



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MAYRA ZARAI RICO GARCÍA

INVESTIGADOR ASOCIADO:

DR. FELIPE RICARDO LÓPEZ GARCÍA
EPIDEMIOLOGO DE UMF 36

ASESOR:

DR. JESÚS III LOERA MORALES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS



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 PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA"**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MAYRA ZARAI RICO GARCÍA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DEDICATORIA

A Dios.

Al creador por haberme dado las fuerzas día a día cuando parecía que ya no tenía, por su infinita misericordia y gracia derramada en mí y haberme permitido llegar hasta este punto y haber logrado mis objetivos. " Es pues la fe la certeza de lo que se espera la convicción de lo que no se ve".

A mi Madre Bertha Beatriz.

Por tu apoyo incondicional, por siempre tener una palabra de aliento, por todas tus plegarias elevadas al creador para mí, por tus sabios consejos, tus valores, por la motivación de seguir adelante, por siempre creer en mí. Gracias por ser mi ejemplo de lucha constante, Gracias por cuidar de mis hijos cuando yo no podía, por darles amor y cuidados. Eres mi pilar en esta vida.

A mis amados hijos Valeria y Juan Antonio.

Por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante y terminar, porque sin ustedes no tendría ese motor que me hace ser mejor cada día. Ustedes son la fuente de inspiración para no rendirme y proveerles un mejor futuro. Gracias Príncipes por aguantar estos tres años de cambios constantes, quedarse en ocasiones fuera de casa, por comprender mi cansancio. Los amo con todo mí ser.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por ser mi escudo, mi Roca Fuerte en la batalla, mi pronto auxilio. Por su infinita misericordia día a día.

A mi compañero de vida Juan Antonio

Por tu apoyo incondicional en estos tres años en mi gran aventura llamada Residencia. Por tu amor, paciencia, comprensión cada día. Por creer en mí siempre aun cuando yo no lo hacía.

A Usted Abuelita Sara

Por todas aquellas oraciones y plegarias elevadas al creador por mí. Por ser mi segunda madre mi otro gran pilar en la vida.

A mi hermano Sergio

Por siempre decir Sí cuando lo necesité, por tu gran apoyo en estos tres años, por siempre estar a mi lado.

A mi Profesor

Por todos los conocimientos impartidos, todos los momentos de aprendizaje, por ser un ejemplo en mi profesión.

A mis amigos y compañeros

Por ser parte fundamental del día a día es nuestra aventura que recorrimos juntos tres años, por aquellos días de risa, empatía, cariño y también por aquellos días grises donde parecía que no podríamos terminar.

Contenido

- I.- Resumen
- II.-Antecedentes
- III.-Planteamiento del problema
- IV.- Justificación
- V.- Objetivos General y específicos
- VI.- Material y Métodos.
- VII.- Variables
- VIII.- Aspectos Éticos.
- IX.-Flujograma.
- X.- Plan de Análisis.
- XI.-. Presupuesto
- XII.- Cronograma
- XIII.- Productos Esperados.
- XIV.- Resultados
- XV.- Discusión
- XVI.- Bibliografía.
- XVII.- Anexos

I.- Resumen

ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MÉDICA.

Introducción: En la actualidad se acepta de manera amplia que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas está estrechamente relacionado con factores del estilo de vida. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas.

Objetivos: Medir el estilo de vida del paciente derechohabiente hipertenso adscrito a la unidad de Medicina Familiar No. 39. H. Matamoros, Tamps.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, mediante la recolección de datos clínicos y sociodemográficos de los pacientes incluidos en el presente estudio que acudieron a la consulta de Medicina Familiar con diagnóstico de Hipertensión arterial en el período comprendido de marzo a diciembre del 2017. Para Medir el estilo de vida se realizó mediante el cuestionario denominado FANTASTIC.

Resultados: Participación del 96.13% de los pacientes, el género que predominó fue el femenino con el 70.0%, la edad promedio 53.93 ± 11.88 años, con escolaridad de secundaria incompleta el 24.1%, dedicarse a las labores del hogar el 26.0%. El estilo de vida en peligro el 28.5%, bajo el 20.4%, bueno el 21.1% y excelente el 5.9%. RM de 9.23 (I.C. al 95% de 5.14-17.7) por ser mujer, y para descontrol del padecimiento RM de 9.23 (I.C. al 95% de 5.14-16.16)

Conclusiones: El estilo de vida de los pacientes encuestados es factor determinante para el control adecuado de la hipertensión arterial.

II.- Antecedentes.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, ⁽¹⁾ su creciente contribución a la mortalidad general, ⁽²⁾ la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. ⁽³⁾

Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. ⁽⁴⁾ Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional. ⁽⁵⁾

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México. Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. El tratamiento temprano de la HTA tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad. Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes. ⁽⁶⁾

En la ENSANUT 2012, la medición de la tensión arterial se realizó mediante el uso del esfigmomanómetro de mercurio siguiendo la técnica y procedimientos recomendados por la American Heart Association. Para este documento analítico, se consideró que un adulto tenía HTA cuando reporto haber recibido el diagnóstico de un médico o presentaba cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

De acuerdo con estos criterios, la prevalencia de HTA en México fue de 31.5% (IC 95% 29.8-33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4-45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2-21.0), y en adultos con diabetes (65.6%; IC 95% 60.3-70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1-29.2). Además, durante la ENSANUT 2012 se pudo observar que del 100% de adultos hipertensos 47.3% desconocía que padecía HTA. La tendencia de la HTA en los últimos seis años (2006-2012) se

ha mantenido estable tanto en hombres (32.4 vs 32.3%) como en mujeres (31.1 vs. 30.7%) y la proporción de individuos con diagnóstico previo no aumento en los últimos seis años, paso indispensable para lograr un control temprano a través de medidas de estilo de vida y tratamiento en la población. También se han conservado diferencias entre las prevalencias de los grupos de mayor y menor edad, por ejemplo, en 2012 la distribución de la prevalencia de HTA fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad ($p<0.05$) que en el grupo de 70 a 79 años. La prevalencia de HTA varía de acuerdo con regiones, localidades y nivel socioeconómico (NSE), y esto pudo ser observado en la ENSANUT 2012 donde se registró una prevalencia significativamente más alta ($p<0.05$) en la región norte del país (36.4%) que en el sur (28.5%), en las localidades urbanas (31.9%) que en las rurales (29.9%), y en el NSE alto (31.1%) comparado con el bajo (29.7%). Los adultos con mayor vulnerabilidad y pobreza presentan prevalencias más bajas de HTA en el ámbito nacional y son los grupos que tienen en un mayor porcentaje HTA controlada ($<140/90$ mmHg); por ejemplo, los adultos de la región sur tienen una prevalencia significativamente mayor de control (56.0%) que los del norte (45.8%), igualmente los de localidad rural (51.3%) que los de la urbana (48.3%) y los de NSE bajo (53.2%) que los de NSE alto (50.3%). Esta menor prevalencia y mayor porcentaje de control puede ser atribuido a que estos mismos grupos tienen menor prevalencia de obesidad, tabaquismo y consumo de sodio, factores causales de la HTA y que complican su control, mientras que presentan menos tiempo de actividad sedentaria. Tamaulipas está ubicado en el segundo lugar con mayor porcentaje de prevalencia de Hipertensión Arterial solo lo supera Aguascalientes⁽⁶⁾⁽⁷⁾

