso porcentual 51,8 %. La hipertensión moderada resultó ser la más frecuente en 73 pacientes, unida al tratamiento farmacológico en 85 enfermos, dentro de los factores de riesgo la ingestión de alcohol, el tabaquismo y los antecedentes familiares de hipertensión resultaron ser los de mayor peso porcentual con 18,3%, 17,4% y 15,7% respectivamente, la Diabetes Mellitus fue la enfermedad

que más se asoció (22 pacientes), siendo la crisis hipertensiva la principal complicación encontrada en 47 enfermos.<sup>18</sup> En este estudio la población predominante de hipertensos fueron de sexo masculino en un 67%, el nivel de escolaridad predominante fue bachillerato en más de la mitad de los pacientes participantes y en éstos predominó la clasificación de Tensión arterial normal y la normal Alta, añadiendo a esto que no se encontró diferencia entre los estilos de vida malos y las medias de Tensión Arterial, lo que contrasta con lo reportado en la literatura ya que se espera que ante un estilo de vida malo se encontrarían mayores cifras de Tensión Arterial, sin embargo en estos estudios como el realizado en el Municipio de Amazonia Brasil habría que analizar que en dicho estudio y en estudios similares de hipertensos, no toda la población en estudio tomaba tratamiento antihipertensivo, lo que contrasta con este estudio donde el 100% de la población de hipertensos refirió que lleva su tratamiento farmacológico para Hipertensión Arterial.

Todas las áreas evaluadas en el instrumento son importantes, sin embargo, la Nutrición, reflejada en el Índice de Masa Corporal y Peso, el Tabaquismo, Alcoholismo y uso de Drogas, Actividad física y Estrés son las áreas del instrumento con mayor representatividad en los pacientes hipertensos, por el impacto que estas confieren sobre la TA. En el aspecto de la Nutrición en la bibliografía se habla del abuso de la ingesta de grasa, especialmente las grasas sobresaturadas que elevan los niveles de colesterol en sangre a diferencia del consumo de fibra alimenticia que ayuda a reducir el colesterol, además de que existe una relación directa entre mayor consumo de sodio y elevación de la presión arterial (PA) así como la disminución en el consumo de sal conduce a un descenso de PA, por otro lado el consumo de cafeína aumenta la tensión arterial en forma directa, debido al aumento que provoca en la secreción de renina, al igual que la ingesta de Coca-Cola.

El instrumento evalúa la ingesta de porciones de frutas y verduras, en donde se encontró entre los hallazgos del estudio que el 67% "Casi nunca" consume un mínimo de dos porciones de frutas y verduras, lo que traduce poca o nula ingesta de fibra, además evaluó acerca del consumo de azúcar, sal, comida chatarra y/o ingesta de alimentos con mucha grasa en la dieta, encontrándose que el 42.6% refiere consumir todos estos alimentos, o sea que hay predominio en el consumo de éstos alimentos entre la población de hipertensos estudiados, también se evaluó con el instrumento acerca del consumo de bebidas del tipo café, té y/o bebidas de cola, y se encontró que el 71.3% consume un número de 3-6 de las bebidas mencionadas al día, lo que traduce otro punto agregado a factores que conducen la presencia Tensión Arterial Elevada entre estos pacientes.

En el aspecto del Peso la bibliografía menciona que la hipertensión es una de las enfermedades que se asocia con la obesidad ya que el exceso de peso y el aumento de peso promueven hipertensión y la pérdida de peso reduce la presión arterial, asociación que ha sido observada de forma consistente en numerosos estudios incluyendo el INTERSALT, estudio transversal realizado en 52 poblaciones diferentes de todo el mundo.

