



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION ESTATAL EN JALISCO.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 39 “ALAMO”**

TITULO:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE ADMISION CONTINUA DE LA UMF 39**

TESISTA

Dra. Araceli Suarez Torres

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Silvia Del Carmen Valencia Espinosa

ASESORES:

Dr. Jaime Eduardo Guzmán Pantoja

Dr. Javier Florencio Valencia Hernández



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

INDICE.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	5
MARCO TEORICO.....	6
JUSTIFICACION	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
OBJETIVOS.....	17
objetivo General.....	17
específicos.....	17
HIPÒTESIS.....	18
MATERIAL Y METÒDOS.....	18
diseño del estudio.....	18
tamaño de la muestra.....	18
lugar donde se desarrollará el estudio.....	18
procedimiento	18
CRITERIOS DE INCLUSION.....	19
CRITERIOS DE NO INCLUSION.....	19
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	19
ANALISIS ESTADISTICOS.....	19
ASPECTOS ETICOS.....	20
VARIABLES	21
SELECCIÓN DE FUENTES, MÈTODOS, TÈCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÒN DE LA INFORMACIÒN.....	23
RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.....	26
TABLAS Y GRAFICOS.....	27
RESULTADOS	27
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	35
ANEXO 2 ENCUESTA PECVEC	37

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios principalmente por haberme permitido conocer la esencia de esta carrera tan exigente pero que ofrece frutos exquisitos.

Agradezco a mi familia por el apoyo que me ha brindado durante todo el trayecto, lo logramos.

Agradezco infinitamente a mis maestros y tutores por su ardua labor docente, y por sus enseñanzas con un sentido de responsabilidad, reflexión y proposición
Agradezco al Dr. Javier Florencio Valencia Hernández por brindarme conocimientos y tiempo durante mi residencia.

TITULO

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ADMISION CONTINUA DE LA UMF 39

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Tesista

Dra. Araceli Suarez Torres

Médico Residente del curso de Especialización en Urgencias.

Adscrito a UMF 39 Guadalajara, Jalisco, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. R Michel 3340, Col. Álamo industrial.

Teléfono: 36 35 52 99 Ext. 31407, 31486

E-mail: suareztarac@hotmail.com

Directora de Tesis:

Dra. Silvia del Carmen Valencia Espinosa :

Maestra en Ciencias de la Salud Publica.

Epidemióloga de la UMF 48 IMSS Circunvalación Oblatos 3545 S. L. Guadalajara

Jalisco E-mail: silviadelcarmen23@hotmail.com Teléfono 36550550 Ext.

31404

ASESORES:

Dr. Jaime Eduardo Guzmán Pantoja

Médico Especialista en Medicina Familiar.

Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente.

E-mail: jaimeduardoguzman@gmail.com cel. 3335770035

Dr. Javier Florencio Valencia Hernández

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 39

E-mail: javiervalenciahdez@hotmail.com Tel 36357388 ext 31807

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ADMISION CONTINUA DE LA UMF 39

RESUMEN

El ser humano desde su nacimiento enfrenta eventos que pueden afectar su calidad de vida en forma temporal o permanente, uno de los eventos que mayor impacto tiene en dicha calidad de vida es el menoscabo de su salud, entre ellas las enfermedades crónico degenerativas, la de mayor magnitud en nuestro medio es la Hipertensión Arterial.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es definida por la OMS como: “La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

El impacto que la calidad de vida tiene en nuestro comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables objetivas y subjetivas, que deben ser cuantificadas cuando relacionamos éstas con la salud o enfermedad, en este caso con la Hipertensión Arterial. Existe una considerable relación en el efecto que la **hipertensión arterial tiene en la calidad de vida**; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica, que somete a los pacientes a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre con el paciente con hipertensión arterial.

Objetivo: Determinar cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al servicio de Admisión Continúa de la UMF 39.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, se realizó de Mayo a Diciembre de 2010, previa autorización del Comité Local de Investigación (CLIS) 1306, Universo pacientes con hipertensión arterial adscritos a la UMF 39 que acudieron al servicio de admisión continua, Muestra: Muestreo probabilístico azar sistematizado, tamaño de muestra de 400 pacientes calculado para estudios poblacionales en EPI 6 Stalcal, con confiabilidad de 90%, dicho estudio se realizó en pacientes que acudieron a consulta al servicio de admisión continua, donde el médico turno matutino y vespertino los identificaron y si padecen hipertensión arterial los enviaron con los encuestadores previamente capacitados (Estarán en el servicio de Admisión continua), y si cubren los criterios de inclusión se les solicitaron consentimiento informado verbal, de aceptar participar se les aplicaron el módulo central de la encuesta *perfil de calidad de vida en enfermos crónicos* (PECVEC), encuesta ya validada al español. La cual explora 6 dimensiones, y califica la calidad de vida con la puntuación media de las calificaciones, las puntuaciones van de 0 a 4, determinando que la calidad de vida es Mala si la puntuación es de 0 a 1, Regular de 1.1. A 2, Buena con

puntuaciones de 2.1 a 3, y Muy Buena de 3.1 a 4, se concentraron los resultados en base de datos de SPSS, se hizo análisis estadístico en SPSS versión 17 con estadística descriptiva: (Como son medidas de tendencia central y dispersión, porcentajes y proporciones) y con estadística inferencial, (Chi cuadrada para variables cualitativas y T de Student para variables cuantitativas) trabajando con una significancia de $p < 0.05$, Aspectos éticos es un estudio de bajo riesgo de acuerdo a la Ley General de Salud, se solicito solo consentimiento verbal a los pacientes y autorización por el CLIS 1306. Es un estudio factible y viable, se conto con los recursos, las posibilidades y la disponibilidad, de personal directivo, operativo de la unidad y los investigadores. Los recursos fueron los propios de la UMF 39 del IMSS, y de los investigadores. La difusión de los resultados será en la UMF 39 en sesión general, presentación en foros regionales y nacionales del IMSS.

Experiencia del grupo. Se cuenta con personal que ha participado en investigaciones previas de esta naturaleza.

El tiempo se realizo de de Mayo a Diciembre de 2010.

MARCO TEORICO

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es definida como la elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica, sin embargo existen otros conceptos sobre la definición de la hipertensión los cuales señalan que la elevación de la presión arterial es consecuencia de algún trastorno de su sistema regulador. La definición más común para el umbral de hipertensión es una presión arterial que supere el percentil 90 para edad y sexo, o más de 130/80 mmHg (milímetros de mercurio), (para individuos de menos de 15 años), más de 135/90mmhg (para individuos de 15/45 años) y más de 140/95 mmHg (para individuos de más de 45 años) El diagnóstico se establece con la medición de la tensión arterial.¹

a) EPIDEMIOLOGIA

La HAS es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, afectando aproximadamente a 1 billón de personas en el mundo, la importancia clínica es que indica un futuro riesgo de enfermedad vascular.¹

En México la HAS para el año 2002 ocupó la 9ª causa de muerte en la población general, con un total de 10, 696 muertes, con tasa de 10.38 defunciones por cada 100, 000 habitantes.² Según el CENSO de población y vivienda 2000, habían 49.7 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años, de los cuales 15.16 millones (30.05%) fueron hipertensos. Tomando a la tasa más baja de mortalidad por HAS (1.5%), significó que en el año 2000 ocurrieron 227,400 muertes atribuibles a HAS y por lo tanto potencialmente prevenibles. En otras palabras, una muerte cada 2 minutos. Si bien a este número de muertes potenciales hay que restar el 14.6% de

pacientes hipertensos controlados, la cifra se reduciría a 194,199, es decir una muerte cada 3 minutos.³

En nuestro país, según la encuesta nacional de salud (año 2006) la prevalencia es del 30.8% (población de 20-80 años) y es mayor en los estados del centro y del noroeste. En las mujeres, el porcentaje obtenido por diagnóstico médico previo fue mayor (18.7%) que el mismo tipo de diagnóstico realizado en los hombres (11.4%). Una relación inversa se observó en el hallazgo de hipertensión por la encuesta, con 20.1% en hombres y 12.1% en mujeres. Más de 50% de los hombres a partir de los 60 años presenta hipertensión arterial, mientras que, en las mujeres, la afección se presenta en casi 60% para el mismo periodo de edad. Es importante destacar que la mayor parte de los diagnósticos en las mujeres eran ya conocidos por ellas, mientras que la mayor parte de los hombres fueron diagnosticados en el levantamiento de esta encuesta.³

Factores de variación de la presión arterial.

Edad y sexo. Aumenta con edad en ambos sexos. La presión arterial sistólica aumenta en mayor medida que la diastólica conforme avanza la edad, por lo que se incrementa la presión del pulso. Es más frecuente en mujeres de tercera edad.⁴

Raza. La prevalencia es mayor en la raza negra (32.4%) y menor en blancos (23.3%) y mexicanos americanos (22.6%).⁵

Herencia. La presión arterial (PA) de los familiares de primer grado se correlaciona significativamente con incremento de riesgo cardiovascular para el paciente.