En la actualidad se acepta de manera amplia que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida.^{8,9} La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas. Estudios poblacionales revelan que hasta 80% de los casos de cardiopatía coronaria y 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 pueden evitarse si se adoptan estilos de vida saludables.^{9,10}

El alarmante aumento de la obesidad en las últimas décadas en todo el mundo coloca a la mala nutrición por exceso en un primer plano como determinante de enfermedades crónicas.¹¹ La alimentación rica en energía y la inactividad física son algunos de los factores del desequilibrio energético entre consumo y gasto que ocasiona el desarrollo de la obesidad.¹² El

exceso de tejido adiposo, en particular en la región abdominal, se ha relacionado con la agrupación de factores de riesgo que constituyen el síndrome metabólico (hipertensión arterial, dislipidemia y glucosa en ayuno alterada) y cuya presencia confiere mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y ECV.¹³⁻¹⁴

Durante la Evaluación clínica, debe interrogarse exhaustivamente al paciente sobre los antecedentes familiares de HTA, DM, obesidad, nivel de lípidos sanguíneos, ácido úrico y enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, se debe indagar sobre aumentos intermitentes de Presión Arterial durante el pasado. Es fundamental el conocimiento del estilo de vida del sujeto, ya que puede aportarnos detalles valiosos sobre factores o condiciones que predispongan o se asocien a la HTA. Debe interrogarse sobre los hábitos dietéticos (consumo de sal y grasas saturadas), actividad física, hábitos tabáquicos y alcohólicos en cantidad, tipo y duración.⁽⁸⁾ En el área psicosocial, es importante interrogar sobre situación familiar, empleo, condiciones de trabajo y características del sueño.⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa. El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, y la vigilancia de complicaciones.⁽¹⁶⁾

Para controlar el aumento de las cifras tensionales en los enfermos, resulta imprescindible lograr la adherencia terapéutica, que no es más que "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir el resultado terapéutico deseado". Dado que el término de adherencia hace referencia a una conducta establecida o un cambio de conducta que se ajusta a una recomendación de salud y/ o recomendación terapéutica proporcionada por el profesional de la salud, existen factores psicosociales que la afectan o regulan. La percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse, y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en salud. Una persona sólo aceptará un cambio de

estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción. En el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran sus beneficios. La identificación de los factores que modulan la adherencia terapéutica supone el primer paso para, posteriormente, elaborar estrategias que faciliten o mejoren su mantenimiento. Dichas estrategias deben estar encaminadas en lo fundamental a la educación del paciente hipertenso, que es considerada como la piedra angular de los pilares del tratamiento, que durará toda la vida y responderá cada vez más a las etapas por las que atraviese el paciente. La identificación de estas necesidades de aprendizaje se realiza a través del Diagnóstico Educativo, que permite determinar los factores relacionados con los comportamientos, actitudes y creencias asociadas con el problema de salud. Estos factores constituyen la clave del diagnóstico, la conducta o práctica de salud, que está muy relacionada con las necesidades reales y sentidas. ⁽¹⁸⁾

Wilson ha definido el estilo de vida como “el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario”. Dentro de las actividades cotidianas que realiza el médico familiar incluyen acciones dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y limitar el daño. Estos objetivos implican el cambio de actitudes y de los estilos de vida no saludables que generan enfermedad y muerte. Para este fin es necesario disponer de instrumentos válidos, confiables, de aplicación rápida y fácil interpretación, que permitan identificar y medir los componentes del estilo de vida que pudieran constituirse en factores de riesgo y que sean susceptibles de modificación mediante acciones conjuntas del equipo de salud y de los pacientes. Los instrumentos para medir el estilo de vida. El cuestionario FANTASTIC es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a conocer y medir los estilos de vida de sus pacientes. Es un cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados que exploran nueve 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 (labores)

Los ítems presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 4 para cada una, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento. ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

López Carmona y cols. En unidades médicas de la Delegación México Oriente evaluaron la validez del constructo para estilo de vida (cuestionario IMEVID), El tiempo promedio desde el diagnóstico de la DM2 para toda la muestra fue de $7,2 \pm 6,9$ años (rango, un mes a 33 años). En 181 (46,4%) sujetos se tenía establecido el diagnóstico de hipertensión arterial y recibían tratamiento farmacológico específico. La mayoría de los sujetos tenían sobrepeso u obesidad y descontrol glucémico, pero el espectro incluyó desde pacientes con un buen control hasta pacientes con un descontrol extremo. La mediana de la calificación total del IMEVID fue de 68 puntos; el cuartil 25 se encontraba en 60 puntos y el cuartil 75 en 78 puntos, por lo que se dividió a los sujetos en tres grupos: en el grupo 1 se ubicó a los que obtuvieron una calificación menor de 60 puntos; en el grupo 2, a los que tuvieron entre 60 y 78 puntos, y en el grupo 3, a los pacientes con una calificación ≥ 80 puntos. Las dimensiones «familia-amigos» y «satisfacción laboral» no presentaron correlaciones significativas con los parámetros somatométricos y metabólicos; las 7 dimensiones restantes tuvieron correlaciones débiles pero significativas con al menos dos de ellos. Las dimensiones mostraron correlaciones débiles-moderadas entre sí. Se observaron diferencias, con significación clínica y estadística, en los valores de los parámetros medidos entre los grupos formados según la calificación total. ⁽²¹⁾