En el estudio Framingham, 70% de la hipertensión en los hombres y 61% en las mujeres, es atribuible a la obesidad. En el Nurse's Health Study<sup>58</sup>, estudio en el que fueron seguidas durante 16 años 82.473 mujeres, se observó que el riesgo relativo (RR) de hipertensión aumentó sustancialmente cuando aumentaba el IMC. Un aumento de 1 kg/m<sup>2</sup> en el IMC se asoció con un 12% de aumento en el riesgo de hipertensión. Comparado con un IMC menor de 20 kg/m<sup>2</sup>, el RR de hipertensión aumentó a 2,55 (IC 95%, 2,33-2,79) para un IMC de 25 y a 6,31 (IC 95%, 5,8-6,87) para un IMC mayor de 31.

En el estudio el instrumento evalúa el grado de obesidad entre los participantes, en donde se encontró que el porcentaje que predominó entre la muestra de pacientes hipertensos fue el rango de Pre-obesidad con un 46.8%, representado por una frecuencia de 88 participantes, seguido de Obesidad G1 con un 33% representado por una frecuencia de 62 participantes, en el aspecto del consumo de alcohol datos epidemiológicos indican de manera clara una asociación positiva entre la presión arterial y la ingesta de alcohol, efecto particularmente marcado en sujetos que ingieren más de 6 unidades de alcohol por día además de que se sabe que la ingesta de más de 30 gramos de alcohol (equivalente a 750 ml de cerveza, o 250 ml de vino, o 60 ml de licor) produce elevación de la presión arterial.

Estudios de intervención han mostrado aumentos agudos de la presión en pacientes que beben los fines de semana, pero más permanentes en aquellos que lo hacen en forma habitual, además de inducir espasmos en las arterias cerebrales y arritmias ventriculares y supraventriculares; el estudio indica que el 48.4% de la muestra en estudio de pacientes hipertensos toma un total de 0-7 tragos en promedio semanal con una frecuencia de 91 participantes, seguido del 39.4% que toma de 7-12 tragos de alcohol por semana, lo que traduce que entre la mitad y más de la mitad de los hipertensos, consume alcohol de manera importante, lo que podría contribuir a la presencia de la HTA entre los pacientes lo que podría conllevar a futuro descontrol de los mismos. En lo referente al tabaquismo existen reportes que nos hablan acerca de que el cigarrillo produce elevación de la presión arterial mediado por aumento del tono adrenérgico, aunque no hay demostraciones fehacientes al respecto, si es claro que el tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular, lo que agrava la situación del paciente con hipertensión arterial, en el estudio mediante el instrumento aplicado se encontró que un 46.9% de la muestra de pacientes hipertensos tiene un consumo de cigarrillos por día de 0-10, representado por una frecuencia de 92 participantes y un el 30.9% consume más de 10 cigarrillos por día, representado por una frecuencia de 58 participantes, sin precisar con este dato el grado de tabaquismo, encontramos que una buena parte de los hipertensos es fumador en cualquiera de los grados mencionados, en cuanto a la actividad física se ha observado el efecto antihipertensivo del ejercicio el cual incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina; el hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial, existiendo evidencias en relación a la disminución de la presión arterial con el ejercicio, efecto que está presente mientras se realiza la actividad física y que se logra por la vasodilatación que produce este entrenamiento, con aumento del lecho capilar de la masa muscular. El sólo ejercicio realizado en la forma recomendada es capaz de producir una reducción de aproximadamente de 3.5 y 2.0 mmHg para la presión sistólica y diastólica respectivamente. Incluso en un meta-análisis de estudios randomizados y controlados, respecto a hipertensión y ejercicio aeróbico concluye que la presión arterial se reduce tanto en el paciente hipertenso como en el normotenso, considerando a la actividad física dinámica como fundamental en el tratamiento del paciente hipertenso, este estudio arroja que la población de pacientes hipertensos en estudio es prácticamente sedentario encontrando en lo referente a actividad física diaria que el 43% de la muestra en estudio "Casi nunca" realiza actividad física diaria, porcentaje representado por 82 de los participantes, siendo el porcentaje predominante encontrando que en este rubro del tratamiento no farmacológico, los pacientes no tienen

apego, lo que suma otro factor de riesgo a su enfermedad y probable descontrol, entre los que se encuentran en descontrol.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia que puede representar el estrés en esta alteración cardiovascular y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés *per se* un papel determinante en la etiología de la hipertensión, sí se reconoce en mayor o menor medida cierto grado de responsabilidad en la patogenia de esta enfermedad. Al respecto, *Gutiérrez J* plantea que el estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso. Así, en la literatura psicológica se recogen acontecimientos y situaciones estresantes de distinta naturaleza que provocan elevaciones de la presión arterial, en este estudio, se corrobora el nivel de estrés que viven los pacientes hipertensos, encontrando que el 84.6% de la muestra en estudio “Casi nunca” tiene la capacidad de hacer manejo del estrés en su vida diaria, representado por una frecuencia de 159 pacientes, el 10.6% solo “A veces” logra hacerlo, esto hablando de circunstancias de la vida diaria incluidos el trabajo y la familia.

Con esto podría decirse que los resultados aparentemente no fueron los esperados haciendo la relación con los estilos de vida que llevan los pacientes hipertensos, en donde predominó el Estilo de vida “Malo”, esperando que hubiera un mayor número de pacientes descontrolados, sin embargo analizando la información, se corrobora que los estilos de vida en los pacientes hipertensos es malo, lo cual probablemente contribuyo al desarrollo de su enfermedad, independientemente del rubro genético y en estos momentos el tratamiento farmacológico probablemente sea el que lleva a su control, aunque no es posible hacer la corroboración de esto, el objetivo del estudio se cumple, ya que independientemente de la categoría de HTA en la que se encontrara a los pacientes en el momento del estudio, se corrobora que los estilos de vida en esta población de pacientes es malo, lo que podría llevarlos al desarrollo más temprano de las complicaciones de la enfermedad independientemente del tratamiento farmacológico.

En el estudio se realizó comparación de Medias con la prueba ANOVA, entre Peso, Talla, IMC y presiones arteriales Sistólica y Diastólica de los pacientes en estudio, por lo que se puede decir que no hay diferencias significativas entre estas.

En los rubros de otras conductas, conducta sexual, personalidad etc., encontramos que hay pacientes que tienen una enorme necesidad de redes de apoyo, comunicación y mejor manejo de la sexualidad, aunque son rubros que no están incluidos como tal en el impacto de la HTA.

## 11. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio realizado entre la población de pacientes hipertensos de la UMF 28 Gabriel Mancera IMSS deben ser interpretados y analizados con cautela, ya que de acuerdo a lo encontrado en la literatura , ante el hallazgo de estilos de vida “malos” entre dichos pacientes, se esperaba que existirían diferencias relevantes entre las tensiones arteriales, es decir, en relación al estilo de vida malo, tensiones arteriales mayores y viceversa, sin embargo, el objetivo de dicho estudio era comprobar la presencia o no de “malos hábitos” entre las poblaciones de pacientes hipertensos independientemente de su control o no en el momento del estudio en relación a las tensiones arteriales, cabiendo la aclaración de que el 100% de los pacientes en estudio independientemente de llevar un estilo de vida malo (lo que podría interpretarse como tratamiento no farmacológico inadecuado), era una población que llevaba un tratamiento farmacológico establecido y supervisado mensualmente por un Médico de Familia, lo que podría haber contribuido a encontrar tensiones arteriales normales y normales altas, sin la presencia de tensiones superiores a la Clasificación Grado 1 de HTA; independientemente de esto , se logra resaltar de los resultados el riesgo que siguen presentando los pacientes hipertensos de llegar tempranamente a las complicaciones de su enfermedad crónico-degenerativa, ya que a pesar de que su genética , raza, sexo u edad (factores de riesgo no modificables) contribuyeron a la presencia de su enfermedad, incluso independientemente de llevar mensualmente un tratamiento farmacológico antihipertensivo y de encontrarse cifras tolerables durante el estudio, el llevar un estilo de vida “malo”, inherentemente conllevara al desarrollo temprano de las complicaciones propias de la enfermedad como nefropatía, retinopatía hipertensiva y presencia de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares , además de que los factores de riesgo modificables (estilos de vida , específicamente estilos de vida “malos”), son factores de gran peso para la existencia de tensiones arteriales elevadas en cualquier población, como se pudo analizar en la literatura.

Este estudio se realizó en el tamaño de muestra calculado inicialmente, siendo 188 pacientes en total los estudiados, además de ser una muestra representativa de los pacientes hipertensos de la UMF 28, haciéndose una selección cautelosa de dicha muestra, evitando el menor sesgo posible, ya que durante la aplicación de los instrumentos el investigador estuvo en todo momento durante el estudio para aclaración de dudas y toma confiable de los datos, además de no haber encontrado obstáculos en la aplicación de los mismos, ya que todos los cuestionarios fueron completados en su totalidad por todos los participantes, además de que el 100% de los participantes permitió la toma de todos los parámetros necesarios para la realización del estudio.

Una de las limitaciones importantes que tiene el estudio es el tipo de instrumento aplicado, ya que a pesar de ser una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que identifica y mide los estilos de vida de una población en particular además de estar validado en versión al español para aplicarse a la población mexicana, no cuenta con la especificidad necesaria para evaluar los estilos de vida con mayor impacto entre la población de pacientes hipertensos, ya que gran parte de las puntuaciones aplicadas en el instrumento para clasificar a los participantes con estilos de vida buenos o malos depende de rubros ajenos al impacto para la presencia o descontrol en la HTA, como lo son las conductas de tránsito, comunicación familiar, salud sexual, participación comunitaria, personalidad, estado de ánimo etcétera.

A pesar de ser de gran apoyo, se necesita hacer uso de instrumentos con la misma accesibilidad para ser aplicados en la población, pero que contengan mayor especificidad en la indagación de los factores de riesgo modificables o estilos de vida con mayor impacto en la presencia de Hipertensión Arterial o en el descontrol de la misma en pacientes con dicho diagnóstico.

A pesar de dicha limitación, el estudio fue de valiosa contribución ya que se pudo identificar que efectivamente el paciente hipertenso de la UMF 28 Gabriel Mancera es un paciente con mayor apego al tratamiento farmacológico, dejando a un lado la modificación de los estilos de vida como apoyo en su tratamiento integral, exponiéndolo a la presencia temprana de las complicaciones propias de la enfermedad, por lo tanto, habría que ser cautelosos en la interpretación del hallazgo de las categorías de HTA encontradas en el momento del estudio ya que independientemente de esto, se observa la necesidad del Médico Familiar en hacer énfasis en el entendimiento por parte de los pacientes acerca de la importancia del tratamiento no farmacológico (o bien, modificaciones en los estilos de vida) en la hipertensión arterial, para de esta manera, disminuir los riesgos de complicaciones y lograr mejores controles tensionales.

## 12. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De La Hipertensión Arterial En El Primer Nivel De Atención. México, Secretaria De Salud, 2014.
- 2.- Hipertensión Arterial En Adultos Mexicanos: Importancia De Mejorar El Diagnóstico Oportuno Y El Control. Ensanut 2012.
- 3.- Vega J., Jadue L., Escobar MC., y cols. Prevalencia de hipertensión arterial en Valparaíso. Resultado de la encuesta CARMEN. Rev. Med. Chile 2012; 729-738
- 4.- Parra J. García A, Fonseca S. y cols. Hipertensión Arterial En La Clínica. Centro Universitario De Ciencias De La Salud. 2004.
- 5.-Costo De La Atención De La Hipertensión Arterial Y Su Impacto En El Presupuesto Destinado A La Salud En México. Villareal E. Et Al. Salud Pública Méx. ; Vol. 44(1):7-13. 2002.
- 6.- Gamboa, Rospigliosi y cols. Más Allá De La Hipertensión Arterial. A. Acta Med. Peru 27(1) 2010.
- 7.-Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The European Society of Hypertension (Esh) And the European Society of Cardiology (Esc): Esh/Esc Task Force for the Management of Arterial hypertension. 2013.
8. The sixth report of the joint National committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. National Institute of Health Publication. November 1997.
- 9.-Vicente Bertomeu, Juan Quiles y cols. La hipertensión en atención primaria: ¿Conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. España. Rev. Esp. Cardiología 2005; 58(4):338-40.
- 10.-Patrick Wagner. , Pathophysiology of arterial hypertension Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial. An Fac med. 2010; 71(4):225-9.
- 11.-PubMed. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), 2014.
- 12.-Schmieder RE, Rocks Troh JK, y cols. Antihypertensive therapy to stop or not to stop? JAMA 265:1566-1571, 1991.
- 13.-Guía Española de Hipertensión Arterial Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial, Capítulo VII Hipertensión. 2012; 22 Supl. 2:44-6.
- 14.-Carmela Rodríguez Martín, Carmen Castaño Sánchez y cols. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev. Española Unidad de Investigación. Centro de salud La Alamedilla. Salamanca .Salud Pública; 83: 441-452 N.º 3 - Mayo-Junio 2009.

- 15.- Prof. Dr. Ernesto de la Cruz Sánchez, Prof. Dr. José Pino Ortega y cols. Estilo de vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del Deporte Universidad de Murcia España, 2012.
- 16.-Tte. Cor. Teresa González Valdés, Tte. Cor. Eulogio Deschappelles Himely y cols. Hipertensión Arterial y Estrés. Una Experiencia, Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto" Rev. Cubana Med Militar. 2000; 29 (1):26-9.
- 17.- Benjamín Huerta Robles ,Factores de Riesgo para la Hipertensión Arterial, Archivos de Cardiología de México Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Vol. 71, Enero-Marzo 2001.
18. Fonseca Ruíz A. Prevalencia de la Hipertensión Arterial en el área de salud del Policlínico Comunitario Docente del Reparto Municipal. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba. 2002.
- 19.-María Silvia Amicucci Soares Martins, Márcia Gonçalves Ferreira y cols. Artículo Original: Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Sinop, Municipio de la Amazonía Legal, Universidad Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, Brasil, 2010.
- 20.-Relación entre Hipertensión Arterial y Obesidad en pacientes hipertensos atendidos en asbsalud E.S.E, Manizales (Colombia) 2010. Bastidas R, Et Al. Archivos De Medicina (Col), Vol. 11, Núm. 2, Julio-Diciembre, 2011, Pp. 150-158.
- 21.- Circunferencia Abdominal Mayor A 90 Centímetros En Hombres Y 80 Centímetros En Mujeres, Predispone De Diabetes, Hipertensión Arterial Y Otras Enfermedades. Secretaria De Salud SSA. Comunicado de Prensa No. 740. 2005.
- 22.- Dr. Carlos Saieh, Hipertensión Arterial, Tratamiento no farmacológico. A. Rev. Md. Clin. Condes – Vol. 16 Nº2 - Abril 2005. 77 – 81.
- 23.-Factores de Riesgo para la Hipertensión Arterial, Benjamín Huerta Robles, Archivos de cardiología de México Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Vol. 71, Enero-Marzo 2001.
- 24.-El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial, Osana Molerio Pérez Et al. Universidad Central de Villa Clara, Cuba 2002
- 25.-Hipertensión Arterial I, L. Rodríguez Padial, Et al. Monocardio N.º 3, Vol. V • 127, Sociedad Castellana de Cardiología, 2003.
- 26.-JM López-Carmona, R Rodríguez-Moctezuma y cols. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial, Vol.26 No.08, México D.F., 2000.
- 27.-Robinson Ramírez-Vélez, Ricardo Antonio Agredo y cols. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos Rev. Salud pública. 14 (2): 226-237, 2012, 226.

## 13. ANEXOS.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

*CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN*

*PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN*

**“ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 28 “GABRIEL MANCERA  
 I.M.S.S.”**

*Nombre del estudio:*

*Patrocinador externo*

*NO APLICA*

*(si aplica):*

*Lugar y fecha:*

*Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera, 2015*

*Número de registro:*

*Pendiente a ser otorgado por el Comité Local de Investigación.*

*Justificación y*

*objetivo del estudio:*

La Hipertensión Arterial contribuye importantemente a la mortalidad de causas cardiovasculares, primera causa de muerte en México, aunado a que más de la mitad de los presupuestos del sector salud se están utilizando para tratar las complicaciones de las patologías crónico-degenerativas de este tipo. La Hipertensión Arterial es una de las principales causas de consulta de los servicios de salud a nivel institucional, consecuentemente la inversión de recursos en su atención es grande; desafortunadamente, es poco redituable en la salud del paciente y del propio sistema de salud, pues las intervenciones que se realizan para prevenir el daño, no logran controlar la evolución de la enfermedad ni sus complicaciones, encontrando en la literatura que el principal motivo de esto, es que se esté tomando mayor importancia al tratamiento farmacológico de la enfermedad, que al no farmacológico, en donde se ve implicada la promoción de los estilos de vida saludables. Gran parte de las indicaciones terapéuticas del tratamiento de la Hipertensión Arterial, quedan bajo la responsabilidad directa del paciente y muchas veces, el paciente es quien tiene que decidir si realiza o no estas indicaciones y si estas son llevadas adecuadamente, sin embargo, el papel del médico familiar en la promoción y educación de los estilos de vida para el control del paciente y prevención de las complicaciones, viene a tomar el principal papel para el éxito terapéutico, complementándose como trabajo mutuo entre médico y paciente, para llevar a cabo las metas del tratamiento y como se pudo observar en la investigación teórica, el pilar del tratamiento de la Hipertensión Arterial, es lograr cambios radicales en los estilos de vida de los pacientes, por lo que es importante recalcar que los estilos de vida saludables no son solo parte del tratamiento del paciente con Hipertensión Arterial, los estilos de vida saludables son el tratamiento en si en este tipo de pacientes. Por lo anterior se justifica hacer una investigación acerca de cómo se están llevando a cabo los estilos de vida de los pacientes hipertensos de la UMF 28 “Gabriel Mancera” IMSS y de esta manera, se reconocerá la necesidad o no de reforzar la educación y promoción de este pilar del tratamiento entre los pacientes, además de hacer concientización en el personal de salud, al conocer los resultados de cómo se está ejerciendo su rol de educadores y promotores de los estilos de vida saludables, de esta manera se lograra mejorar el control en los pacientes hipertensos, además de evitar la presentación de las complicaciones que acompañan a la hipertensión arterial, con el OBJETIVO de Conocer los

estilos de vida en los pacientes con Hipertensión Arterial de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera" IMSS.

*Procedimiento:*

El investigador acudirá a los consultorios de medicina familiar, en diferentes días, donde realizará una presentación breve del propósito del estudio invitando a los pacientes hipertensos a participar, se resolverán las dudas e inquietudes, de aceptar se entregará una carta de consentimiento informado para la participación. Posteriormente se entregaran los cuestionarios y se darán instrucciones sobre su llenado. Se utilizara el instrumento Cuestionario *FANTÁSTICO*, instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad *McMaster* de Canadá, es hoy considerado una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pues permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular, validado y realizado en versión al español para aplicarse a la población mexicana. El investigador permanecerá en el lugar para responder las dudas durante el cuestionario. Al término de estos, de manera rápida y eficaz se llevara cabo la toma de presión arterial conforme la técnica adecuada, así como la medición del perímetro abdominal el peso y talla. Cuando se tengan listos los cuestionarios se procederá a revisar que estén completamente resueltos para (conforme los criterios de selección) sean eliminados o incluidos. Se realizará una base de datos de acuerdo a las variables establecidas, y se realizara el método estadístico para realizar las conclusiones.

*Posibles riesgos y molestias:*

*No se afectara su integridad física y su salud. Únicamente requeriremos de aproximadamente 15 minutos de su tiempo para responder los dos instrumentos.*

*Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:*

*Al finalizar el trabajo de investigación se le darán a conocer los resultados generales y las propuestas educativas para mejorar estilos de vida y prevención de la hipertensión arterial.*

*Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:*

*Contactar directamente a la investigadora, Dra. Jesica Citlalli Esparza González, médico residente de Medicina Familiar.*

*Participación o retiro:*

*En cualquier momento, sin tener repercusiones ni sanciones de ningún tipo.*

*Privacidad y confidencialidad:*

*La información obtenida será totalmente confidencial, se guardará la privacidad y confidencialidad en todo momento, únicamente se trabajará con números de folio para el análisis estadístico de los datos.*

*En caso de colección de material biológico (si aplica):*


*No autoriza que se tome la muestra.*

*Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.*

*Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.*

*Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):*

*Beneficios al término del estudio:*

- Conocimiento y concientización del nivel de estilos de vida que llevan los pacientes con hipertensión arterial.
- Reforzar mediante el conocimiento de los resultados la promoción y educación de los estilos de vida en mayor detrimento.

- Concientización del personal de salud acerca de su rol de educadores en el tratamiento no farmacológico en la hipertensión arterial.
- Disminución del número de pacientes hipertensos con descontrol o con presencia de complicaciones derivadas de la hipertensión arterial.
- Disminución de costos en salud confinados a tratar pacientes con complicaciones derivadas de la Hipertensión arterial.

*En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:*

*Investigador* DRA. JESICA CITLALLI ESPARZA [tiky\\_sej@hotmail.com](mailto:tiky_sej@hotmail.com) 5512933361

*Responsable:*

*Colaboradores:* DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA [ivonne@imss.gob.mx](mailto:ivonne@imss.gob.mx) 5522704760

DR. VITALIO MONTUY VIDAL [montuyvv@gmail.com](mailto:montuyvv@gmail.com) 5554346608

DRA. YESSICA TORRES TORRES [yessurg@yahoo.com.mx](mailto:yessurg@yahoo.com.mx) 5591994681

*En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)*

\_\_\_\_\_

*Nombre y firma del sujeto*

*Testigo 1*

\_\_\_\_\_

*Nombre, dirección, relación y firma*

**DRA. ESPARZA GONZALEZ JESICA CITLALLI**

\_\_\_\_\_

*Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento*

*Testigo 2*

\_\_\_\_\_

*Nombre, dirección, relación y firma*

**Clave: .....**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"**  
**"ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 28 "GABRIEL MANCERA I.M.S.S."**

**DATOS GENERALES**
**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

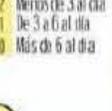
**Sexo:**
**1= Femenino**
**2= Masculino**
**Peso:** \_\_\_\_\_ **kg**    **Talla:** \_\_\_\_\_ **mts**
**T/A:** \_\_\_\_\_ **mmHg**
**IMC:** \_\_\_\_\_

1. Bajo Peso
2. Rango Normal
3. Pre-obesidad
4. Obesidad G1
5. Obesidad G2
6. Obesidad G3

**Perímetro abdominal:** \_\_\_\_\_ **cm**
**¿Lleva seguimiento y control mensual con su médico familiar en la UMF 28?**
**R=** \_\_\_\_\_

**Comorbilidades:**
**1=Enfermedad tiroidea:**
**2=DM2**
**3=HAS**
**4=Síndrome metabólico**
**5=Trastornos psiquiátricos**
**6=Trastornos digestivos**
**7=Trastornos osteomusculares o reumáticos**
**8=Alcoholismo**
**9=Otras toxicomanías**
**¡Gracias por responder el cuestionario!**

¡Gracias por responder el cuestionario!

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
<p><b>Familia y Amigos</b></p> <p>Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí.</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Yo doy y recibo cariño:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p> 	<p><b>Asociatividad. Actividad Física</b></p> <p>Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autorridado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros). Yo participo:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinería) o deporte durante 30 min. cada vez:</p> <p>2. 3 o más veces por semana 1. 1 vez x semana 0. No hago nada</p> <p>Yo camino al menos 30 minutos diariamente.</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>	<p><b>Nutrición</b></p> <p>Como 2 porciones de verduras y 3 frutas:</p> <p>2. Todas las días 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Amenado excesivo mucho azúcar o sal o comida chatarra o con mucho grasa:</p> <p>2. Ninguna de estas 1. Algunas de estas 0. Todas éstas</p>  <p>Estoy pasado(a) en mi peso ideal en:</p> <p>2. 0 a 4 kilos de más 1. 5 a 8 kilos de más 0. Más de 8 kilos</p> 	<p><b>Tabaco</b></p> <p>Yo fumo cigarrillos:</p> <p>2. No, los últimos 5 años 1. No, el último año 0. Si, este año</p>  <p>Generalmente fumo _____ cigarrillos por día:</p> <p>2. Ninguno 1. De 0 a 10 0. Más de 10</p> 	<p><b>Alcohol. Otras Drogas</b></p> <p>Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copita tragoblanco) por semana es de:</p> <p>2. 0 a 7 tragos 1. 8 a 12 tragos 0. Más de 12 tragos</p>  <p>Bebo más de ocho tragos en una misma ocasión:</p> <p>2. Nunca 1. Ocasionalmente 0. A menudo</p>  <p>Manejo el auto después de beber alcohol.</p> <p>2. Nunca 1. Sólo rara vez 0. A menudo</p>  <p>Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base:</p> <p>2. Nunca 1. Ocasionalmente 0. A menudo</p>  <p>Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:</p> <p>2. Nunca 1. Ocasionalmente 0. A menudo</p>  <p>Bebo café, té o bebidas calientes que tienen cafeína.</p> <p>2. Menos de 3 al día 1. De 3 a 6 al día 0. Más de 6 al día</p> 	<p><b>Sueño. Estrés</b></p> <p>Dormo bien y me siento descansado/a:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p> 	<p><b>Trabajo. Tipo de Personalidad</b></p> <p>Parece que cada acelerado/a:</p> <p>2. Casi nunca 1. Algunas veces 0. A menudo</p>  <p>Me siento enojado/a o agresivo/a:</p> <p>2. Casi nunca 1. Algunas veces 0. A menudo</p>  <p>Yo me siento contento(a) con mi trabajo o mis actividades:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p> 	<p><b>Introspección</b></p> <p>Yo soy un pensador positivo u optimista:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Me siento tenso/a o apretado/a:</p> <p>2. Casi nunca 1. Algunas veces 0. A menudo</p>  <p>Me siento deprimido/a o triste:</p> <p>2. Casi nunca 1. Algunas veces 0. A menudo</p> 	<p><b>Control de Salud. Conducta Sexual</b></p> <p>Me realizo exámenes de salud en forma periódica:</p> <p>2. Siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad:</p> <p>2. Siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja:</p> <p>2. Casi siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p> 	<p><b>Otras conductas</b></p> <p>Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de las ordenanzas del tránsito.</p> <p>2. Siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p>  <p>Uso cinturón de seguridad:</p> <p>2. Siempre 1. A veces 0. Casi nunca</p> 

### Puntaje Final

x 2 =

Suma todos los resultados de las columnas y multiplica tu puntaje final por dos. Mira lo que significa tu puntaje y sigue las recomendaciones

De 103 a 120  
De 85 a 102  
De 73 a 84  
De 47 a 72  
De 0 a 46

Felicitaciones. Tienes un estilo de vida fantástico. Buen trabajo. Estás en el camino correcto. Adecuado, estás bien. Algo bajo, podrías mejorar. Estás en la zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor.

Nota: El puntaje total no significa que has fallado. Siempre es posible cambiar el estilo de vida, empezando ahora. Mira las áreas donde has tenido 0 ó 1 punto y decide por dónde quieres empezar a cambiar ¡Buena suerte!