Factores Ambientales. Estrés, ocupación, factores dietéticos, exposición durante mucho tiempo a ambientes psicosociales adversos. La prevalencia, morbilidad y mortalidad es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo.⁵

Factores dietéticos. Sobrepeso, esta relación es más intensa en individuos jóvenes y adultos de mediana edad, y más en mujeres que en varones. Los factores más relacionados son obesidad – especialmente abdominal (se reconoce como el principal factor hipertensinógeno), resistencia a la insulina, alta ingesta de alcohol, alta ingesta de sal, sedentarismo, estrés y baja ingesta de potasio y calcio.⁵ El 25% de los hipertensos menores de 60 años presentan resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y descenso del colesterol HDL, asociación conocida como síndrome metabólico.¹

b) TIPOS DE HIPERTENSIÓN

La presencia de la hipertensión, comprende a una población de pacientes no homogénea y en consecuencia se han propuesto diversas clasificaciones:

**Una de las clasificaciones es la que está basada en la evolución del cuadro y esta clasifica a los pacientes por tener hipertensión lábil o sostenida.*

**Otras Clasificaciones se basan sobre el nivel de la presión arterial y forma subgrupos: borderline, (límitrofe) leve, moderada, severa 1 .*

**Una clasificación muy importante con respecto al pronóstico y tratamiento es la diferenciación entre hipertensión arterial maligna y benigna:*

a) *La hipertensión maligna se caracteriza por necrosis fibrinoide de las paredes arteriales y el deterioro rápidamente progresivo de la función renal, mental y visual relacionado con estos cambios.*

b) *La hipertensión maligna es un síndrome de presión arterial notablemente elevada (PA diastólica por lo general mayor de 140 milímetros de mercurio = mm Hg.) acompañada de papiledema, si no es tratada siempre es fatal 1.*

**La hipertensión complicada es el término para describir la hipertensión arterial de cualquier etiología en la que existen pruebas de daño cardiovascular relacionado con la elevación de la PA. Las complicaciones hipertensivas suelen incluir apoplejía, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal, infarto al miocardio y aneurisma local 1.*

**La hipertensión en límite o límitrofe es la hipertensión intermitente en la que están elevadas algunas mediciones de la PA y otras son normales en un paciente no tratado. Los enfermos con hipertensión en límite tienden a conservar presiones arriba del promedio para la población general y tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Estos presentan aumento del gasto cardíaco, frecuencia cardíaca más rápida y un índice de expulsión del ventrículo izquierdo más elevado que la población normotensa o los pacientes con hipertensión estable 1.*

**La hipertensión de consultorio o de bata blanca se refiere al aumento de la PA en algunos pacientes debido a estrés y ansiedad en la visita al consultorio 1.*

La clasificación más útil desde el punto de vista fisiopatológico se basa sobre su etiología. 1

**La hipertensión esencial, primaria o idiopática es la hipertensión arterial por causa desconocida y más del 95% de los casos se encuentra en esta categoría.*

La hipertensión secundaria es la hipertensión arterial de causa conocida. Menos del 5% de los casos se encuentra en esta categoría. La importancia de identificar a estos pacientes es que en ocasiones puede curarse con cirugía o controlarse con un tratamiento médico específico 1. Este tipo generalmente afecta a uno de los componentes del sistema de control de la presión arterial normal.

Prehipertensión

El 7º reporte del Joint National Committee on Prevention (JNC) para la detección, evaluación y tratamiento de la PA recientemente ha propuesto una nueva clasificación basada primordialmente en aspectos preventivos considerando a un nuevo grupo definido como prehipertensión, el cual define así los pacientes con TA sistólica entre 121-139 mmHg y TA diastólica entre 81-89 mmHg. Estos pacientes deben reducir estas cifras tensionales mediante dieta y ejercicio.⁶

Tabla # 1 Recomendaciones terapéuticas en relación a la clasificación de la Hipertensión Arterial

Clasificación PA	PAS mmHg	PAD mmHg	Estilos de Vida	Inicio Terapia	
				Sin indicación clara	Con indicación clara
Normal	<120	<80	Estimular	No indicado tratamiento farmacológico	Tratamiento Indicado
Pre hipertensión	120 - 139	80 -89	si		
HTA: estadio 1	140 - 159	90 -99	si	Tiazidas en la mayoría considerar IECAs, ARA II, BBs, BCC o combinaciones	Fármacos según las indicaciones presentes. Otros antihipertensivos, IECAs ARA II, BBs, BCC según sea necesario.
HTA: estadio 2	> 160	> 100	si	Combinación dos fármacos en la mayoría usualmente tiazidicos, IECAs, o ARA II BBs o BCC	

Fuentes: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

c) EFECTOS DE LA HTA EN EL CUERPO

La HTA puede ser lesiva por efectos primarios:

- Aumento del trabajo del corazón.
- Lesión de las propias arterias por la presión excesiva.

Los efectos del aumento en la actividad coronaria son: Hipertrofia con aumento del volumen o masa miocárdica, situación que incrementa el riesgo coronario paralelo al aumento del tejido muscular. Por lo tanto se desarrolla isquemia del ventrículo izquierdo, a medida que aumenta la PA, y puede llegar a ocasionar isquemia cardíaca. La presión muy elevada en las arterias coronarias comúnmente desarrolla arterioesclerosis coronaria condicionando incremento de riesgo cardiovascular que incluso puede llegar a ser letal.⁷

La Hipertensión Arterial no solo origina esclerosis coronaria, sino también esclerosis de los vasos sanguíneos. El proceso arterioesclerótico hace que se desarrollen trombos con el consecuente riesgo de ruptura de placas ateromatosas

que incluso podrían causar ruptura del vaso involucrado. En estos casos pueden producirse graves lesiones en todos los órganos de la economía corporal. Los dos tipos de lesiones más importantes que ocurren en la hipertensión son los siguientes:

- Hemorragia cerebral, que destruye zonas locales de tejido encefálico.
- Hemorragia de vasos renales dentro del órgano, que destruye grandes zonas de riñones y por tanto origina trastornos progresivos de los mismos aumentando más todavía la hipertensión.⁷

La hipertensión arterial puede significar una mayor posibilidad de ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, ictus y enfermedad renal. Para individuos entre 40 y 70 años, cada incremento de 20 mm Hg en PAS (presión arterial sistólica) o 10 mm Hg en PAD (presión arterial diastólica) incrementa el riesgo de accidente vascular cerebral al doble.⁸

d) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El tratamiento antihipertensivo está indicado en pacientes con PA diastólica de 95 mmHg o mayor y en quienes las cifras son menores de 90-94 mm Hg, pero tienen riesgo alto de morbilidad o mortalidad cardiovascular. La terapia antihipertensiva se ha asociado con reducciones en incidencias de ictus en un 35-40%, infarto de miocardio de 20-25%, insuficiencia cardíaca en más de un 50%.⁹

En los pacientes con HTA en estadio 1 (PAS 140-159 mm Hg y/o PAD 90-99 mm Hg) y factores de riesgo adicionales, consiguen una reducción sostenida de 12 mm Hg en 10 años y se evita una muerte por cada 11 pacientes.⁹

e) TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

La adopción de estilos de vida saludables en todo el mundo es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial y es indispensable en hipertensos. La modificación en los estilos de vida realizada en forma más intensiva disminuye considerablemente la presión arterial además de aumentar la eficacia de los fármacos antihipertensivos.⁶

Tabla # 2

Tratamiento no farmacológico

Tratamiento no farmacológico
1.Reducción de peso
2.Restrictión de alcohol
3.Ejercicio
4.Restrictión dietética de sodio
5.Suplemento dietético de calcio
6.Suplemento dietético de potasio
7.Dietas especiales
8.Supresión del tabaquismo y restricción de cafeína
9. Relajación y reducción de estrés.

Fuente: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

La modificación positiva de los estilos de vida contribuye favorablemente en el descenso de la presión arterial, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso, actividad física, moderación en el consumo de alcohol, reducción de sodio en la dieta, la dieta DASH rica en potasio y calcio.