Patricia Treviño y cols. En el área metropolitana de Santiago de Cali Colombia, entrevistaron a 147 individuos para conocer el estilo vida y su relación con el síndrome metabólico, de la población evaluada 47,3% (71) eran hombres, frente al 52,7% (76) mujeres. El estado civil que más prevaleció fue soltero con 52,4% (77), seguido de casado 28,6% (42). Según su

procedencia el mayor número de personas eran de Cali con 59,2% (87). El nivel educativo mostró mayor prevalencia a nivel superior 59,2% (87), seguido del nivel tecnológico/técnico 24,5%. Las diferencias en la prevalencia de las calificaciones del instrumento FANTÁSTICO, en mujeres y hombres la mayor prevalencia fue encontrada en la calificación buen estilo de vida con 56,5% y 54,9%, seguido de excelente estilo de vida con 35,5% y 23,9% respectivamente, $p < 0.05$. La menor proporción fue hallada en mujeres y hombres con calificaciones de regular estilo de vida con 7,8% y 21,1% respectivamente $p < 0.05$. No se encontraron personas con puntuaciones menores a 60, los cuales indican mal estilo de vida según la escala de clasificación. ⁽²²⁾

Ramirez-Vélez en su estudio realizado en residentes del Departamento del Valle del Cauca Columbia, participaron voluntariamente un total de 554 personas, de los cuales 550 (99,27 %) respondieron completo el cuestionario y fueron incluidos en el análisis. El 74 % (407 personas) eran de género masculino. La edad estaba comprendida entre 20 y 64 años, con una media $32,54 \pm 8,6$ en las mujeres y entre 19 y 62 años, con una media $31,21 \pm 7,79$ en los hombres. Los resultados del cuestionario Fantástico según la clasificación del estilo de vida en la población general ($n=550$). Se encontró que 4 sujetos (0,7 %) obtuvieron una calificación de malo (inferior a 60 puntos), 29 sujetos (5,3 %), regular (entre 60 y 69 puntos), 258 sujetos (47 %) bueno (entre 70 y 84 puntos) y 259 sujetos (47 %) excelente (entre 85 y 100 puntos) ⁽²³⁾

III.- Planteamiento del problema:

La Hipertensión Arterial (HTA), se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a una considerable parte de la población. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), este carácter silencioso y la ausencia de síntomas que en muchos casos acompaña la hipertensión arterial, constituye uno de los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares como los accidentes cerebrovasculares o la enfermedad isquémica del corazón, principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países. Uno de los principales problemas que se ha originado como consecuencia de los cambios socioculturales y económicos en la sociedad moderna ha sido el cambio en los estilos de vida del ser humano, en relación a sus patrones de alimentación, trabajo, descanso y la incorporación de elementos perjudiciales para la salud y que son aceptados socialmente tal y como es el caso del alcohol y el cigarrillo, exceso de estrés, el alto consumo de grasas animales y sales, y la adopción de patrones inadecuados de descanso, costumbres sedentarias adoptadas por la mayoría de la población, la falta de ejercicios o la inconstancia en su realización y la ausencia de un control médico adecuado, son factores que en su conjunto incrementan de manera significativa la posibilidad de aparición de la HTA.

Es por ello que se hace necesario determinar y conocer los estilos de vida del paciente hipertenso afín de ofrecer de la información necesaria que les permita, modificar sus hábitos de vida e implementar los autocuidados necesarios, de tal manera que pueda lograr la restitución de su estado de bienestar de acuerdo a las condiciones propias impuesta por la enfermedad cardiovascular o disminuir los riesgos que pudieran derivarse de un mal manejo de la misma

Pregunta de investigación:

¿Cuál es el estilo de vida del paciente hipertenso adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.39 . H. Matamoros, Tamps.?

IV.- Justificación.

Según la Organización de la Salud (OMS), la hipertensión arterial, es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de adultos mayores hipertensos, cifra que se incrementa en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones, cifra que se incrementara en 20 años en más del 50%.

Según la OMS, la hipertensión arterial es una enfermedad no transmisible que se encuentra íntimamente ligada al desarrollo social y mundial, no hace distinciones de clase social, ataca a todos por igual. Por lo que las medidas de prevención sobre hipertensión arterial nos permitirá tener conocimientos sobre cómo prevenir a través de estilos de vida saludable, favorecerá el mantenimiento de la salud, por lo que juega un rol importante en el control y disminución de los factores de riesgos cardiovasculares e isquémico en los adultos mayores, pero también tenemos el aterosclerosis (engrosamiento de las arterias), ataque cardíaco, Insuficiencia cardíaca, derrame cerebral, alteraciones renales, aneurisma, pérdida de visión (esta ocurre debido a las alteraciones en los vasos sanguíneos de los ojos, por lo que los médicos suelen realizar un fondo de ojos para visualizar como están los cruces arteriovenosos y si han ocurrido alteraciones debido a la tensión arterial).

El Médico Familiar, tiene un gran rol, es decir su responsabilidad se centra en la educación sanitaria sobre estilos de vida saludables para el control de la presión arterial alta, que incluyen mantener un peso ideal saludable, ejercicio, dieta saludable y control del estrés, con el fin de contribuir a disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida en el paciente Hipertenso, ya que a través de la evaluación que brinda a la persona, familia y comunidad favorece el desarrollo de conductas positivas.

Sin duda, estimar la distribución de los factores y el estilo de vida servirá para conocer el estado de salud de la población derechohabiente, como también será de utilidad para consolidar políticas de promoción y prevención tanto primaria como secundaria cardiovascular en la Unidad de Medicina Familiar No.39. Sobre la base de este trabajo se pretende concientizar a todo el equipo de salud a fin de mejorar la calidad de vida en todos los pacientes.

V.-Objetivos

Objetivo general:

Medir el estilo de vida del paciente derechohabiente hipertenso adscrito a la unidad de Medicina Familiar No. 39. H. Matamoros, Tamps.

Conocer cómo influye el estilo de vida para el control adecuado de la hipertensión.

VI.-Material y Métodos

Se realizó un estudio, observacional, transversal analítico.

La población de Estudio fueron los pacientes Hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar # 39 de H. Matamoros, Tamps.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

POR LA PRESENCIA DE MANIOBRA EXPERIMENTAL

Observacional.

POR LA CAPTACION DE LA INFORMACION

Prospectivo

POR LA MEDCION DEL FENOMENO EN EL TIEMPO

Transversal

Metodología:

Por conveniencia se eligió el consultorio no. 4 turno matutino de la Unidad Médica Familia no. 39 de Matamoros Tamaulipas. Así mismo se incluyeron a los pacientes Hipertensos que asistieron a la consulta de Medicina Familiar en cualquiera de sus modalidades (cita previa, horario concertado y espontaneo). Como primer paso se llevó a cabo la invitación a participar, una vez que aceptó firmo la carta de consentimiento informado. Para recabar los datos se empleó un cuestionario exprofeso (anexo 1). En el cual se consideran datos personales del participante como son; edad, sexo, escolaridad, ocupación, ingresos económicos. Para la medición del estilo de vida se utilizó el cuestionario denominado FANTASTICO.

POBLACION DE ESTUDIO.

Se consideró a todos los pacientes Hipertensos que acudieron a la consulta externa de la Unidad Médica Familiar 39, en el periodo de estudio marzo a Diciembre 2017.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Derechohabiente al Instituto mexicano del Seguro Social.
2. Adscrito al Consultorio 4 turno matutino.
3. Que firme carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que presenten deterioro cognitivo diagnosticado y este en tratamiento.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. No hay.

Muestra

Por ser un estudio de prevalencia se incluyeron a todos los pacientes hipertensos adscritos al consultorio de medicina familiar no. 4 turno matutino de la Unidad Médica Familiar no.39 durante el periodo de estudio de marzo-Diciembre 2017.

Instrumento de recolección y análisis

- Encuesta
- Hoja de cálculo excell
- Software epi info versión 3.5.4 para Windows

Procedimiento

Se procedió a invitar a participar a los pacientes Hipertensos que acudieron a la consulta de Medicina Familiar al consultorio 4, aquellos que aceptaron a participar en el estudio firmaron la carta de consentimiento informado, acto seguido se procedió a la entrevista para lo cual fue utilizado el cuestionario expofeso, una vez obtenida la información se llevó a cabo la calificación de los Estilos de vida. A continuación se realizó la creación de una base de datos en la hoja de cálculo excell misma que fue revisada, editada y analizada en el software Epi info. Para generar el reporte de resultados de nuestra investigación.

VII.- Variables:

Variable Dependiente:

Hipertensión Arterial:

Definición Conceptual

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg.

Definición Operativa

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg
Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg
Etapa 3: $\geq 180 / \geq 110$ mm de Hg

Escala de Medición

Continua

Fuente

Directamente del Paciente

Variables Independientes:

Estilo de Vida:

Definición Conceptual

Los estilos de vida se caracterizan 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 en una persona.

Definición Operativa El cuestionario FANTASTICO, un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá. Estandarizado con 25 ítems cerrados, explora nueve categorías o dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabacotoxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión), carrera (actividades labores) y otras drogas.

Escala de Medición 5 niveles de calificación:
Hasta 39 puntos, peligro; 40-59 puntos, bajo;
60-69 puntos, regular; 70-84 puntos, bueno,
y 85-100 puntos, excelente.

Fuente Directamente del Paciente

Sexo:

Definición Conceptual Se refiere a las características primarias y secundarias expresadas en el genotipo y fenotipo que establecen las diferencias entre varón y mujer.

Definición Operativa Registro de “1” para masculino y “2” para femenino

Escala de Medición Nominal

Fuente Directamente del Paciente

Edad:

Definición Conceptual	Se refiere a la propiedad característica de los seres humanos de acumular tiempo de vida en forma progresiva, irreversible y constante, susceptible de ser medida por acuerdo internacional
Definición Operativa	Edad expresada en años en el momento de ser captado para el estudio
Escala de Medición	Numérica discontinua
Fuente	Directamente del Paciente

Ocupación:

Definición Conceptual	Referida como la profesión, oficio u ocupación primordial del paciente detectada en el momento de ingresar al estudio
Definición Operativa	Registro de la ocupación del paciente
Escala de Medición	Nominal
Fuente	Directamente del Paciente

Escolaridad:

Definición Conceptual	Se refiere al grado de educación máximo alcanzado por el paciente en el momento de
-----------------------	--

ingresar al estudio, independientemente del sitio donde fue adquirida y tipo de la misma

Definición Operativa

Registro en el expediente de la escolaridad

Escala de Medición

Nominal

1. Primaria completa
2. Primaria incompleta
3. Secundaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Preparatoria completa (bachillerato)
6. Preparatoria incompleta
7. Profesional o técnico

Fuente

Directamente del Paciente

Plan detallado:

- a) Se verificó la existencia de la información almacenada en el archivo clínico de la UMF 39.
- b) Se elaboró el protocolo de investigación y se registró en la plataforma del SIRELCIS para someterse a consideración y evaluación del mismo ante el CLIEIS.
- c) Revisión de los registros clínicos y ordenamiento cronológico. Planeación de la investigación y acuerdo con el equipo de investigación.
- d) Entrevistas con el asesor del proyecto en forma regular.
- e) Creación de una base de datos para vaciar la información una vez revisada.
- f) Registro de los datos en la hoja electrónica.
- g) Revisión y edición de los datos.
- h) Análisis parcial de los resultados.
- i) Evaluación del proyecto y estado de los datos analizados.
- j) Análisis estadístico completo de los datos.
- k) Elaboración de tablas de doble entrada, cuadros y resumen de los resultados del proyecto.
- l) Presentación de los resultados ante el equipo de trabajo y autoridades de la Unidad Médica.
- m) Elaboración del manuscrito para publicación y envío del mismo a una revista de divulgación científica.

VIII.- Aspectos éticos.

El proyecto se condujo de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Declaración de Helsinki, Finlandia en la 18ª Asamblea Médica Mundial de 1964; cuyos contenidos fueron actualizados en la revisión de Tokio en 1975 y revisados en la 64ª Asamblea General, Fortaleza Brasil, octubre del 2013. Cuyos principios generales hacen énfasis en “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”. En cuanto al marco político el protocolo de investigación estuvo apegado a lo estipulado en la Constitución Política, en la Ley General de Salud Título Quinto Investigación para la Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, la Norma Técnica número 313, 314 y 315 .

Según el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud título 2 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo 1, artículo 17, fracción 2. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, investigación con medicamentos de uso común, con amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. Por otro lado se respetaron y se cumplieron los principios básicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia), además de asegurar la confidencialidad de los resultados.

IX.- FLUJOGRAMA.



X.- Plan de Análisis

Con los datos obtenidos con la encuesta se procedió a integrar y editar una base de datos en Excel.

Acto seguido se obtuvo el análisis univariado con frecuencias y porcentajes simples para variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión para las variables de tipo cuantitativo.

Para buscar asociación de variables cifras Tensionales y Estilo de vida se utilizó la Ji cuadrada, como medida de riesgo la Razón de momios y la correlación mediante regresión lineal con sus respectivos valores de p.