En estudios con intervenciones de tipo educativo que ha demostrado que la disminución del consumo total de sodio a menos de 70 a 90 mmol / día se relaciona con reducción significativa en la presión arterial de pacientes hipertensos. Mediante un análisis se demostró que la disminución de 100 mmol / día en consumo de sodio se asocia con una reducción de 5.7/2.7 mm Hg en la presión arterial de hipertensos, en comparación con solo 2.2/1.3 mm Hg en normotensos. La baja de peso reduce la presión arterial; Rassin y col, demostraron que la pérdida de peso de aproximadamente 5 kg se relaciona con una disminución de 5.4/2.4 mm Hg en la PA. También se observa que una

reducción de 452 a 64 ml en el consumo semanal de alcohol se relacionó con una disminución de 5/3 mm Hg en tres semanas.⁶

Beneficios de la modificación en los estilos de vida

Modificación	Recomendación	Reducción Aproximada PAS (rango)
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal (IMC 18.5 – 24.9 Kg./m ²)	5-20 mmHg/ 10 Kg de reducción de peso
Dieta tipo DASH	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales, y pocas grasas diarias saturadas y totales	8-14 mmHg
Reducción de Sodio en la dieta	Reducir consumo de sodio, no más de 100 mmol día, (2.4 gms sodio ó 6 de cloruro de Na)	2-8 mmHg
Actividad Física	Realizar ejercicio físico aeróbico regular como caminar rápido (al menos 30 minutos al día , casi todos los días de la semana)	4-9 mmHg
Moderación en consumo de alcohol.	Limitar en consumo a no más de 2 copas (30 mL de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres)	2-4 mmHg

Médico y paciente deben ponerse de acuerdo sobre los objetivos del control en la presión arterial. Es importante establecer una estrategia centrada en el paciente para comprender el objetivo y una estimación del tiempo necesario para conseguirlo. Todos los miembros del equipo de atención de salud (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales) deberían trabajar juntos para influir y reforzar

las instrucciones que mejoren los estilos de vida del paciente y el control de su PA.⁸

f) CALIDAD DE VIDA

De acuerdo con la definición de salud propuesta por la organización mundial de la salud (OMS), la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud. Schipper y Levitt, consideran que lo que más ha hecho avanzar, en la búsqueda y valoración de la calidad de vida, en los ensayos clínicos; es el reconocimiento creciente de la importancia de este concepto. Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado por Hornsquist. Establece un concepto de la calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento.¹⁰

Calidad de vida en el paciente con Hipertensión Arterial.

Definir la calidad de vida en el momento actual es, por tanto, un reto difícil de afrontar debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de población en los existentes. El estado funcional y **la calidad de vida del paciente hipertenso**, van a ser el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, los efectos secundarios de la medicación recibida, las condiciones medioambientales, el apoyo social y el nivel económico en que el paciente se desenvuelve. Existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medición; siendo más marcado cuando hablamos de personas con enfermedades crónicas sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre en el paciente con hipertensión arterial.

El interés actual sobre la medición de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) en medicina tiene su origen tanto en la preocupación por el proceso de atención sanitaria como en la voluntad de controlar los resultados de la atención y las intervenciones realizadas, este interés no solo se ha centrado en disciplinas donde la supervivencia de los paciente era y es el factor más importante.¹¹

La reducción de la morbimortalidad asociada a este factor de riesgo ha sido y es, el objetivo principal de la intervención terapéutica. La minimización de los efectos secundarios asociados al tratamiento y a la mejora global de la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial se han convertido en la actualidad en uno de los resultados principales de la evaluación de estos pacientes.¹¹

Instrumento PECVEC y calidad de vida relacionada con la salud.

Existen diversos instrumentos para la evaluación de la calidad de vida en forma genérica, mismos que han demostrado buenos resultados para dicha evaluación, sin embargo para la evaluación de calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas se necesitan instrumentos más específicos, es por eso que se construyó el cuestionario perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC) fue desarrollado con el propósito de disponer de un instrumento para la evaluación multidimensional de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud de enfermos crónicos. El objetivo principal es valorar los cambios de salud en el tiempo de la mayoría de las afecciones crónicas-generativas, y utilizar el cuestionario tanto en la investigación como en la práctica clínica.¹²

La calidad de vida relacionada con la salud se define como la valoración subjetiva de los aspectos corporales, psicológicos y sociales de las personas, de sus capacidades y limitaciones y de sus sentimientos en el curso de las enfermedades crónicas, así como las modificaciones debidas a los tratamientos de estas enfermedades.

La razón principal para el desarrollo de este cuestionario fue de tipo conceptual. Al comienzo de los trabajos de desarrollo del cuestionario y al revisar las investigaciones sobre la calidad de vida relacionada con la salud, los autores comentan que les llamo la atención la gran importancia que se daba a los aspectos somáticos y psicológicos del bienestar, en detrimento de los aspectos sociales e interpersonales, prácticamente olvidados.

En la concepción del cuestionario se dio idéntico peso a los dos aspectos básicos del bienestar: el funcionalismo y el bienestar, extraídas de la definición de la Salud de la OMS y de la conceptualización de la salud aportada por Rene Dubos; es decir, la salud es una capacidad para lograr objetivos propios o impuestos.

El cuestionario adaptado al castellano, PECVEC, ha sido diseñado por Siegrist et al.,(1996) respondiendo a una concepción multimensional de la CVRS que considera tanto al bienestar como la capacidad de actuación de las personas que tienen alguna limitación de salud o padece de una enfermedad crónica (WHO, 1947; Dubos, 1969). Consta de un modulo central genérico de 40 ítems que abarcan 6 dimensiones relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud.

- I. CAPACIDAD FISICA (8 ítems). Capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional.
- II. FUNCION PSICOLOGICA (8items) capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño, etc. y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

- III. ESTADO DE ANIMO POSITIVO (5 ítems) comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.
 - IV. ESTADO DE ANIMO NEGATIVO (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimiento de amenaza, de desesperación, etc. (las escales III y IV constituye lo que entendemos por bienestar psicológico).
 - V. FUNCIONAMIENTO SOCIAL (6 ítems). Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otros.
- VI- BIENESTAR SOCIAL (5 ítems) abarca lo relativo a la pertenencia a un grupo: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.¹²

g) ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN HIPERTENSION ARTERIAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA.

La OMS, la asociación internacional de hipertensión y otros equipos insisten en la necesidad de intensificar y actualizar métodos y estrategias para modificar el estilo de vida y por consecuencia la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.¹³

En la provincia de Santiago en Cuba, el desarrollo de escuelas para con hipertensión arterial en el primer nivel de atención ha sido de gran utilidad pues corresponde al médico de familia, quien está considerado como un verdadero vigilante de la salud en su máxima expresión, realizar a plenitud acciones educativas de promoción sanitaria, tanto preventivas como de rehabilitación, mantener un control estricto de los pacientes dependientes por esa patología además de detectar en la población supuestamente sana a aquellos miembros de sus familias que sean asintomáticos.¹³

Los resultados de este tipo de estrategias demuestran resultados positivos en el control de la hipertensión, basados en la modificación en los estilos de vida y apego al tratamiento, repercutiendo positivamente sobre una mejor calidad de vida.¹³

La implementación de intervenciones de tipo educativo en pacientes con hipertensión arterial además de modificar positivamente la calidad de vida, mejoran la convivencia social y familiar del paciente promoviendo el involucramiento familiar en la enfermedad, situación que contribuye a un mejor control.¹⁴

La sintomatología presentada en los pacientes hipertensos comúnmente mejora posterior a la implementación de estrategias educativas en función del grado de control, sin embargo paradójicamente se ha observado que aún y cuando el grado de control mejora como consecuencia de la intervención educativa, la sintomatología continúa igual, sin embargo también se ha observado que cuando

los pacientes mejoran su convivencia social y familiar la sintomatología mejora proporcionalmente, situación que debe considerarse en relación a manifestaciones somáticas.¹⁴

La reducción de peso e índice de masa corporal posterior a la implementación de una estrategia educativa activa y participativa es considerable y estadísticamente significativa, situación derivada de la realización de ejercicio físico aeróbico complementado con la implementación de dietas bajas en grasas saturadas, disminuyendo el riesgo cardiovascular y mejorando su condición física..¹⁵

Ante la necesidad de que los pacientes hipertensos intervengan en su tratamiento, se ha destacado la importancia de la educación como un medio a través del cual se puede lograr la motivación necesaria para que los enfermos participen de manera comprometida en su manejo integral y así mejorar positivamente su calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida se afecta en enfermedades crónico-degenerativas, como lo es la hipertensión arterial, que afecta al 30% de la población a Nivel Nacional, por lo que la actitud del médico ante sus pacientes debe rebasar el mero aspecto científico técnico y alcanzar un abordaje integral bio-psico-social. En esta línea, surgen los esfuerzos para medir la dimensión de calidad de vida, como un instrumento para comprender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes.

Este esfuerzo adquiere mayor sentido al afrontar enfermedades crónicas, como es el caso de la hipertensión arterial, con impacto sobre su calidad de vida. Además, la hipertensión arterial es una enfermedad con alta incidencia y prevalencia en nuestro medio y que consume gran cantidad de recursos en nuestro Sistema de Salud.