XI.- Administración del proyecto

Recursos humanos

- Un Médico Residente de Medicina Familiar.

Recursos materiales e inversión total

CANTIDAD	ARTICULO	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1	COMPUTADORA LAPTOP PERSONAL	\$ 9 500.00	\$ 9 500.00
1	IMPRESORA	\$ 1000.00	\$ 1000.00
1	DISPOSITIVO DE MEMORIA USB	\$ 100.00	\$ 100.00
1	PAQUETE DE 100 HOJAS	\$ 70.00	\$ 70.00
2	ENGARGOLADO	\$ 25.00	\$ 50.00
1	CAJA DE PLUMAS	\$ 40.00	\$ 40.00
1	CAJA DE LAPICES	\$ 30.00	\$ 30.00
1	CORRECTOR	\$ 25.00	\$ 25.00
2	CARTUCHOS DE TINTA	\$ 300.00	\$ 600.00
10	CARPETAS	\$ 5.00	\$ 50.00
TOTAL			\$ 11,490 .00

Para el desarrollo del protocolo

XII.- Grafica de Gant (Cronograma)

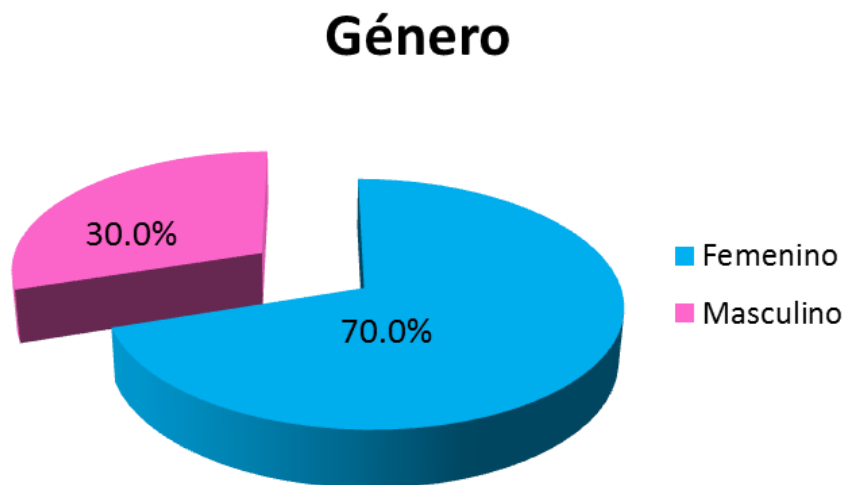
ACTIVIDADES	abril-mayo 2016	Junio-Agosto 2016	feb-17	Marzo-Diciembre 2017	Enero-Febrero 2018
Recolección de bibliografía	X				
Elaboración del protocolo	X				
Evaluación del protocolo por el SIRELCIS		X			
Inicio del estudio.			X		
Recolección de los datos.				X	
Procesamiento y análisis de resultados.				X	X
Elaboración del informe final.					X
Presentación de los resultados.					X
Envío de manuscrito a publicación.					X

XIII. Productos esperados.

- a) La obtención de una base de datos.
- b) Aportación de información actualizada.
- c) Elaboración de Tesis, para obtener la Especialización en Medicina Familiar.
- d) Retroalimentación para el personal de salud directivo y operativo de la UMF 39.
- e) Presentación en foros de investigación los resultados obtenidos de la investigación.
- f) Elaboración de un artículo científico.

XIV.-Resultados.

La unidad Médica Familiar con Unidad Médica Ambulatoria # 39 de H. Matamoros Tamaulipas tiene una población de 20 y más años de edad de 36,208 derechohabientes asimismo se tiene un censo de 9251 pacientes Hipertensos lo cual representa una prevalencia de 25.54%, para nuestro estudio solo se consideró a la población adscrita a médico Familiar del consultorio 4 turno matutino, mismo que tiene en su censo la cantidad de 336 derechohabientes con la patología mencionada, a los que se les invito a participar en el estudio. De los cuales solo aceptaron participar 323 sujetos mismos que firmaron la carta de consentimiento informado, logrando un porcentaje de aceptación del 96.13%, cuya distribución por genero fue de 70.0% para el Femenino y del 30.0% para el masculino. (Grafica 1)

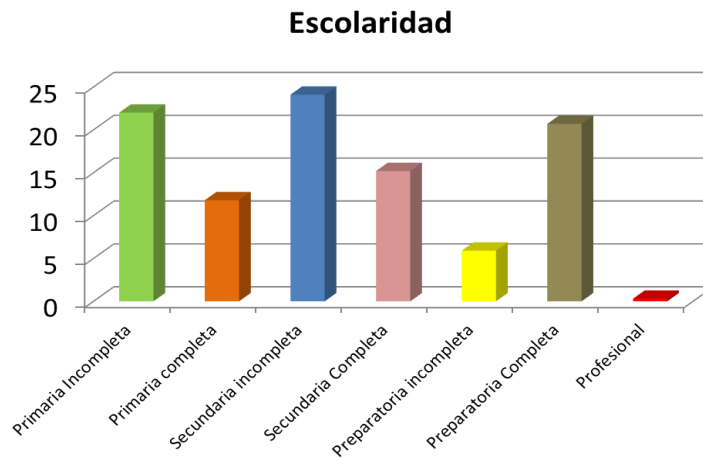


Grafica1.- Porcentaje por Género.

La edad Promedio mostro una media para las mujeres del 54.17 ± 11.13 años en tanto para los hombres fue de 53.71 ± 13.50 años.

Referente a la escolaridad de manera específica el que predomino fue la secundaria incompleta con el 24.0%, seguido de primaria incompleta con el 22.0%, en tercer lugar se ubicó el de preparatoria o bachillerato completo con el 20.7%, seguido de secundaria completa con el 15.2%. (Grafica 2)

Al agrupar los de menor nivel de escolaridad como punto de corte secundaria incompleta se observó que representa el 57.89% y el 42.11% cuneta con secundaria completa y más.



Grafica 2.- Nivel de escolaridad.