La prevalencia de la HTA es de las más altas de todas las enfermedades crónicas, a nivel mundial, nacional y local, y es de las enfermedades que por sí sola y con sus complicaciones tienen una enorme magnitud y trascendencia, y gran afectación a la calidad de vida de los pacientes, la UMF 39 cuenta con 8000 pacientes con hipertensión arterial, que generaron en 2009, 530 consultas en admisión continua: En la práctica diaria veo que los pacientes con hipertensión arterial son portadores de un sinfín de molestias que afectan su calidad de vida, por lo cual para este estudio de tesis se toma como una oportunidad de identificar con mejor precisión cuál es la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden a nuestro servicio de admisión continua, para una vez conociendo cual es la calidad de vida, y cuál de las 6 dimensiones es la más afectada, explorar alternativas de mejora para esa calidad de vida en especial en las dimensiones más afectadas. Dada su magnitud y trascendencia, de la HTA y los reportes de investigación donde se ratifica que los pacientes con hipertensión arterial tienen decremento en su calidad de vida, y al desconocer cuál es esta en estos se considera justificado el realizar esta investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la definición de salud propuesta por la organización mundial de la salud (OMS), la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud. Schipper y Levitt, consideran que lo que más ha hecho avanzar, en la búsqueda y valoración de la calidad de vida, en los ensayos clínicos, es el reconocimiento creciente de la importancia de este concepto.

Definir la calidad de vida es un reto difícil de afrontar debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de población en los existentes.

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

Existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida especialmente por tratarse de una enfermedad crónica.; siendo más marcado cuando hablamos de personas enfermas crónicas sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales) Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión asintomática, como la hipertensión ligera o en estadio inicial (estadio I del JNC VII) la percepción del paciente a su avance o a los beneficios del control de la misma, pueden ser muy subjetivas, por lo que se reseñan los cuestionarios validados y sensibles, más adecuados para recoger tanta diferencia de percepciones, tanto objetivas como subjetivas. La hipertensión arterial en el año 2009 fue la primer causa de consulta en medicina familiar de la UMF 39, con más de 22000 consultas, y la quinta en el servicio de admisión continua con 530 consultas, con sus complicaciones fue de las primeras causas de mortalidad y una fuente importante en la expedición de incapacidades, es decir magnitud y trascendencia elevada, al recibir y dialogar con los pacientes estos refieren una serie de manifestaciones que sugieren deterioro de su calidad de vida, la cual en la UMF 39 no se ha medido, motivo por el cual desconocemos cual es la calidad de vida de nuestros derechohabientes, yo como médico del servicio de admisión continua al cabo de varios años de estar en este servicio y atender en forma constante pacientes hipertensos nace la inquietud de conocer cuál es la calidad de vida de mis pacientes en especial los hipertensos por lo cual me planteo la siguiente:

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al servicio de admisión continua de la UMF 39?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar cuál es la calidad de vida de los pacientes hipertensos que acuden al servicio de admisión continua de la UMF 39.

Específicos.

- 1.- Medir la calidad de vida en los pacientes hipertensos que acuden al servicio de admisión continua de la UMF 39.
- 2.- Identificar la calidad de vida de los pacientes hipertensos que acuden al servicio de admisión continua de acuerdo a cada una de las 6 escalas que mide la PECVEC.
- 3.- Clasificar la calidad de vida de los pacientes hipertensos que acuden al servicio de admisión continua de la UMF 39.
- 4.- Describir las variables socio demográficas de los pacientes hipertensos que acuden a consulta a admisión continua de la UMF 39.

HIPÓTESIS

Estudio descriptivo en el cual no es indispensable la hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

Estudio Observacional, descriptivo, transversal, a realizarse de Mayo a Diciembre de 2010, previa autorización del Comité Local de Investigación (CLIS) 1306,

Universo pacientes hipertensos adscritos a la UMF 39 que acuden al servicio de admisión continua.

Muestra:

Muestreo probabilístico azar sistematizado a partir del mes de mayo previa aprobación del presente proyecto de investigación por el comité local de investigación (CLIS) 1306 se invitara a participar en el estudio al primer paciente

hipertenso que acuda al servicio de admisión continua en cada turno y que cumplan los criterios de inclusión.

Tamaño de Muestra de 400, calculado para estudios poblacionales en EPI 6 Stalcal, con confiabilidad de 95%. Calculada con la formula $Z^2 \cdot (P \cdot Q) / d^2$ donde Z^2 es el nivel de confianza 95% (1.96 de valor z), P y Q, para muestra maximizada, y d^2 la posibilidad de error 5%.

Lugar:

Se realizo el estudio en el servicio de Admisión Continua de la UMF 39 del IMSS ubicada en Dr. R Michel 3340 Colonia Álamo Industrial de San Pedro Tlaquepaque Jalisco

Horario:

Turno matutino a partir de las 8 horas y vespertino de las 14 horas de lunes a viernes hasta completar la muestra. (1 por turno) tiempo estimado para la recolección 2 a 5 meses.

PROCEDIMIENTO:

El estudio se realizo en pacientes hipertensos que acudieron a consulta al servicio de admisión continua, donde el médico turno matutino y vespertino los identificaron y si, son hipertensos y este es el motivo de atención en el servicio, los enviaron con los encuestadores (personal médico becario) previamente capacitados para la aplicación de la encuesta, (Estuvieron en el servicio de Admisión continua), y los pacientes cubrieron los criterios de inclusión se les solicito Consentimiento Informado verbal, de aceptar participar se les aplicaron el modulo central de la encuesta *perfil de calidad de vida en enfermos crónicos* (PECVEC), encuesta ya validada al español. La cual explora 6 dimensiones, y califica la calidad de vida con la puntuación media de las calificaciones de cada dimensión, las puntuaciones van de 0 a 4, determinando que la calidad de vida es Mala si la puntuación es de 0 a 1, Regular de 1.1. a 2, Buena con puntuaciones de 2.1 a 3, y Muy Buena de 3.1 a 4, se concentraran los resultados en hoja Excel.

Control de calidad:

Posterior a la capacitación de los encuestadores se les dio asesoría permanente, y supervisión operativa en el momento de la aplicación de la encuesta por parte de los investigadores, se realizo revisión de encuestas y seguimiento.

INSTRUMENTO A UTILIZARSE:

Encuesta PECVEC: (La cual describo más adelante con todo el procedimiento utilizado para su validación psicométrica)

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes con diagnóstico previo de Hipertensión Arterial, que acudan a atención en el servicio de Admisión Continua de la UMF 39

Sexo masculino o femenino

Edad: Mayores de 18 años de edad

Que acepten participar en la investigación

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Pacientes hipertensos que no puedan contestar la encuesta.

Pacientes Psiquiátricos.

Pacientes Hipertensos con Cáncer, SIDA u otra enfermedad Terminal, no atribuible a la Hipertensión arterial

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Encuestas incompletas

Pacientes que decidan no continuar con la investigación

ANALISIS ESTADISTICO:

Se hará análisis estadístico en *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 17 con estadística descriptiva, como son medidas de tendencia central y dispersión, porcentajes y proporciones, y con estadística inferencial, Chi cuadrada para variables cualitativas y T de Student para variables cuantitativas, con una significancia de $p < 0.05$,

ASPECTOS ETICOS:

Es un estudio de bajo riesgo de acuerdo a la Ley General de Salud, se solicitará solo consentimiento verbal a los pacientes y autorización por el CLIS 1306. Se respetará el anonimato y no se identificarán a los pacientes en presentaciones, tendrán el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo deseen, sin

afectación de la atención. Se respetarán aspectos de confidencialidad, autonomía, no daño y beneficio del paciente. Se contemplan los siguientes aspectos.

- a) Participación voluntaria: Libre voluntad del paciente a participar o no en el estudio sin presión
- b) Consentimiento informado verbal: Se les dará la información de los objetivos del estudio, y solo si están de acuerdo en participar se les aplicara la encuesta
- c) Confidencialidad: La información recolectada será manejada en forma confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de investigación de este estudio. La encuesta será anónima
- d) Derecho a la no subsiguiente participación: El paciente tendrá de su conocimiento que tiene el derecho, una vez incluido en el estudio, a no continuar y retirarse si lo estima conveniente, sin expresión de causa y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno.

FACTIBILIDAD:

Es un estudio factible y viable, se cuenta con los recursos, las posibilidades y la disponibilidad, de personal directivo, operativo de la unidad y los investigadores, existen los pacientes.

RECURSOS:

Los recursos serán los propios de la UMF 39 del IMSS, y de los investigadores.

Instalaciones y Pacientes del IMSS,

Tesista Medico adscrito al servicio de Admisión Continua de la UMF 39 Turno Vespertino, cursando la residencia Semipresencial de Urgencias Médicas.

Directora de Tesis: Maestra en Salud Publica adscrita a Epidemiología de la UMF 48 del IMSS,

Asesores:

Dr. Jaime Eduardo Guzmán Pantoja. Médico Especialista en Medicina Familiar. Director del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente.

Dr. Javier Florencio Valencia Hernández Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 39

Personal becario del IMSS.

Los materiales serán costeados por la tesista.

DIFUSION:

Una vez concluida la investigación, la difusión de los resultados será en la UMF 39 en sesión general, y entregada a dirección de la UMF 39 con sugerencias de abordaje en las dimensiones que resulten las de más afectación en la calidad de vida de los pacientes, presentación en foros regional y nacional del IMSS.