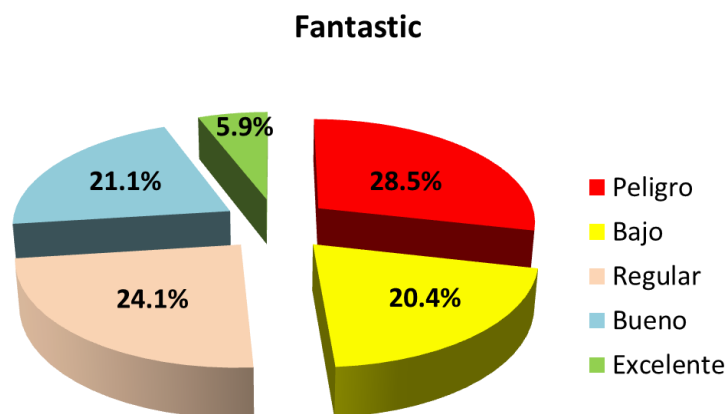
Las analizar la variable de ocupación encontramos que las 4 predominaron en orden decreciente son las siguientes: En primer lugar contestaron dedicarse a las labores del hogar con el 26.0%, a continuación está el ser obrero con el 22.9%, operador en la industria maquiladora el 18.3% y jubilados el 13.9%. (Tabla 1).

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Cocinero	4	1.2%
Comerciante	23	7.1%
Empleado	9	2.8%
Estudiante	1	0.3%
Jubilado	45	13.9%
Labores del hogar	84	26.0%
Mecánico	5	1.5%
Obrero	74	22.9%
Operador	59	18.3%
Pensionado	16	5.0%
Sin actividad	3	0.9%
Total	323	100.0%

Tabla 1.- Frecuencia y porcentaje de Ocupación.

El tiempo de Evolución de saber que es Hipertenso fue de 6.09 ± 4.5 años con una amplitud desde menos de un año de diagnóstico hasta 22 años.

La Evaluación de la herramienta FANTASTIC con los puntos de corte del estilo de vida establecidos se encontró el 28.5% esta con menos de 39 puntos lo cual lo considera en riesgo, el 20.4% con puntuación baja (40 a 59) el 24.1% considerado como regular (60-69) su calificación, el 21.1% alcanzo una calificación de bueno y solo el 5.9% la de excelente. Grafica 3.



Gráfica 3.- Calificación del Estilo de Vida “FANTASTIC”

Al revisar las calificaciones por género, observamos que en la mínima calificación considerada de peligro encontramos que el 95.65% fueron mujeres (88) y solo el 4.35% fueron hombres (4), en calificación baja nuevamente predominan las mujeres con el 83.33% y los hombres con el 16.67%, en el rubro de bueno se observa un predominio del varón con el 80.88% y las féminas solo el 19.12% Tabla 2.

Al realizar la búsqueda de asociación entre nuestra variable dependiente que es el estilo de vida y la variable genero encontramos con el uso de la ji cuadrada que existe asociación con valores significativos p menores a 0.05. Asimismo representa una Razón de momios de 9.34 con intervalo de Confianza al 95% de 5.14 a 17.76.

Al correlacionar las variables mediante la regresión lineal fue significativa con una $r^2 = 0.19$ con una $p < 0.05$.

FANTASTIC	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Peligro	88	4	92
Baja	55	11	66
Regular	54	24	78
Buena	13	55	68
Excelente	16	3	19
TOTAL	226	97	323

Tabla 2.- Frecuencia por género vs calificación FANTASTIC.

Al momento de observar cómo influye el estilo de vida con el control de la Hipertensión arterial como lo maneja el manual metodológico de indicadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en el indicador a pacientes hipertensos con control de su padecimiento, cuyo objetivo es medir el porcentaje de pacientes hipertensos mayores de 20 años con cifras de tensión arterial en control adecuado (sistólica menor de 130 mmHg y diastólica menor de 90 mm Hg), que acudieron a consulta en el periodo de medición (mes, año), para conocer la eficiencia del proceso de atención integral en este grupo de pacientes.

Encontramos que el tener una calificación de menos de 60 puntos está asociado al hecho de no tener controlado su padecimiento Ji cuadrada de 74.02 con una $p < 0.05$. Asimismo representa un riesgo de 9.23 veces con intervalo de confianza del 95% de 5.4 a 16.16.

XV.- Discusión

El objetivo de este trabajo fue conocer el estilo de vida de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa de medicina familiar, asimismo estudiar la relación entre el estilo de vida y el control del padecimiento en adultos de 20 y más años de edad. La aparición de la Hipertensión arterial se asocia a factores de riesgo, muchos de ellos prevenibles, y diferentes autores han postulado que programas encaminados a la detección y tratamiento oportuno modifican notablemente la posibilidad de desarrollarla ^{3, 4, 6}.

La prevalencia de Hipertensión Arterial en el periodo de estudio mostro un 25.54% muy por debajo por la reportada en la ENSANUT 2012 la cual reporto una prevalencia del 34.5% con intervalo de confianza de 29.8% a 33.1%, a pesar de que estamos ubicados en la zona norte del país. En cuanto a la variable de Control del padecimiento encontramos que el 63.78% de los encuestados tenía cifras tensionales dentro del parámetro de menos 130/90 mmHg. muy por encima de lo encontrado y reportado en la ENSANUT 2012 que para los estados del norte fue de 45.8% ^{6, 7}.

López Carmona y colaboradores s. en su trabajo realizado en la Cd. De México (cuestionario IMEVID), encontraron que el tiempo promedio desde el diagnóstico de la patología para toda la muestra fue de $7,2 \pm 6,9$ años (rango, un mes a 33 años), en nuestro trabajo encontramos que el promedio de evolución es muy similar con un valor de 6.09 ± 4.5 años no así con una amplitud de datos desde de reciente diagnóstico hasta 22 años de tener la enfermedad donde nuestros sujetos refirieron tener menos tiempo de evolución.

La mediana de la calificación total del IMEVID fue de 68 puntos; el cuartil 25 se encontraba en 60 puntos y el cuartil 75 en 78 puntos, por lo que se dividió a los sujetos en tres grupos: en el grupo 1 se ubicó a los que obtuvieron una calificación menor de 60 puntos; en el grupo 2, a los que tuvieron entre 60 y 78 puntos, y en el grupo 3, a los pacientes con una calificación ≥ 80 puntos. Las dimensiones «familia-amigos» y «satisfacción laboral» no presentaron correlaciones significativas con los parámetros somatométricos y metabólicos; las 7 dimensiones restantes tuvieron correlaciones débiles pero significativas con al menos dos de ellos. Las dimensiones mostraron correlaciones débiles-moderadas entre sí. Se observaron

diferencias, con significación clínica y estadística, en los valores de los parámetros medidos entre los grupos formados según la calificación total, a diferencia de los puntajes asignados por la herramienta FANTASTIC donde nosotros establecimos dos grupos los cuales se integraron los de calificación de 60 y menos vs los de mayor calificación lo cual represento un riesgo para no tener control del padecimiento ⁽²¹⁾