VARIABLES:

IDENTIFICACION:

Variable Independiente: Paciente con Hipertensión Arterial que acude al servicio de Admisión continua de la UMF 39.

Variable Dependiente: Calidad de Vida del paciente hipertenso que acude a el servicio de Admisión Continua de la UMF 39

DEFINICION OPERACIONAL:

Variable Independiente:

Paciente con Hipertensión Arterial: Persona (Derechohabiente de la UMF 39) diagnosticada como Hipertensa previamente por ser portadora de cifras de TA \geq a 140/90 mm/hg

Variable Dependiente:

Calidad de vida del paciente con Hipertensión Arterial que acude al servicio de admisión continua de la UMF 39 definida esta como:

“La percepción personal del paciente de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, medida a través de la encuesta PECVEC.

VARIABLES INTERVENIENTES Y SOCIODEMOGRAFICAS.

Edad: Medida de duración del vivir expresada en años, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.

Sexo: Género: Diferencia física y de conducta que distingue a las personas, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. A través de esta diferencia, por la que existen hombres y mujeres.

Estado Civil: Posición que tiene el paciente respecto a su modo de vivir en sociedad con respecto a la convivencia matrimonial.

Escolaridad: Grado de estudio realizado. Primaria – Secundaria, Carrera Técnica, Preparatoria, Licenciatura

Años de Evolución de la HTA: Numero de años que han transcurrido desde el diagnostico de HTA la Fecha.

CUADRO DE VARIABLES:

Variable	Escala	Medición	Estadística Descriptiva	Estadística Inferencial	Significancia
Paciente Hipertenso	Cualitativa Nominal	Dicotomica Si – No	Número	Chi Cuadrada	< 0.05
Calidad de Vida	Cualitativa Ordinal	Mala 0 a 1... Regular 1.1. a 2 Buena 2.1 a 3 Muy Buena 3.1a4	Porcentaje	Chi Cuadrada	< 0.05
Edad	Cuantitativa	Continua	Promedio, Desviación Estándar, Rango	T de Student	< 0.05
Sexo	Cualitativa Nominal	Dicotomica Masculino - Femenino	Número	Chi Cuadrada	< 0.05
Estado Civil	Cualitativa Nominal	Casada – Viuda - Divorciada	Número	Chi Cuadrada	< 0.05
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Numero %	Chi cuadrada	< 0.05
Años de evolución de HTA	Cuantitativa	Continua	Promedio, Desviación Estándar, Rango	T de Student	< 0.05

SELECCIÓN DE FUENTES, VALIDACION DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA PECVEC)

La herramienta que utilizaremos será el cuestionario del “Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos” (PECVEC) previamente validado al español se utilizará el módulo central de este cuestionario que consta de seis dimensiones: 1.- Capacidad física, 2.- Función Psicológica, 3.- Estado de Ánimo Positivo, 4.- Estado de Ánimo Negativo, 5.- Funcionamiento Social, 6.- Bienestar Social, así como variables socio demográficas (estado civil, sexo, edad) y preguntas adicionales donde se incluyeron a.) Apoyo social en la familia o en el círculo de amigos, b.) Acontecimientos vitales influyentes próximos o lejanos, c.) Problemas agudos en la última semana y d.) Deterioro en la función sexual. En cuanto al nivel de calidad de vida se considerará “mala” si la puntuación media de todas las dimensiones está entre 0 y 1, “regular” entre 1.1 y 2, “buena” entre 2.1 y 3 y “muy buena” entre 3.1 y 4.

Descripción del cuestionario: El cuestionario adaptado al castellano, PECVEC, fué diseñado por Siegrist *etal.*, (1996) respondiendo a una concepción multidimensional de la CVRS que considera tanto el bienestar como la capacidad de actuación de las personas que tienen alguna limitación de salud o padecen una enfermedad crónica (WHO, 1947; Dubos, 1969). Consta de un *módulo central* genérico de 40 ítems que abarca 6 dimensiones relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud:

I. Capacidad Física (8 ítems). Capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional.

II. Función Psicológica (8 ítems). Capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño, etc y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

III. Estado de Ánimo Positivo (5 ítems). Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

IV. Estado de Ánimo Negativo (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimiento de amenaza, de desesperación, etc. (Las escalas III y IV constituyen lo que entendemos por *Bienestar Psicológico*).

V. Funcionamiento Social (6 ítems). Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otros.

VI. *Bienestar Social* (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un «grupo»: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.

Se completa con un *módulo específico* de 18 ítems que operacionaliza la carga sintomática (*Bienestar Físico*) de la enfermedad que se investiga. 4 preguntas adicionales controlan los factores moderadores mayores de la calidad de vida apoyo social primario, eventos vitales influyentes, problemas agudos y función sexual y una batería de 8 ítems recoge las características socio demográficas de los sujetos investigados. Adicionalmente, se incluyó una batería de 5 ítems para evaluar deterioro sexual desarrollada por Croog *et al.*, (1986) y adaptada y validada también preliminarmente por (Fernández López *et al.*, 1994).

El rango de puntuación de todos los ítems es de 0 a 4. Los ítems se agrupan en 6 dimensiones donde los valores medios de cada dimensión resultan de los valores de los ítems divididos por el número de ellos. Por ello, la medición de la calidad de vida es efectuada mediante puntuaciones en cada dimensión y no resulta de una puntuación general. En 12 ítems, de los 40 ítems que componen el módulo central, es preciso recodificar el rango de puntuación (0= 4, 1= 3, 2= 2, 3= 1, 4= 0) a la hora del análisis estadístico, de modo que los valores escalares tengan una determinación unidireccional en altura: cuanto mayor es la puntuación en una escala tanto mejor es la calidad de vida del aspecto medido.

Este cuestionario está indicado su uso en población general y en todo tipo de pacientes crónicos, excepción hecha de los enfermos con pronóstico infausto (v. *gr.*, cancerosos) o con deterioro de la capacidad de autovaloración

Evaluación de la validez y la fiabilidad Para el trabajo de comprobación estadística de las propiedades psicométricas del PECVEC se formaron tres grupos de 30 sujetos cada uno para ser evaluados en su calidad de vida: 1) Funcionarios (Centros de Salud y Universidad: médicos, enfermeras, administrativos, profesores, celadores); 2) Estudiantes de 6º de Medicina y 3) Hipertensos leves/moderados en grado I-II de la OMS. Los grupos 1 y 2 fueron examinados para descartar la presencia de hipertensión arterial. Se eligió este diseño para someter el test a diferentes situaciones culturales, de edad, clínicas y de modo de administración y comprobar su bondad. En los 30 hipertensos el test se administró mediante entrevista personal estandarizada, realizada por el médico y/o la enfermera encargados del cuidado de los pacientes y los 60 sujetos restantes auto cumplimentaron el cuestionario.

Dentro del contexto clínico correspondiente, los 30 pacientes hipertensos fueron evaluados en su calidad de vida a lo largo del tiempo y los resultados de la segunda medición, al cabo de 4 semanas de la primera, se han utilizado como prueba test-retest. La estabilidad clínica de los hipertensos, a lo largo del tiempo, se controló mediante el recuento de síntomas físicos, análisis de laboratorio y

ausencia de complicaciones. Asimismo, los pacientes refirieron no experimentar cambios en su estado de salud.

El análisis estadístico, desarrollado con el paquete estadístico SPSS/PC+, comprendió:

1) Análisis factorial exploratorio de los ítems a nivel de cada escala (método de extracción: Factorización del Eje Principal) obteniendo la matriz factorial con el criterio de 1 factor extraído para cada escala como esperado desde la teoría. La magnitud de la peso factorial indica la importancia del factor para la correspondiente variable. Los pesos factoriales de las variables individuales pueden tener un valor entre 0 y 1. Cuanto más alto es este valor mejor representada está la variable respectiva por medio del factor. En general, los pesos factoriales entre 0,4 y 0,9 son buenos (Siegrist, Broer y Junge, 1996).

2) Cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach como expresión de la consistencia interna de las escalas (Cronbach, 1951). Este coeficiente se utiliza para evaluar el grado en que los ítems de una misma escala están evaluando un concepto común a todos ellos y se basa en la correlación media de cada ítem de las escalas con el total de la misma y el número de ítems que contiene. Los valores para estos coeficientes pueden estar entre 0 y 1 y la exactitud de la medición se establece conforme a la aproximación del valor a 1.

3) Cálculo de los coeficientes de congruencia entre las soluciones factoriales obtenidas, con el mismo conjunto de variables, en la muestra española que se describe aquí y en una muestra de 85 pacientes hipertensos alemanes evaluados con la versión original del cuestionario (Siegrist *et al.*, 1996). Para ello se sirvieron del programa informático específico descrito por García Cueto (1994). Asimismo, una mayor proximidad a 1 en el valor del coeficiente indica una mayor congruencia entre las soluciones.

4) Cálculo de coeficientes de correlación entre dos mediciones efectuadas al subgrupo de hipertensos, con un intervalo de 4 semanas, como expresión de la fiabilidad test-retest. La reproducibilidad o fiabilidad test retest se establece mediante la comparación de las puntuaciones medias obtenidas en sucesivas administraciones del cuestionario (test de la *t* de Student) y el cálculo de los coeficientes de correlación y de correlación intraclase (Deyo, Diehr y Patrick, 1991).

5) Comparación de medias (test de la *t*) y análisis de la varianza (ANOVA) de los 3 grupos bajo estudio como expresión empírica de la validez del test relacionada con grupos/ discriminante.

Resultados Para garantizar la comprensibilidad y la cumplimentación del cuestionario se supervisaron cada uno de ellos una vez cumplimentado y se preguntó al encuestado las dificultades encontradas aclarándole, en caso

necesario, las dudas aparecidas. No hubo, pues, omisiones de respuesta. En los pacientes hipertensos (n=30) se realizó entrevista personal estandarizada y estructurada (33,3%) y los 60 sujetos restantes auto cumplimentaron el test (66,7%). Los tiempos promedio de cumplimentación del cuestionario oscilaron entre los 13 minutos para la forma autocumplimentable y los 18 minutos para el modo de entrevista personal.

Análisis descriptivo de la muestra Los grupos bajo estudio contenían 30 sujetos cada uno con una proporción por sexos del 50%. La edad media de los estudiantes era 23,7 años, la de los funcionarios 36,5 años y la de los hipertensos 55,9. Para cada sexo la media de edad era similar en los tres grupos. Las diferencias de edad explican los porcentajes de casados, de vida en pareja y de actividad laboral encontrados más altos entre funcionarios e hipertensos que entre los estudiantes. El grupo con menor nivel educativo fue el de los hipertensos.

La fiabilidad de la información en el conjunto de los sujetos evaluados (n= 90), medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, osciló entre 0,76 y 0,95. Los coeficientes encontrados en el análisis, por separado, de cada subgrupo bajo estudio oscilaron entre 0,63 y 0,95 (*Tabla 2*). Según el modo de administración del cuestionario, el análisis mostró valores alfa entre 0,56 y 0,95 en el caso de la entrevista personal y entre 0,79 y 0,85 en el modo auto cumplimentado.

La decisión de utilizar el cuestionario PECVEC para la valoración de la Calidad de vida vino marcada por tratarse de un instrumento de medición estandarizado, validado en nuestro medio, orientado a la sistematización de los aspectos de la calidad de vida que comprende con idéntica extensión y profundidad los niveles somáticos, emocionales y sociales del bienestar, y el funcionalismo, guiado por el principio de constructor multidimensional, pues el PECVEC tiene una estructura factorial, adoptando un doble concepto (capacidad de actuación y bienestar), en las tres dimensiones de la salud subjetiva (física, psíquica y social). Así, la capacidad de actuación física viene dada por la capacidad de rendimiento, la de actuación psíquica por la capacidad de disfrute y relajación y la social por la capacidad de relación. Por otra parte, el bienestar físico lo representan los síntomas, el psíquico lo recoge el estado de ánimo positivo y negativo, y el social por el sentimiento de pertenencia a un grupo.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos:

1. Humanos: a.- Tesista Médico adscrito a UMF 39 TV, Residente de la Especialidad de Medicina de Urgencias en el Curso Semipresencial. b- Directora de Tesis: Epidemióloga adscrita a UMF 48 del IMSS. c- Asesores: Médico Familiar Director del CIEFD, y Coordinador Clínico de Educación e investigación en Salud UMF 39 d.- Personal becario de UMF 39. e.- Pacientes de la UMF 39 IMSS
2. La planeación, obtención y análisis de la información y presentación de resultados se realizara y costeara en su totalidad por la tesista. (Con asesoría de Directora de tesis)
3. Físicos: La investigación se llevara a cabo en el espacio de Admisión Continua de la UMF 39 del IMSS
4. Materiales: Impresos y de escritorio serán costeados en su totalidad por la tesista.
5. Tecnológicos: Computadoras y software propios de tesista y Directora de tesis.

Financiamiento

Será costeado por los investigadores y los recursos de UMF 39

Factibilidad

Por lo mencionado anteriormente se considera que el estudio es factible ya que se cuenta con todos los recursos necesarios, además de contar con una población adecuada para la selección de la muestra.

Cuadro 1. Variables socio demográficos datos globales.

EDAD		SEXO	TURNO
Mínima	19	Masculino 138-34.5%	Matutino 219 54.75%
Máxima	87	Femenino 262-65.5%	Vespertino 181 45.25%
Rango	68		
Desviación Estándar	16.92		

Fuente encuesta directa

En el cuadro anterior llama la atención que tenemos pacientes con hipertensión arterial muy jóvenes entre ellos de 19 años de edad con un promedio de 56.76%, lo cual hace que hay una desviación estándar muy marcada. En cuanto al sexo encontramos 65.5% femenino encuestado en casi el doble que los masculino. En cuanto al turno encontramos que la diferencia entre el turno matutino y vespertino 54.75 % contra 45.25% es tan solo un 9%.

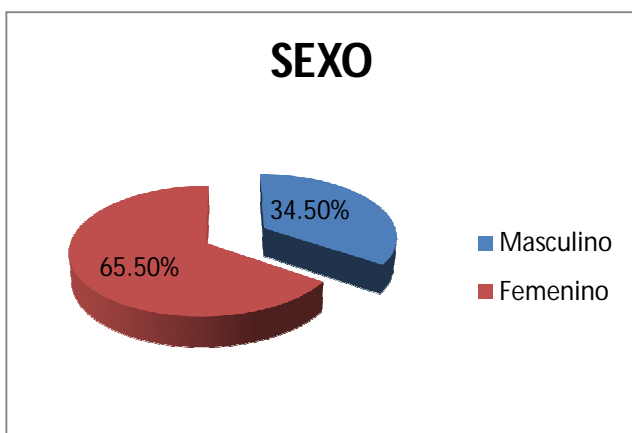
RESULTADOS.

Los resultados, para el total de los 400 pacientes participantes en el estudio, se expresan a continuación, siguiendo el orden empleado en el diseño estadístico. Así, primero se exponen las frecuencias resultantes del análisis de las variables socio demográficas, edad, sexo y turno, posteriormente aparecen los resultados del análisis comparativo de edad y sexo, comparativo de sexo y turno y, por último, dimensiones de calidad de vida que constituyen el constructo multifactorial del cuestionario PECVEC.

Variables Socio demográficas.

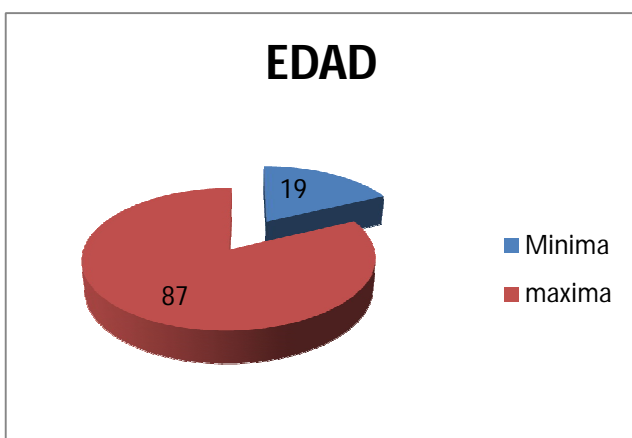
Respecto a la edad, los pacientes del estudio se agruparon en equipos por intervalos (cuadro1) encontrándose edad mínima de 19 y una máxima de 87 años. Sexo femenino presentando un 65.5% y masculino 34.5%, obteniendo consulta turnos matutino 54.75% y turno vespertino de 45.25%. Enseguida (cuadro 2) representa el comparativo de edad y sexo, posteriormente (cuadro 3) representa el comparativo de sexo y turno y por ultimo (cuadro 4) las dimensiones de la calidad de vida.

Grafica 1. Distribución por sexo:



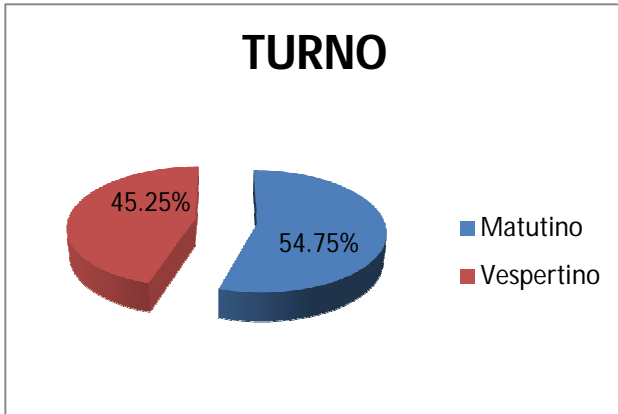
Sexo encontramos 65.5% femenino encuestado en casi el doble que los masculino.

Grafica 2. Distribución por edad.



Edad máxima encontramos 87 años y una mínima de 19 años.

Grafica 3. Distribución por turno.



Encontramos que la diferencia entre el turno matutino y vespertino 54.75 % contra 45.25% es tan solo un 9%.

Cuadro 2. COMPARATIVO DE EDAD Y SEXO.

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
19-32	33-8.25%	20-5%	P 0.5
33-45	41-10.25%	13-3.25%	
46-59	53-13.25%	41-10.25%	
60-73	74-18.5%	58-14.5%	
74-87	61-15.25%	6-1.5%	

T students

Al comparar las edades de los grupos femenino y masculino no encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre la edad lo cual se supone grupos semejantes respecto a la edad.

Cuadro 3. COMPARATIVO DE SEXO Y TURNO

SEXO	VESPERTINO	MATUTINO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Masculino	46-33.33%	92-66.7%	P<0.001
Femenino	135-51.53%	127-48.47%	

chi cuadrada.

En el presente cuadro lo que destaca es que los hombres acuden en el turno matutino y la mujer en forma similar matutino vespertino.

CUADRO 4 Comparación capacidad física hombres Vs mujeres

SEXO	DIMENSION I CAPACIDAD FISICA		NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	Buena y Muy Buena	Mala y regular	P<0.001
Masculino	99	39	
Femenino	135	127	

T students

Hay diferencia estadísticamente significativa a favor del sexo masculino.

CUADRO 5. Comparación Función psicológica hombres Vs mujeres.

SEXO	DIMENSION II FUNCION PSICOLOGICA		NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	Buena y Muy Buena	Mala y regular	P<0.001
Masculino	120	18	
Femenino	114	148	

T students

Hay diferencia estadísticamente significativa a favor del sexo masculino.

CUADRO 6 Comparación estado de ánimo positivo masculino VS femenino

SEXO	DIMENSION III ESTADO DE ANIMO POSITIVO		NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	Buena y Muy Buena	Mala y regular	P<0.001
Masculino	100	38	P<0.001
Femenino	141	121	

T students

Hay diferencia estadísticamente significativa a favor del sexo masculino.

CUADRO 7 Comparación estado de ánimo negativo hombres VS mujeres.

SEXO	DIMENSION IV ESTADO DE ANIMO NEGATIVO		NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	Buena y Muy Buena	Mala y regular	P<0.001
Masculino	107	31	P<0.001
Femenino	122	140	

T students

Hay diferencia estadísticamente significativa a favor del sexo masculino.

CUADRO 8 Comparación funcionamiento social masculino VS femenino

SEXO	DIMENSION V FUNCIONAMIENTO SOCIAL		NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	Buena y Muy Buena	Mala y regular	
Masculino	113	125	P<0.001
Femenino	161	101	

T students

Hay diferencia estadísticamente significativa a favor del sexo masculino.

CUADRO 9 Comparación bienestar social masculino VS femenino

SEXO	DIMENSION VI BIENESTAR SOCIAL		NIVEL DE SIGNIFICANCIA
	Buena y Muy Buena	Mala y regular	
Masculino	106	32	P<0.001
Femenino	128	134	

T students

El presente cuadro nos muestra que el 76.8% de los hombres tiene una calidad de vida en el aspecto social muy buena contra 48.5% de las mujeres, con la prueba de ensayo de hipótesis encontramos que hay una encuesta estadísticamente significativa con un $P<0.001$ a favor de los hombres.

CUADRO 10 COMPARATIVO GLOBAL SEXO y edad

	Masculino	Femenino	Valor de Significancia
Numero	138	262	P< 0.5
Promedio	55.12	57.62	
Desviación standar	15.68	17.51	

T students

En el presente cuadro encontramos que no hay diferencia estadísticamente entre sexo masculino y femenino respecto a la edad.

Cuadro 11. Comparación años de evolución de hipertensión arterial masculino vs femenino

	Masculino	Femenino	Valor de Significancia
mínimo	1	1	P 0.034
maximo	30	30	
promedio	9.33	11.90	
Desviacion standar	8.81	10.09	

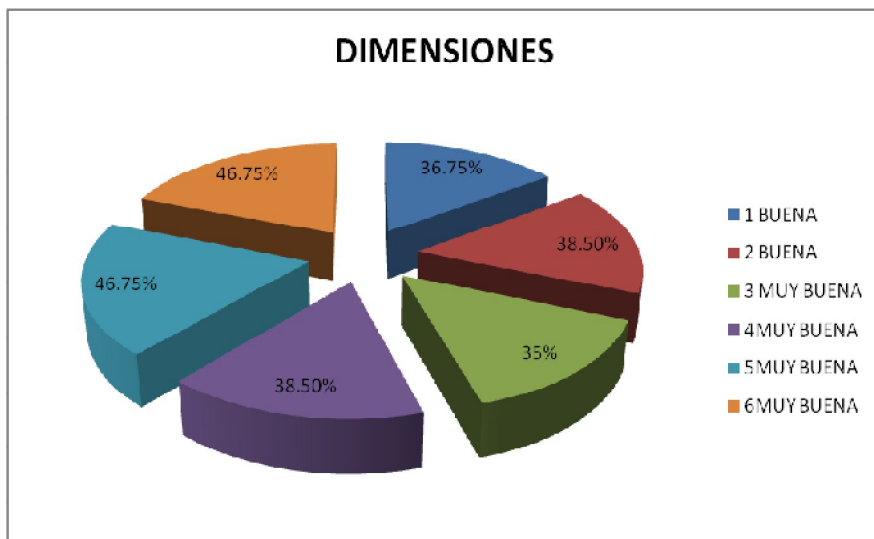
Se encontró que los años de evolución es significativamente mayor en las mujeres y es un factor que las mujeres tenga una mala calidad de vida vs los hombres.

Cuadro 12. DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA.

CALIDAD DE VIDA	DIMENSIONES I	DIMENSIONES II	DIMENSIONES III	DIMENSIONES IV	DIMENSIONES V	DIMENSIONES VI
Mala 0 a 1	108 -27%	54-13.5%	87-21.75%	74-18.5%	40-10%	61-15.25%
Regular 1.1 a 2	58 -14.5%	79 -19.75%	72-18%	91-22.75%	86-21.5%	105-26.25%
Buena 2.1 a 3	147- 36.75%	154-38.5%	101-25.25%	81-20.25%	87-21.75%	47-11.75%
Muy Buena 3.1 a 4	87-21.75%	113-28.25%	140-35%	154-38.5%	187-46.75%	187-46.75%

La dimensión 5 y 6 se por tener el mayor porcentaje en la calidad de vida
Muy buena en tanto la dimensión I tiene la calidad de vida malo.

Grafica 4. Dimensiones con mejor calidad de vida



- (Dimensión I) Capacidad Física.
- (Dimensión II) Función psicológica.
- (Dimensión II) Función psicológica.
- (Dimensión III) Estado de ánimo.
- (Dimensión IV) Estado de ánimo negativo.
- (Dimensión V) Funcionamiento Social.
- (Dimensión VI) Bienestar Social.

CONCLUSIONES

Los resultados del análisis podemos llegar a las siguientes conclusiones:

No hay diferencia estadísticamente significativa respecto a la edad de los grupos estudiados.

La calidad de vida percibida es mejor en el sexo masculino que el femenino. Es atribuible al estilo de vida que con lleva el incremento del estrés.

La mejor calidad de vida en nuestra población estudiada se da en la dimensión 4 estado de ánimo negativo, dimensión 5 funcionamiento social y dimensión 6 bienestar social. Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

La calidad de vida mala es la dimensión 2 psicología, atribuible que la población estudiada refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración).

La calidad de vida en nuestra población fue mayor puntuación en las dimensiones en el estado de ánimo positivo y funcionamiento social en comparación con estudios realizados con las muestras españolas donde predominio en ellos la dimensión IV estado ánimo negativo y la VI dimensión bienestar social.

La adaptación de la hipertensión arterial dependerá de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los auto esquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con hipertensión arterial leve tener una buena calidad de vida relacionada con la salud.

No lo medimos pero lo viví la falta de información de parte del médico hacia el paciente en explicarle que es la hipertensión arterial, sus complicaciones y lo vital que es tomar sus medicamentos con horario y un cambio en el estilo de vida para dominar a la enfermedad y no la enfermedad al paciente.

En resumen, estos argumentos tienen implicaciones prácticas en la atención del paciente, lo cual equivale a valorar el rol del consejo médico y re direccionar las estrategias preventivas, a fin de lograr un reconocimiento de la situación de esta problemática, más si se tienen en cuenta las bondades y ventajas del tratamiento farmacológico y no farmacológico frente a las complicaciones.

En este sentido, la tarea y el reto consiste efecto de la relación medico paciente, en el control, valorar el impacto de diferentes estrategias en el mejoramiento del cumplimiento terapéutico y psicológico. Evaluar los procesos de calidad en la atención del hipertenso y aplicar de manera racional las guías internacionales para lograr un manejo uniforme de la hipertensión arterial a fin de reducir las desigualdades regionales, haciendo énfasis en grupos de riesgo que apunte a mejorar el control de la hipertensión que, a la postre, conllevaría un incremento de los niveles de conocimiento, tratamiento y control.

Desafortunadamente nuestra población carece de una cultura médica preventiva, situación que debe considerar el replanteamiento de los sistemas médico - educativos, mediante la reestructuración de este tipo de estrategias.

La intervención educativa debe considerarse un coadyuvante indispensable del tratamiento médico paciente en la hipertensión arterial, de esta forma se garantizaría un mejor control y calidad de vida en nuestros pacientes hipertensos.

La motivación familiar para la participación en programas educativos relacionados con el área de la salud se incrementa en función de la participación de uno de los miembros de la familia, promoviendo la implementación generalizada de las herramientas adquiridas en los programas, beneficiando a todo el vínculo familiar en la prevención primaria y secundaria de este tipo de enfermedades.

Queda abierto el factor de investigación para saber los factores que contribuyen a presentar mejor calidad de vida para el sexo masculino.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Williams GH. Hypertensive Vascular Disease. En: Isselbacher, Braunwald et al. Harrison's principles of internal medicine, 15th ed, New York, McGraw-Hill, 2001. CD ROM ed.
- 2.- Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

- 3.- Velázquez Monroy O et al. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006. Arch cardiol Mex 2002; 72 (1): 71-84
- 4.- Chaundry SI, Krumholz HM, Foody LM. Systolic Hypertension in Older Persons. JAMA. 2004; 292 (9): 1074-80
- 5.- Carretero OA, Oparil S. Essential Hypertension. Part I: Definition and Etiology. Circulation. 2000; 101: 329-335
- 6.- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289 (19): 2560-72
7. - Wyngaarden, J.B.; Smith, LL.H.; Bennett, J.C.: Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. V.1. México: Interamericana, 1994. P. 290-300.
- 8.- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002; 360:1903-13.
- 9.- Ogden LG, He J, Lydick E; Whelton PK. Long- term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. Hypertension. 2000;35:539-43.
10. Shepper H, Levitt M: Measuring quality of life: Risks and benefits. Cancer Treat Rep 1985; 69:1115.

- 11.- A. Dalfo i Baque, X. bandia I Llach y A. Cusachs. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) Atención primaria 2002, 29 (2) 116 – 121
- 12.- Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos(PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. Aten Primaria 2001; 28(10):680-689.
- 13.- Meza García A, Mouriño Rodríguez A.M, Vazquez Trigo J.M, La escuela para hipertensos como nueva modalidad de tratamiento, MEDISAN 2000;4 (3) 16-21.
14. Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldan FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso, Salud Pública Méx., 1998; 40: 503-504.
- 15.-Pedro Peredo Rosado, Víctor Manuel Gómez López, Héctor Rafael Sánchez Nuncio. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. Revista Médica IMSS 2005; 43 (2) 125 – 129
- .

ANEXO 2:

PECVEC

Código N°:

Estimado paciente:

Por favor, conteste todas las preguntas del modo en que mejor describan sus sentimientos personales. Asegúrese de que contesta todas las cuestiones. Por favor, elija a menos que se indique lo contrario, solamente una respuesta y márkela con una cruz (X). Si duda entre dos respuestas, marque aquella que según su criterio es la más adecuada (no haga cruces entre dos números).

Las preguntas tienen el siguiente formato:

Por ejemplo:

¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	
4				

Si no se indica lo contrario, sus respuestas se referirán SIEMPRE A LOS ULTIMOS 7 DIAS.

Por supuesto, sus respuestas serán tratadas confidencialmente, sin citar nunca su nombre.

Su número de código solo lo conocerá su médico.

¡Muchas gracias por su colaboración!

¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró...
disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho
0	1	2	3
4			

¿Durante los últimos 7 días , cómo pudo...
cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	
4				

realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	
4				

mantener la concentración durante todo el día?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	
4				

resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	
4				

dedicarse a sus aficiones?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
------------------	-----------	---------------	------	----------

4	0	1	2	3
---	---	---	---	---

animarse para hacer cosas?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

(Plantilla 1)

¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo...

desconectar y relajarse?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

comer con apetito?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

dormir por la noche?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

disfrutar con algo o alegrarse por algo?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
------------------	-----------	---------------	------	----------

4	0	1	2	3
---	---	---	---	---

interesarse por algo?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

mantener contacto con amigos o conocidos?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

(Plantilla 2) ¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo...

ayudar y/o dar ánimo a los demás?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

contar a otros lo que le preocupa?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

interesarse por las preocupaciones de los demás?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

hacer algo con otras personas? (p.e. deporte, juegos, excursiones, etc.)

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
------------------	-----------	---------------	------	----------

4	0	1	2	3
---	---	---	---	---

luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

hacer por sentirse mejor?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
4	0	1	2	3

(Plantilla 3)

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido..

triste y deprimido?

Nada en absoluto	un poco	Moderadamente	Mucho	
Muchísimo				
0	1	2	3	4

atento y concentrado?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
Muchísimo			

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

tenso y nervioso?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

feliz y de buen humor?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

apático e indiferente?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

preocupado e intranquilo?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

activo y lleno de energía?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

(Plantilla 4)

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido

tranquilo y relajado?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

cansado y débil?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

enfadado e irritado?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

asustado y amenazado?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

desesperado y sin esperanza?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

esperanzado y optimista?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

solo, incluso en compañía de otros?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
-------------------------------	---------	---------------	-------	--

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

(Plantilla 5)

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido...

Cercano a una persona de su confianza?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo...

la impresión de ser rechazado por los demás?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

la sensación de ser comprendido y tomado en serio?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

la sensación de que se cansa físicamente enseguida?

Nada en absoluto Muchísimo	Un poco	Moderadamente	Mucho	
0	1	2	3	4

(Plantilla 6)

¿Hay personas en su familia o círculo de amigos que son importantes para Vd y con cuya ayuda puede contar realmente?

- No, ninguna.
- Sí, una persona.
- Sí, varias personas.

En los últimos 6 meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para Vd que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, abandono de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, jubilación del compañero/a, separación).

- No
 - Sí, _____ por _____ favor, _____ especifique _____ cual
-

En los últimos 7 días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

- No
 - Sí, por favor especifique cual
-

Es conocido que algunas enfermedades y/o medicamentos pueden influir en la sexualidad de los pacientes.

¿Ha tenido cambios o deterioro en su sexualidad?

(puede marcar más de una respuesta)

- No, ningún cambio ni disminución.
- Sí, disminución del deseo sexual.
- Sí, dificultad en el acto sexual como consecuencia de fatiga física.
- Sí, trastorno de la función sexual, por ejemplo, dificultad para la erección o el orgasmo.
- No aplicable por inactividad sexual desde hace mucho tiempo.

¡Atención!: Conteste las siguientes preguntas solamente si es la primera vez que cubre el cuestionario.

Sexo Masculino ()
) Femenino ()
)

Año de nacimiento ()
)estado Civil

- A casado y vivo con mi cónyuge ()
()
- B casado y vivo separado de mi cónyuge ()
- C soltero ()
- D divorciado ()
)
- E viudo ()
)

¿Vive en pareja?

- Sí ()
)
- No ()
)

¿Cuál es el nivel de educación que alcanzó?

- A Ninguno ()
)
- B Estudios Primarios o sin título ()
- C Bachillerato ()
)
- D Formación Profesional ()
- E Técnico de grado medio ()
)
- F Universitario ()
)

¿A qué grupo profesional pertenece o ha pertenecido?

- A Obrero no cualificado en _____ ()
- B Obrero cualificado en _____ ()
- C Capataz/Encargado de _____ ()
- D Empleado civil en servicios de grado bajo ()
- E Empleado civil de grado medio ()
- F Empleado civil de grado alto ()
- G Autónomo ()
- H Agricultor ()
- I Trabajo de la casa ()

¿Esta actualmente trabajando, bien sea por cuenta propia o ajena?

_____ Sí (también si está en situación de incapacidad transitoria, p. ej., por enfermedad de _____
menos de seis meses de duración)

¿A _____ que _____ se _____ dedica?

Número de horas que trabaja por semana: _____

Si no trabaja la jornada completa (aprox. 40 horas por semana):

Trabajo a jornada reducida independientemente de la enfermedad
()

El hecho de que trabaje a jornada reducida es consecuencia de la enfermedad
()

No

¿En qué situación se encuentra, si actualmente no está trabajando?

A Jubilado _____
() desde el año _____ antes de la jubilación trabajé de _____

B Nunca he estado trabajando (p.e. Ama de casa)
()

C En paro
()

D En incapacidad transitoria por enfermedad de más de 6 meses
()

E Readaptación profesional o rehabilitación
()

F Otros, a saber
()

Fecha

1) Otros anexos, como tablas, etc.