Patricia Treviño y cols. Al entrevistar a individuos para conocer el estilo vida, de la población evaluada 47,3% (71) eran hombres, frente al 52,7% (76) mujeres muy diferente a lo encontrado en nuestra investigación donde hubo un predominio franco del género femenino con el 70.0%, en la investigación de Ramirez los valores estaban en una proporción del 74.=%. El nivel educativo mostró mayor prevalencia a nivel superior 59,2% (87), seguido del nivel tecnológico/técnico 24,5% en tanto que nuestra población los porcentajes de escolaridad están por debajo de la secundaria. En las calificaciones del instrumento FANTÁSTICO, en mujeres y hombres la mayor prevalencia fue encontrada en la calificación buen estilo de vida con 56,5% y 54,9%, nuestros pacientes mostraron 19.12% y 80.88% respectivamente, para la calificación de excelente estilo de vida Treviño y cols reportaron 35,5% y 23,9% respectivamente nosotros muy diferente con porcentajes de 84.21% para las mujeres y 15.78% para los varones, La proporción hallada en mujeres y hombres con calificaciones de regular estilo de vida con 69.33% y 30.77%, ellos reportaron las proporciones de 7,8% y 21,1%. Asimismo no se encontraron personas con puntuaciones menores a 60, los cuales indican mal estilo de vida según la escala de clasificación no así nuestra población que encontramos el 48.91% con calificaciones identificadas como baja y estilo de vida en peligro. ^(22,23)

Ramirez-Vélez en su estudio realizado en residentes del Departamento del Valle del Cauca Columbia, encontró que la edad estaba comprendida entre 20 y 64 años, con una media $32,54 \pm 8,6$ en las mujeres y entre 19 y 62 años, con una media $31,21 \pm 7,79$ en los hombres, en nuestro estudio la edad Promedio para las mujeres fue de 54.17 ± 11.13 años en tanto para los hombres fue de 53.71 ± 13.50 años.

Los resultados del cuestionario Fantástico según la clasificación del estilo de vida en la población general encontró que 4 sujetos (0,7 %) obtuvieron una calificación de malo (inferior a 60 puntos), 29 sujetos (5,3 %), regular (entre 60 y 69 puntos), 258 sujetos (47 %) bueno (entre 70 y 84 puntos) y 259 sujetos (47 %) excelente (entre 85 y 100 puntos) a diferencia de

lo que encontramos en nuestro trabajo de investigación, con los puntos de corte del estilo de vida establecidos se encontró el 28.5% esta con menos de 39 puntos lo cual lo considera de riesgo, el 20.4% con puntuación baja (40 a 59) el 24.1% considerado como regular (60-69) su calificación, el 21.1% alcanzo una calificación de bueno y solo el 5.9% la de excelente. ⁽²³⁾

XVI.- Conclusiones y Recomendaciones

Derivado del análisis de los resultados obtenidos con la herramienta FANTASTIC en nuestra población estudiada, consideramos que es de uso práctico y de gran utilidad para poder tomar decisiones de intervención ya sea a nivel preventivo o curativo en la población derechohabiente de nuestra unidad médica.

El estilo de vida de nuestros pacientes se puede considerar de riesgo a pesar que nuestra muestra no es representativa de la totalidad de los pacientes Hipertensos que acuden para su control en nuestras instalaciones.

El Género de mayor riesgo lo es el femenino como lo demuestran los resultados encontrados al buscar asociación.

Por lo anterior expresado nos atrevemos a recomendar que se lleven a cabo las modificaciones pertinentes al estilo de vida como lo es el reducir peso en aquellos casos que se encuentre presente, fomentar la práctica del ejercicio aeróbico regularmente, evitar el uso de tabaco y alcohol, un factor preponderante lo es el manejo del estrés con apoyo psicológico individual y/o grupal, finalmente el adoptar una dieta baja en consumo de sodio, rica en potasio y calcio.

Bibliografía.

1. Rivera JA, Barquera S, Gonzalez-Cossio T, Olaiz G, Sepúlveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr Rev* 2004;62(7 Pt 2):S149-S157.
2. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, *et al.* Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex* 2007;49(supl I):S37-S52.
3. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775-1779.
4. World Health Organization. Preventing chronic diseases: WHO global report. Genova, Suiza: WHO, 2005.
- 5.- Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Publica Mex* 2008;50:419-427.
- 6.- Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobías A, Medina-García C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S144-S150.
- 7.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud.
8. - Wannamethee S, Shaper A, Whincup P. Modifiable lifestyle factors and the metabolic syndrome in older men: effects of lifestyle changes. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1909-1914.
9. - Hu F, Manson J, Stampfer M, Colditz G, Liu S, Solomon C, *et al.* Diet, lifestyle, and the risk of type II diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001;345:790-797.
10. - Key TJ, Allen NE, Spencer EA, Travis RC. The effect of diet on risk of cancer. *Lancet* 2002;360:861-868.
11. Organización Panamericana de la salud. Estrategia mundial sobre alimentación saludable, actividad física y salud (DPAS). Plan de implementación en América Latina y el Caribe 2006-2007. Washington, DC: OPS, 2006.
- 12.- Bray GA. Etiology and pathogenesis of obesity. *Clin Cornerstone* 1999;2:1-15

13. - Lee M, Aronne LJ. Weight management for type 2 diabetes mellitus: global cardiovascular risk reduction. *Am J Cardiol* 2007;19: 68-79.
14. Koh-Banerjee P, Wang Y, Hu F, Spiegelman D, Willett W, Rimm E. Changes in body weight and body fat distribution as risk factors for clinical diabetes in US men. *Am J Epidemiol* 2004;159:1150-1159.
- 15.- Contreras Freddy, Rivera María, de la Parte María A, Rodríguez Solangel, Méndez Olly, Papapietro Ana K et al . Valoración del Paciente Hipertenso. *RFM* [Internet]. 2000 Ene [citado 2016 Mayo 27] ; 23(1): 11-18. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000100003&lng=es.
- 16.- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- 17.- Sellén-Crombet J, Sellén- Sanchén E, Barroso-Pacheco L, Sellén- Sánchez S. Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2009; 28(1).
- 18.- Acosta-González M, Debs-Pérez G, De la Noval-García R y Dueñas-Herrera A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer* 2005;21(3).
- 19.- Rodríguez-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguía-Miranda C, Hernández- Santiago JL, Martínez-Bermúdez M. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (3): 211-220.
- 20.- López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda R, Hernández-Santiago JL. Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención Primaria*. 2000; 26 (8):542-549.
- 21.- López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma JR, Ariza-Andraca CR y Martínez-Bermúdez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Aten Primaria* 2004;33(1):20-7.
- 22.- Triviño-Quintero LP, Dosman-González VA, Uribe-Vélez YL, Agredo-Zúñiga RA, Jerez-Valderrama AM y Ramírez-Vélez R. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *ACTA MÉDICA COLOMBIANA* 2009;34 (4):158-163.

- 23.-Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública 2012;14 (2): 226-237.
- 24.- Cristina Nolasco Monterroso, Lucía Navas Santos, Cristina Elena Carmona Moriel, M^a Dolores López Zamorano, Rafael Santamaría Olmo, Rodolfo Crespo Montero. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol* 2015: Octubre-Diciembre; 18 (4): 282/289.
- 25.- Javiera Garrido, Javier Chacón, Daniela Sandoval, Reinaldo Muñoz, Nancy López, Eleana Oyarzún, Ivonne Ahlers, Tomás Romero. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol* 2013; (32): 85-96.
26. - KAWANO Y. Physio-pathological effects of alcohol on the cardiovascular system: its role in hypertension and cardiovascular disease. *Hypertens Res.* 2010; (33): 181-91.
- 27.- Silvina Hirschberg, Sofía Donatti, Ignacio Rijana, Victoria Selan. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica* 6(2) 64-70.
- 28.- Trevisol, D.J., Moreira, L.B., Kerkhoff, A., Fuchs, S.C., & Fuchs F.D. (2011). Health-related quality of life and arterial hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Hypertension*, 29, 179-188.
- 29.- Coll G. Rodríguez A. Vargas S. y cols. Ejercicio físico y calidad de vida autopercebida en el anciano hipertenso. *Hipertensión y riesgo vascular*; 2009; 26(5):194-200.
- 30.- Dr. C. Libertad de los Ángeles Martín Alfonso, I Dr. C. Jorge Amado Grau Ábalo, II Dr. C. Alfredo Darío Espinosa Brito. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2014;40 (2):225-238.

Anexo

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Unidad de Medicina Familiar 39.

Cuestionario del proyecto de investigación:

ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MÉDICA.

Fecha de entrevista _____ Folio _____

Datos personales:

Nombre _____

Lugar de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo _____

Escolaridad:

- 1.- analfabeta _____
- 2.- Primaria incompleta _____
- 3.- Primaria completa _____
- 4.- Secundaria Incompleta _____
- 5.- Secundaria completa _____
- 6.- Medio Superior Incomp. _____
- 7.- Medio superior Completo _____
- 8.- Licenciatura Incompleta _____
- 9.- Licenciatura _____
- 10.- Otra _____ Cual _____

Ingreso económico familiar promedio (mensual). Marque con una cruz

- a) Menos de 1000 pesos b) de 1500 a 2000 c) 2500 a 3000
d) 3001 a 4000 e) 4001 a 5000 f) más de 5000

El siguiente es un cuestionario diseñado para valorar su «estilo de vida» y la relación que tiene con su salud. Le agradeceremos que, después de leer cuidadosamente, elija, marcando con una cruz (X), el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su «estilo de vida» en el último mes. Le rogamos que responda a todas las preguntas. Si tiene alguna duda, con gusto le ayudaremos.

4=casi siempre, 3=Frecuentemente, 2=algunas Veces, 1=rara vez y 0=casi nunca.

Pregunta/ Calificación	0	1	2	3	4
<p>1.- Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí.</p> <p>2.- Yo doy y recibido cariño.</p> <p>3.- Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras).</p> <p>4.- Yo hago ejercicio al menos por 20 min, (correr, caminar rápido).</p> <p>5.- Mi alimentación es balanceada.</p> <p>6 A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o con grasa.</p> <p>7.- Estoy pasado a mi peso ideal en __ Kg.</p> <p>8.- Yo fumo cigarrillos.</p> <p>9.- Generalmente fumo __ cigarrillos por día.</p> <p>10.- Mi número promedio de tragos por semana es de</p> <p>11.- Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión.</p> <p>12.- Manejo el auto después de beber alcohol.</p> <p>13.- Duermo bien y me siento descansado.</p> <p>14.- Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida.</p> <p>15.- Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre.</p> <p>16.- Parece que ando acelerado.</p> <p>17.- Me siento enojado o agresivo.</p> <p>18.- Yo soy un pensador positivo u optimista.</p> <p>19.- Yo me siento tenso o apretado.</p> <p>20.- Yo me siento deprimido o triste.</p> <p>21.- Uso siempre el cinturón de seguridad.</p> <p>22.- Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades.</p> <p>23.- Uso drogas como marihuana o cocaína.</p> <p>24.- Uso excesivamente medicamentos que me indican o sin receta médica.</p> <p>25.- Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína</p>					

Muchas gracias por su información.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MÉDICA "	
Lugar y fecha:	Matamoros, Tamaulipas , A _____ DE _____ DEL _____	
Número de registro ante CLIEIS		
Justificación y objetivo del estudio:	<u>Determinar el estilo de vida en pacientes Hipertensos que acuden a la consulta de medicina familiar No. 39 del IMSS en Matamoros Tamaulipas.</u>	
Procedimientos:	<u>Responder a un cuestionario estructurado para la recolección de datos personales así como los datos sociodemográficos que se incluyen , así como identificar el estilo de vida del paciente Hipertenso así como autorizar el acceso a los datos clínicos de mi expediente médico .</u>	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>Conocer los antecedentes y las causas de mi patología y que aspectos de su estilo de vida puede mejorar para tener un mejor control de su padecimiento.</u>	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me dará a conocer los resultados de la investigación encontrados posterior al análisis de la información así como conocer cómo afecta mi estilo de vida en el control de la Hipertensión arterial.	
Participación o retiro:	Se me ha explicado que es voluntaria mi participación en el presente estudio y que podré retirarme en el momento que yo considere conveniente sin que ello afecte el recibir la atención y el servicio medico	
Privacidad y confidencialidad:	Se garantizará la confidencialidad de los resultados obtenidos apegado a los principios de ética que rigen la investigación clínica actualmente.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Beneficios al término del estudio:	Conocer como afecta el estilo de vida en el control de los pacientes Hipertensos de la consulta de Medicina Familiar.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dr. _____ Mat _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	
Colaboradores:	Dr. _____ Mat. _____ Telefono _____ Correo electrónico: _____	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a la 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		
_____	_____	
Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____	_____	
Testigo 1	Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma	