



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR
CDMX

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 "PRADO CHURUBUSCO"

TÍTULO DE LA TESIS:

"EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y RELACIÓN AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN RANGO DE EDAD ENTRE LOS 30 A 65 AÑOS Y PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.15, PRADO CHURUBUSCO, CIUDAD DE MÉXICO"

NÚMERO DE REGISTRO

R-2023-3703-131

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

RUIZ BARÓN ANDREA ABIMELEK

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DRA. MARÍA YOLANDA ROCHA RODRÍGUEZ



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

CIUDAD DE MÉXICO

DICIEMBRE 2024



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.

“EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y RELACIÓN AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN DERECHOHABIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN RANGO DE EDAD ENTRE LOS 30 A 65 AÑOS Y PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.15, PRADO CHURUBUSCO, CIUDAD DE MÉXICO”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANDREA ABIMELEK RUIZ BARÓN
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DRA LIDYA CRISTINA BARRIOS DOMINGUEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 IMSS



DRA NANCY GARCIA CERVANTES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, IMSS



DRA MARIA YOLANDA ROCHA RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 15 IMSS.

ASESORES DE TESIS



DRA. MARÍA YOLANDA ROCHA RODRÍGUEZ
MÉDICO EN MEDICINA FAMILIAR



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

CIUDAD DE MÉXICO

DICIEMBRE 2024

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y RELACION AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN DERECHAHABIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN RANGO DE EDAD ENTRE LOS 30 A 65 AÑOS Y PERTENECIENTES A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.15, PRADO CHURUBUSCO, CIUDAD DE MÉXICO. “

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

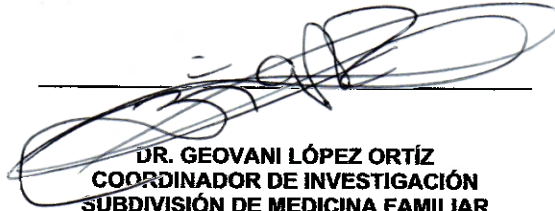
PRESENTA:

ANDREA ABIMELEK RUIZ BARÓN

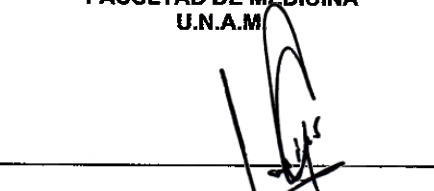
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 15



**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELAS
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
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**

CIUDAD DE MÉXICO

DICIEMBRE 2024



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703
UNIDAD FAMILIAR NÚM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 00 017 017
Registro COBIOÉTICA COSBIOÉTICA 00 CUI 003 20190403

FECHA México, 23 de agosto de 2023

Doctor (a) ROCHA RODRIGUEZ MARIA YOLANDA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "Evaluación de la Calidad de vida y relación al funcionamiento familiar en derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en rango de edad entre los 30 a 65 años y pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 15, Prado Churubusco, Ciudad de México." que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2023-3703-131

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) PAULA ANGLÓS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres, quienes desde el inicio de mi camino profesional han estado a mi lado, brindándome su apoyo incondicional en toda mi vida. Su amor, guía y motivación han sido fundamentales para que hoy pueda ver hecho realidad este sueño.

A mi abuelita, a quien siempre llevaré en mi corazón, este éxito también es para ti. Tu amor y enseñanzas han dejado una huella imborrable en mi vida.

A ti, que en tan poco tiempo me has enseñado tanto sobre la vida, te amo. Tu presencia ha sido una inspiración y un gran apoyo en este proceso.

Y a ti, hermano, por apoyarme; Recuerda que siempre cuentas conmigo.

A todos ustedes, gracias por ser mi pilar y por creer en mí.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Ruiz
Apellido materno	Barón
Nombre	Andrea Abimelek
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	52222079-9
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Rocha
Apellido materno	Rodríguez
Nombre	Dra. María Yolanda
DATOS DE LA TESIS	
Título	“Evaluación de la Calidad de vida y relación al funcionamiento familiar en derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en rango de edad entre los 30 a 65 años y pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No.15, Prado Churubusco, Ciudad de México.”
No. de páginas	
Año	
	2024

INDICE.

1.-RESUMEN	1
2.-INTRODUCCIÓN	3
2.1. Marco Epidemiológico	5
2.2. Marco Conceptual	5
2.3. Marco Contextual	5
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
5. OBJETIVOS	14
5.1. General	14
5.2. Específicos	14
6. HIPÓTESIS	15
7. MATERIAL Y MÉTODO	16
- 7.1. Periodo y sitio de estudio	17
-	
- 7.2. Universo de trabajo	17
-	
- 7.3. Unidad de análisis	17
-	
- 7.4. Diseño de estudio	17
-	
- 7.5. Criterios de selección	17
-	
- 7.5.1. Criterios de inclusión	17
-	
- 7.5.2. Criterios de exclusión	17
-	
- 7.5.3. Criterios de eliminación	17
8. MUESTREO	18
- 8.1. Cálculo del tamaño de muestra	18
9. VARIABLES.	19
- 9.1. Operacionalización de variables	19
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	21
11. ANALISIS ESTADÍSTICO	22

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
13. RECURSOS	26
13.1. Humanos	26
13.2. Materiales	26
13.3. Económicos	26
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	27
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	28
16. RESULTADOS	29
17. DISCUSIÓN	36
18. CONCLUSIONES	37
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	39
20. BIBLIOGRAFÍA	40
20. ANEXOS	43
18.1. Hoja de Consentimiento Informado	43
18.2. Hoja de Recolección de datos	45

1.-RESUMEN.

Título: “Evaluación de la Calidad de vida y relación al funcionamiento familiar en derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en rango de edad entre los 30 a 65 años y pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 15, Prado Churubusco, Ciudad de México.”

Dra. Andrea Abimelek Ruiz Barón¹, Dra. María Yolanda Rocha Rodríguez². 1. Médico residente de la especialidad de medicina familiar de primer año, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No.15 Prado Churubusco, Ciudad de México 2. Médico especialista en medicina familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.15 Prado Churubusco, Ciudad de México.

Introducción:

La hipertensión arterial sistémica es un creciente problema de salud pública en México y un factor de riesgo crítico para enfermedades cardiovasculares. Este estudio es clave para mejorar la atención integral de pacientes hipertensos al evaluar la calidad de vida y el apoyo familiar. Identificar necesidades específicas fomenta el autocuidado y la adherencia al tratamiento. Un enfoque multidimensional es esencial, ya que permite diseñar estrategias de intervención que integran no solo el control médico, sino también aspectos sociales y emocionales que afectan la funcionalidad familiar, mejorando así la salud.

Objetivo General: Identificar el nivel de calidad y funcionalidad de vida en pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial sistémica.

Material y Métodos: se realizó un estudio tipo transversal, descriptivo y observacional en derechohabientes 30 a 65 años con hipertensión arterial, utilizando un muestreo probabilístico por conveniencia. Se aplicaron dos instrumentos validados para medir calidad de vida en hipertensión arterial y funcionalidad familiar. El análisis estadístico que se realizó fue mediante la asociación de variables y chi cuadrada al 95%, se usó el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados: Se estudiaron a 375 pacientes, tomando los criterios de selección de los cuales 63.5% corresponden al sexo femenino. Al realizar la asociación de calidad de vida e hipertensión controlada-descontrolada se obtuvo RM (2.251, P 0.002).

Conclusión: Se observó que, entre los pacientes con hipertensión controlada, reportaban una calidad de vida significativamente mejor (49,1%) en comparación con los descontrolados (8,3%), destacaban la interconexión entre estos factores. La razón de momios reforzó que una adecuada gestión de la hipertensión estaba asociada con un mejor bienestar general.

Palabras clave: Hipertensión arterial sistémica- calidad de vida- funcionalidad familiar.

ABSTRACT.

Title: “Evaluation of the Quality of Life and its Relationship to Family Functioning in Patients Diagnosed with Systemic Arterial Hypertension in the Age Range of 30 to 65 Years and from Family Medicine Unit No. 15, Prado Churubusco, Mexico City.”

Dr. Andrea Abimelek Ruiz Barón¹, Dr. María Yolanda Rocha Rodríguez² 1. First-year Family Medicine Resident Physician, from Family Medicine Unit No. 15 Prado Churubusco, Mexico City 2. Family Medicine Specialist Physician assigned to Family Medicine Unit No. 15 Prado Churubusco, Mexico City.

Introduction: Systemic arterial hypertension is a growing public health problem in Mexico and a critical risk factor for cardiovascular diseases. This study is key to improving the comprehensive care of hypertensive patients by assessing quality of life and family support. Identifying specific needs encourages self-care and adherence to treatment. A multidimensional approach is essential, as it allows for the design of intervention strategies that integrate not only medical control, but also social and emotional aspects that affect family functionality, thus improving health.

General Objective: To identify the level of quality of life in patients diagnosed with systemic arterial hypertension.

Material and Methods: A cross-sectional, descriptive and observational study will be carried out in beneficiaries aged 30 to 65 years with arterial hypertension, using a probabilistic convenience sampling. Two validated instruments were applied to measure quality of life in arterial hypertension and family functionality. The statistical analysis that was carried out was through the association of variables and chi square at 95%, the statistical package SPSS version 22 was used.

Results: 375 patients were studied, taking into account the selection criteria of which 63.5% correspond to the female sex. When associating quality and life with controlled-uncontrolled hypertension, the OR was obtained (2.251, P 0.002).

Conclusion: It was observed that among patients with controlled hypertension, who reported a significantly better quality of life (49.1%) compared to those with uncontrolled hypertension (8.3%), the interconnection between these factors was highlighted. The odds ratio reinforced that adequate management of hypertension was associated with better general well-being.

Keywords: Systemic arterial hypertension- quality of life- family functionality.

2.-INTRODUCCIÓN.

La hipertensión arterial sistémica es un problema de salud pública creciente que afecta a una proporción significativa de la población en México, siendo un factor de riesgo crítico para enfermedades cardiovasculares y otras complicaciones severas. El presente estudio titulado “Evaluación de la Calidad de Vida y Relación al Funcionamiento Familiar en Derechohabientes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica en Rango de Edad entre los 30 a 65 Años y Pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 15, Prado Churubusco, Ciudad de México” tiene como objetivo general identificar el nivel de calidad de vida en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica y analizar su relación con el control de la enfermedad.

Este estudio se enfoca en tres componentes esenciales: la calidad de vida, el estado de control de la hipertensión (controlada o descontrolada) y la funcionalidad familiar de los pacientes que asisten a la Unidad de Medicina Familiar No. 15. A través de un diseño transversal, descripción. Se utilizaron cuestionarios estructurados que evaluaron variables sociodemográficas, la calidad de vida mediante un instrumento específico adaptado para hipertensivos y se aplicará el Apgar Familiar para medir la funcionalidad familiar.

La hipótesis del estudio plantea que existirá una relación inversamente proporcional entre la calidad de vida y el descontrol hipertensivo.

A través de la evaluación de la calidad de vida y el entendimiento de la influencia del apoyo familiar, se podrán identificar necesidades y áreas de intervención que favorecen el autocuidado y la adherencia al tratamiento en

personas hipertensas. Este enfoque multidimensional es crucial para diseñar estrategias de intervención que no solo se enfocan en el control médico de la hipertensión, sino que también incorpora el aspecto social y emocional que representa la funcionalidad familiar.

El reconocimiento de que la hipertensión no solo afecta a nivel físico, sino que también impacta en la salud mental y emocional de los pacientes, justifica la necesidad de un estudio que explore estas complejidades. Conocer cómo las dinámicas familiares pueden influir en el control de la hipertensión y la calidad de vida de los individuos permitirá establecer pautas para mejorar.

La relevancia social y clínica de este estudio está alineada con los objetivos de salud pública del país, que buscan reducir la mortalidad y morbilidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión. Promover la concienciación sobre la enfermedad, el manejo adecuado y el apoyo familiar efectivo puede ser una clave para enfrentar este desafío de salud pública.

En conclusión, esta busca no solo proporcionar un análisis detallado sobre el impacto que tiene la hipertensión en la calidad de vida de los pacientes, sino también con esta investigación ofrecer recomendaciones para la atención centrada en el paciente, enfatizando la integración del entorno familiar y social en su tratamiento. Los resultados de este estudio pueden ser un recurso importante para médicos y profesionales de la salud, así como para formuladores de políticas y programas de salud, con el objetivo final de mejorar la calidad.

3.-MARCO TEÓRICO.

El 17 de mayo se conmemora el Día Mundial de la Hipertensión arterial sistémica, establecido con el propósito de crear y promover el conocimiento y los esfuerzos para prevenir, diagnosticar y controlar la hipertensión arterial, principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares¹. Es importante crear conciencia de la gravedad de este padecimiento, por ello es pertinente hablar al respecto. La hipertensión arterial es el aumento anormal persistente de la tensión de la sangre en las arterias y puede dañarlas, incrementando el riesgo de padecer enfermedades en diferentes órganos. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón y puede cambiar de un momento a otro dependiendo de la actividad, estado de ánimo, cambio de posición, ejercicio o sueño, además de factores extrínsecos como lo es el hábito tabáquico.² Es fundamental conocer los números, para aumentar el conocimiento y concientización de las poblaciones a nivel mundial sobre la hipertensión arterial elevada. Se busca con los datos cuantitativos también se analiza la situación de salud que representa esta enfermedad.² Anualmente en la región de las Américas ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardíacas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años las cuales se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20 y 40% de la población adulta y significa que alrededor de 250 millones de personas padecen presión alta.³ La Organización Mundial de la Salud de acuerdo con sus reportes refiere que la hipertensión es el factor de riesgo número uno de muerte.³

Uno de cada cuatro mexicanos padece hipertensión arterial, en los hombres la prevalencia es de 24.9% y en las mujeres de 26.1%. Prevalencia estimada en 30% conforme al criterio 140/90 mmhg, lo que equivale a alrededor de 30 millones que corresponden al diagnóstico de hipertensión, pero con los nuevos criterios de la American Heart Association la población con hipertensión será al menos el doble en los próximos años.⁴ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio camino 2016, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud, uno de cada cuatro adultos en México padece hipertensión arterial, es decir, 25.5%, de los cuales aproximadamente 40% desconocen que tiene esta enfermedad, y ello repercuten en su condición de la salud; cerca del 60% que conoce su diagnóstico, solamente la mitad está controlado.⁵ Dentro de la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, el 79.3% reporto tener tratamiento farmacológico para controlar sus valores de tensión arterial. De las personas que tienen hipertensión, la mayoría no muestra ningún síntoma; en ocasiones pueden presentar síntomas como cefalea, dificultad para respirar, vértigo, acufenos, fosfenos, palpitaciones y hemorragias nasales. ⁴ Es necesario que la población tenga conocimiento y conciencia de que, si la hipertensión arterial sistémica no se controla, puede provocar infarto de miocardio, cardiopatía e insuficiencia cardiaca. ⁴ Las enfermedades crónicas no comunicables (ECNC) han desplazado a las enfermedades infecciosas como primera causa de morbimortalidad en nuestro país; dentro de las ECNC, la enfermedad aterosclerótica vascular sistémica tiene una gran prevalencia y, los síndromes coronarios agudos (SCA) representan la expresión más dramática de la enfermedad isquémica coronaria.⁶ Los síndromes coronarios agudos, se presentan generalmente

en pacientes a partir de la quinta década de vida y están asociados a diferentes factores de riesgo que varían según la población estudiada. ⁷

En sociedades occidentales (Norteamérica y Europa) se identifican como factores de riesgo mayores a la hipertensión arterial, la diabetes mellitus (DM), el hipercolesterolemia, el tabaquismo (activo y remoto), la edad y la historia familiar de enfermedad isquémica coronaria en edades tempranas. Existen también los factores de riesgo "secundarios", pero no por ello menos importantes como: el estrés físico y emocional, el sedentarismo, la obesidad, el síndrome metabólico, la enfermedad apnea-sueño, y otros ⁷.

Es decir, los factores de riesgo "secundarios o extrínsecos" adquieren un protagonismo importante en la ocurrencia de los SCA, ya que están directamente asociados a conductas y hábitos inadecuados en la población que, idealmente, podrían ser más fáciles de controlar con campañas educativas y motivacionales específicas, en contraposición a enfermedades crónicas ya establecidas que requieren de no solo cambios de estilo de vida sino también de intervención farmacológica para controlarlos, como la hipertensión y la diabetes.⁷

Es muy importante identificar factores de riesgo que pueden ser relativamente fácil de controlar con intervenciones ⁹ ó campañas educativas y motivacionales a nivel poblacional, sobre todo en niños ¹⁰, con un costo económico muy inferior al costo de tratamiento de la enfermedad una vez instalada y, en el caso específico de los Síndrome coronario agudo, un costo mucho mayor ya que requiere de infraestructura y terapias más sofisticadas y costosas, como la

terapia fibrinolítica o, idealmente, la revascularización percutánea de emergencia, que muchas veces no son accesibles a la población general.

La labor del médico, tanto general como especialista, es de educar a sus pacientes y a la población en general, en cómo prevenir la ocurrencia de enfermedades que pueden ser fatales.

En los pacientes con hipertensión arterial sin diabetes mellitus, la dimensión que más contribuye a la vida saludable perdida es la muerte prematura, tendencia que coincide con lo descrito en la literatura.¹¹ La diferencia en la contribución de la discapacidad aguda y de la discapacidad crónica es muy evidente; sin embargo, hay que ser consciente de que llegar a la muerte prematura es una consecuencia de la discapacidad aguda o crónica, y por lo tanto el manejo de la discapacidad aguda o crónica es un área de oportunidad para los servicios de salud en aras de disminuir el peso de la enfermedad en la hipertensión arterial.¹²

En realidad, la vida saludable perdida por hipertensión arterial a quien evalúa es a la población, pero indirectamente es un reflejo del actuar de los servicios de salud, ya que estos se encuentran involucrados en el cuidado de la salud de la población.¹²

La estimación de la vida saludable perdida por hipertensión arterial sin diabetes define la discapacidad como aquellos eventos considerados complicaciones agudas o crónicas de la hipertensión, y estos son los que aportan vida saludable perdida al indicador. En este momento, el cuestionamiento lógico se establece en torno a lo que se mide; se está midiendo la complicación o se está midiendo la hipertensión.¹²

En realidad, cualquiera de las complicaciones es una afección independiente que podría tener otro origen, pero en el caso de la hipertensión arterial se presentan como un evento secundario al proceso hipertensivo, y en consecuencia la vida saludable perdida se le debe atribuir. Lo mismo sucede con la mortalidad prematura: la muerte se presenta por la enfermedad renal crónica o por la cardiopatía, pero estas son secundarias a la hipertensión arterial.¹²

Los reportes de vida saludable perdida por cardiopatía identifican 841,187 años saludables perdidos en los hombres y 537,422 en las mujeres.¹³ Será necesario dilucidar si la vida saludable perdida por hipertensión arterial forma parte de esa contabilización, y el mismo planteamiento aplica para la vida saludable perdida por enfermedad renal crónica y evento vascular cerebral, entre otros.¹²

Cuando se compara la vida saludable perdida entre hombres y mujeres se aprecia una mayor carga en los hombres cuando se utiliza como referente el grupo de hombres o el de mujeres. Esto coincide con los reportes de la literatura.¹³ Sin embargo, cuando se utiliza como referencia la población total, la tendencia se modifica.

La estimación de la vida saludable perdida por discapacidad crónica no incluye la isquemia cardiaca, la estimación de la vida saludable perdida se modificará en función de la población empleada como referencia y el escenario.¹²

El conocimiento es empleado en beneficio de la sociedad la calidad de la vida saludable perdida por hipertensión arterial y aunado a ello, quién es el usuario

del conocimiento: el clínico, el epidemiólogo o el directivo tomador de decisiones para normar políticas públicas.¹²

La hipertensión arterial es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México. El porcentaje de personas diagnosticadas con hipertensión arterial se ha incrementado en los últimos años y esto lo hace un problema de salud pública para el sistema sanitario de nuestro país. Esta enfermedad es un importante factor de riesgo de las principales complicaciones cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica, que es la primera causa de muerte en México, y los eventos cerebrovasculares.¹⁴ La calidad de vida de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.¹⁵

En un estudio se obtuvo el siguiente resultado acerca de Calidad de vida relacionada con la salud de personas con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial fue alta, de acuerdo a la evaluación objetiva y subjetiva, existen factores que pueden disminuir la percepción de la Calidad de vida del paciente, tales como tener problemas relacionados con las actividades cotidianas, problemas de dolor/malestar, y el no control de la hipertensión arterial sistémica.¹⁶

La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad de una familia para interactuar de manera efectiva, manteniendo relaciones saludables y adaptándose a diferentes circunstancias y desafíos. Incluye cómo los miembros de la familia se comunican, apoyan emocionalmente unos a otros, establecen roles y normas, y manejan conflictos. Una familia funcional tiende a ser un sistema en el que se fomenta la colaboración, se brinda apoyo mutuo y se promueve el bienestar de todos sus miembros.¹⁷ Uno de los instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar se llama Apgar familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente se obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.¹⁸

Un estudio mostro que la buena funcionalidad familiar fomenta y preserva la salud del individuo, lo cual está ligado a la adherencia y buen apego a cambios del estilo de vida, teniendo un impacto significativo para el bienestar grupal e individual por parte del paciente.¹⁹ El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas, por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.²⁰

3.-JUSTIFICACIÓN.

La hipertensión arterial fue una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México. El porcentaje de personas diagnosticadas era elevado y esto lo convirtió en un grave problema de salud pública para el sistema sanitario del país. En esta enfermedad, fueron importantes los factores de riesgo de las principales complicaciones de tipo cardiovascular, ya que fue la primera causa de muerte en México. Por la falta de síntomas, fue difícil diagnosticarla, a pesar de eso fue importante que se tuviera un adecuado control y conocimiento acerca de las complicaciones que esta enfermedad causaba; se debía tener conocimiento de los factores de riesgo para evitarlos. Una cantidad importante de personas en nuestro país desconocían los principales síntomas de esta enfermedad, que parecía no tener relevancia; sin embargo, el principal problema de esto fue el desconocimiento e inadecuada educación en su enfermedad y las características consecuencias que podrían haber sido evitadas, y así haber tenido un impacto significativo en la calidad de vida del paciente con hipertensión arterial sistémica. Faltaba conocimiento de la enfermedad en la población, para que esto pudiera haber sido prevenido de forma correcta y así pudieran haberse disminuido los factores de riesgo en personas en donde se diagnosticaba con mayor frecuencia.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El panorama que tuvo la hipertensión arterial sistémica ante la salud pública generó un importante impacto. Por tal motivo, lo que se debió hacer era evaluar la calidad de vida de esta enfermedad crónico-degenerativa e idear estrategias e impactos para la detección temprana de la hipertensión arterial sistémica, y así reducir las complicaciones que causaban, ya que era una elevada morbimortalidad en la población, recordando que la hipertensión fue una de las principales causas de muerte prematura y esto tuvo un impacto significativo en el entorno del paciente.

Existieron estudios realizados respecto a la prevalencia de la hipertensión arterial en derechohabientes de diferentes clínicas, así como el apego al tratamiento y posibles complicaciones. Sin embargo, si el paciente hubiera conocido acerca de su enfermedad y que la calidad de vida que se veía o no afectada por la hipertensión arterial sistémica, se podría haber logrado un mejor control metabólico y evitar factores extrínsecos que pudieran haber causado un mal control metabólico evitando las posibles complicaciones que pudieran existir en el futuro. Todo esto tuvo un impacto tanto a nivel familiar como en el nivel de salud pública, pero sobre todo en la calidad de vida del derechohabiente, ya que se habrían evitado las complicaciones y, a su vez, limitaciones en la funcionalidad.

5.-OBJETIVOS.

Objetivo general: Evaluar el nivel de calidad de vida y la relación al funcionamiento familiar de los derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de pacientes con hipertensión arterial sistémica en ambos sexos.
- Identificar y conocer el lugar de residencia de los pacientes con hipertensión arterial sistémica.
- Identificar la funcionalidad familiar en relación con el control o descontrol hipertensivo.
- Identificar si la calidad de vida es un factor de riesgo para el mal control de la tensión arterial.

6.-HIPÓTESIS.

- Hipótesis alterna (H1): Existió relación entre la mala calidad de vida de derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.
- Hipótesis nula (H0): No existió relación entre el nivel de calidad de vida en derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica.

7.-MATERIAL Y MÉTODO.

Periodo y sitio de estudio.

Derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de la Unidad de Medicina Familiar No.15 Prado Churubusco, Ciudad de México, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, que acudieron a la consulta externa en un periodo de 2023 a 2024, fueron invitados a participar durante la espera para entrar a la consulta mensual médica, se le abordó de forma amable y siempre realizando una presentación breve acerca de lo que se quería lograr con el estudio y en que consistía, si el derechohabiente aceptaba a participar, se le proporcionaba la carta de consentimiento informado y se explicaba brevemente en qué consistía este documento.

Universo de trabajo.

Estuvo constituido por derechohabientes rango de edad entre 30 y 65 años, con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acudieron a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No.15, Prado Churubusco, Ciudad de México.

Diseño de estudio.

- Muestreo no probabilístico; Prospectivo, en el cual se identificaron variables independientes y dependientes, al finalizar el estudio.
- Observacional: se describió el estudio de forma concreta.
- Transversal descriptivo: se establecieron comparaciones y diferencias de los diferentes tipos de grupos en ambos sexos.

Tipo de muestra

Tipo de muestreo, no probabilístico por conveniencia

Tamaño de muestra: solo eran pacientes que cumplían con criterios de inclusión en un rango de tiempo 2023 a 2024 en rango de edad 30 a 65 años, con Hipertensión Arterial Sistémica Esencial.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Derechohabientes en un rango de edad entre 30 a 65 años que aceptaron participar en el estudio, con previa autorización y firma del consentimiento informado.
- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.15 Prado Churubusco, con diagnósticos de Hipertensión Arterial Sistémica.
- Derechohabientes de ambos géneros masculino y femenino.
- Derechohabientes de cualquier nivel de estudios académico.

Criterios de exclusión.

- Mujeres embarazadas.
- Derechohabientes con cualquier tipo de déficit cognitivo.
- Derechohabientes que no desearon participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

- Todos instrumentos que no sea contestado en su totalidad.

8.-MUESTREO

Se calculo el tamaño de muestra con la fórmula de una proporción con población finita.

8.1 Cálculo del tamaño de la muestra

$$n = \frac{N\alpha^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \alpha^2 Z^2} \qquad n = \frac{13391 \times 0.5^2 \times 1.96^2}{(13391-1) \times 0.05^2 + 0.5^2 \times 1.96^2}$$

$$n = \frac{13391 \times 0.25 \times 3.84}{(13390) \times 0.0025 + 0.25 \times 3.84}$$

$$n = \frac{12855}{33.47 + 0.96} = 34.43$$

$$n = \frac{12855}{34.43} = \mathbf{373.36}$$

9.-VARIABLES.

9.1Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Naturaleza de la variable	Escala de medición	Indicador
Calidad de vida	Concepto amplio y complejo que incluye la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.	Cualitativa	Nominal	Mejor nivel de salud:0 Peor nivel de salud: 3
Funcionalidad familiar	El conjunto de atributos que posee la familia para promover la adaptación positiva y bienestar de sus integrantes.	Cualitativa	Nominal	0-3: Familia severamente disfuncional 4-6: Familia con moderada disfunción 7-10: Familia funcional
Edad	Tiempo vivido de una persona a partir de su fecha de nacimiento hasta el momento del estudio	Cuantitativa	Continua	30-40años:1 41-50años :2 51-60 años:3 61-65 años :4
Sexo	Concepto que una persona tiene sobre sí mismo, se refiere a la identidad sexual, femenino-masculino	Cualitativa	Nominal	Masculino: 1 Femenino: 0
Escolaridad	Grado de estudios máximos de estudios concluido	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta: 0 Primaria:1 Secundaria: 2 Preparatoria: 3 Licenciatura: 4 Posgrado: 5

Ocupación	Trabajo, empleo u oficio	Cualitativa	Ordinal	Hogar: 0 Comerciante: 1 Empleado: 2 Otro: 3
Lugar de residencia	Lugar donde una persona normalmente pasa los periodos diarios de descanso	Cualitativa	Ordinal	Alcaldía Coyoacán: 0 Alcaldía Iztapalapa: 1
Descontrol Hipertensivo	Elevación aguda de la presión arterial que puede ser asintomática o sintomática, con valor por arriba o igual a 140/90.	Cualitativa	Ordinal	No:0 Sí:1

10.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

Se inició con el estudio con previa autorización por SIRELCIS, se realizó una carta de no inconveniente a la directora médica de la Unidad de Medicina Familiar No. 15. Se tomó la población de pacientes hipertensos en el rango de edad de 30 a 65 años, que acudieron a consulta de medicina familiar.

Cumpliendo con los criterios de selección, se explicó al paciente en qué consistía el estudio, así como los beneficios, riesgos y molestias que podría causarle. Se le solicitó la autorización de uso de información mediante consentimiento informado.

Para la aplicación de ambos instrumentos de evaluación, se inició con el acercamiento al paciente en la sala de espera y se preguntó acerca de enfermedades crónicas; en específico, se indagó si tenía hipertensión arterial sistémica. Se entregaron los instrumentos de evaluación además de un bolígrafo y se esperó a que fueran concluidos para resolver dudas o incluso se solicitó ayuda para ser llenados, por lo que tuve que leer preguntas e ir marcando la opción que ellos solicitaban y se explicaba brevemente de que trato el descontrol hipertensivo. Al finalizar, se realizó el vaciado de información en una hoja de recolección de datos en Excel y posteriormente se pasó al programa SPSS.

Se realizaron dos instrumentos de evaluación: por un lado, el Apgar familiar y, por otro, el Cuestionario de la calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL).

El primer instrumento fue el Apgar familiar, el cual mostró la percepción de los miembros de la familia a nivel de funcionalidad familiar de forma generalizada.

Evalúa cinco áreas: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Podían elegir entre tres opciones de respuesta: casi siempre: 2, algunas veces: 1, casi nunca: 0, las cuales al final se obtendría una calificación e interpretó de la siguiente forma: 0-3 familia severamente disfuncional, 4-6 familia con moderada disfunción, 7-10 familia funcional.

El Cuestionario de la calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) mide la calidad de vida (CVRS). El cuestionario de salud para la Hipertensión arterial y calidad fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca-Cusachs et al., e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y la depresión. De la revisión de los datos de su estudio se excluyeron algunos ítems que se consideraron. La versión contenía 55 ítems agrupados en dos dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituida por 19 ítems, de los cuales se podría elegir entre tres opciones de respuesta: No, en absoluto: 0, Sí, mucho: 1, Sí, bastante: 2. Se sumaron puntuaciones y la interpretación, dependiendo de la puntuación obtenida, se interpretaría de la siguiente forma: 0: mejor nivel de salud y 3 o mayor: peor nivel de salud.

11.-ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se uso el paquete estadístico SPSS statistics 22 versión en español, el análisis de los datos será mediante frecuencias y porcentajes, se realizó razón de momios (RM) para establecer asociación y se usó chi cuadrada para determinar si existió significancia en los grupos previamente descritos.

12.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con:

Artículo 17 de Ley General de Salud. - Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta; II. 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, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio

moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, 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, y III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen método. El proyecto se considera como una investigación de clase uno con riesgo mínimo ya que cumple con la definición de reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y la comisión de ética e investigación al ser un estudio en el que se aplican cuestionarios a derechohabientes que aceptan participar en dicho estudio para evaluar la calidad de vida de derechohabientes con hipertensión arterial sistémica.

Por lo tanto, se consideran conveniente añadir la carta de consentimiento informado con apego a la ley de declaración de Helsinki; cuando se en uno de los documentos de excelencia en materia de protección y regulación ética de la investigación en seres humanos. También tomando en cuenta los códigos nacionales e internacionales vigentes para la práctica de investigación clínica

aprobado previamente por el comité de ética de acuerdo con los artículos 41 bis,98,100 de la ley general de salud.

El beneficio de este tipo de estudio superaría el riesgo que esto pudiera conllevar ya que tiene como base la aplicación de encuestas y con esto se pretende beneficiar a los derechohabientes con la patología estudiada, así como están y el impacto que tendría en la salud pública y evitar así las complicaciones.

Debido al tipo de estudio realizado, este tipo de aspecto no es aplicable. No se realizará ningún tipo de prueba experimental, ni uso de material biológico, que ponga en riesgo al derechohabiente involucrado en este tipo de estudio de investigación.

13. RECURSOS.

13.1 Humanos.

Derechohabientes de 30 de 65 años con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de la unidad de medicina familiar número 15 Prado Churubusco, Ciudad de México, que deseen participar en el estudio con previo previa autorización y firma de consentimiento informado.

Dra. Andrea Ruiz Barón, residente del curso de especialización medica en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No.15 Prado Churubusco, Ciudad de México.

13.2 Físicos y Materiales

-Consultorios de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.15, Prado Churubusco, Ciudad de México.

-Hojas blancas carta.

-Fotocopias con formato de consentimiento, instrumentos de evaluación.

- Plumas

-Equipo de cómputo del investigador, impresora.

13.3 Económicos

El material físico e insumos requeridos serán costeados por el investigador con un costo aproximado de 900 pesos. El estudio es posible ya que se cuenta con todos los recursos físicos, humanos y financieros para el logro de esta investigación.

14.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Aunque se incorporaron 375 pacientes, este tamaño de muestra puede no ser lo suficientemente grande o representativo para generalizar los resultados a toda la población de derechohabientes con hipertensión arterial sistémica. Esto limita la capacidad de extrapolar los hallazgos a un contexto más amplio. La utilización de un muestreo por conveniencia puede introducir sesgos en la selección de participantes. Esto significa que los pacientes incluidos en el estudio pueden no ser representativos de todos los derechohabientes con hipertensión, lo que afecta la validez externa del estudio.

La calidad de vida y la funcionalidad familiar se evaluaron mediante cuestionarios que dependen del auto-reporte de los participantes. Esto puede llevar a sesgos de respuesta, ya que las respuestas pueden estar influenciadas por el estado emocional o la percepción de los participantes en el momento de la evaluación, afectando la precisión de los datos. Puede haber múltiples variables no controladas que influyan en los resultados del estudio, como condiciones socioeconómicas, acceso a atención médica y otros factores de salud (por ejemplo, comorbilidades) que no fueron considerados, lo cual podría llevar a conclusiones erróneas o incompletas. La ausencia de un seguimiento a largo plazo impide evaluar cómo pueden cambiar las variables a lo largo del tiempo. Sin este seguimiento, no es posible determinar la efectividad de las intervenciones implementadas ni cómo evolucionan la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los pacientes con el tiempo. Estas limitaciones resaltan la necesidad de tener cuidado al interpretar los resultados y al aplicar las conclusiones a escenarios clínicos o de salud pública más amplios.

15.-BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS.

Los resultados ayudan a los médicos a personalizar tratamientos y estrategias, considerando la salud física y el apoyo familiar. Al enfocarse en la calidad de vida y la funcionalidad familiar, se pueden identificar áreas que requieren atención específica para mejorar el autocuidado y la adherencia al tratamiento. Los hallazgos sobre el impacto de la hipertensión en la calidad de vida pueden ser útiles para diseñar programas de salud pública más efectivos.

Al resaltar la relevancia de la funcionalidad familiar en la gestión de la hipertensión, se promueve una mayor sensibilización entre profesionales de la salud y pacientes.

Los resultados pueden inspirar estudios adicionales para explorar más a fondo las relaciones entre calidad de vida, funcionalidad familiar y el manejo de la hipertensión. Los hallazgos pueden guiar la creación de programas que integren aspectos médicos y familiares, promoviendo un enfoque centrado en el paciente.

16.-RESULTADOS.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Variables	N	%
Sexo	Femenino	238	63.5
	Masculino	137	36.5
	Total	375	100.0
Grupo de edad	30 a 40	33	8.8
	41 a 50	84	22.4
	51 a 60	157	41.9
	61 a 65	101	26.9
	Total	375	100.0
Estado Civil	Soltero	71	19
	Casado	244	65
	Viudo	20	5
	Divorciado	15	4
	Unión libre	25	7
	Total	375	100
Escolaridad	Analfabeta	1	0
	Primaria	84	22
	Secundaria	179	48
	Preparatoria	73	19
	Licenciatura	36	10
	Posgrado	2	1
	Total	375	100
Ocupación	Hogar	112	30
	Comerciante	15	4
	Empleado	182	49
	Otro	66	18
	Total	375	100
Lugar de residencia	Coyoacán	155	41
	Iztapalapa	220	59
	Total	375	100

Se interrogaron a 375 pacientes en tomando como base los criterios de inclusión y exclusión, de esta investigación, de los cuales 238 (63.5%)

corresponden al sexo femenino y 137(36.5%) al sexo masculino, lo que puede sugerir un posible sesgo de género.

La mayoría (41.9%) se encuentra en el rango de 51 a 60 años, lo que puede indicar que la población estudiada tiene un riesgo alto de desarrollar enfermedades crónicas. La mayoría de quienes participaron en el estudio están casados 244(65%), sugiriendo un fuerte apoyo familiar que puede influir en su salud y bienestar. Un 70% de los encuestados tiene un nivel educativo de secundaria o inferior, lo que puede afectar el acceso a la información relacionada con salud. Esto sugiere que un grupo considerable de la población puede carecer de las habilidades necesarias para entender información médica compleja.

Respecto a la ocupación el 182 (49%) son empleados, lo que podría indicar seguridad económica. Sin embargo, un 112(30%) trabaja en el hogar, lo que puede reflejar falta de empleo formal y, potencialmente, menos acceso a servicios de salud. La mayor parte de la muestra reside en Iztapalapa 220(59%), que puede tener diferentes características socioeconómicas, lo que puede influir en el acceso a servicios de salud. Esto es importante para entender las necesidades de salud de la comunidad y cómo se pueden abordar mediante estrategias específicas.

Tabla 2. Hipertensión

Hipertensión		N	%
	Controlada	300	80.0
	Descontrolada	75	20.0
	Total	375	100.0

De un total de 375 pacientes, la gran mayoría 300 (80%) tiene su hipertensión controlada, lo cual es positivo, mientras que un 75(20%) representa un área que podría necesitar atención o intervención médica. Esto puede implicar que hay un riesgo significativo entre aquellos que no tienen su condición bajo control.

Tabla 3.

Apgar Familiar		N	%
	Familia funcional	292	77.9
	Familia con moderada disfunción	68	18.1
	Familia severamente disfuncional	15	4.0
	Total	375	100.0

La mayoría de las familias en este grupo son funcionales 292(77,9%), y solo una minoría presenta disfunciones, lo que sugiere un panorama generalmente positivo en el contexto del bienestar familiar. Sin embargo, la existencia de familias con algún grado de disfunción también indica que hay áreas que podrían beneficiarse de atención o apoyo adicional.

Tabla 4.

Calidad de vida (CHAL)

		N	%
	Mejor calidad de vida	215	57.3
	Peor calidad de vida	160	42.7
	Total	375	100.0

La mayoría de los encuestados 215 (57,3%) percibe que tiene una buena calidad de vida, aunque hay un porcentaje notable 160(42,7%) que reporta lo contrario. Esto sugiere que, aunque la situación es mayormente positiva, también hay un grupo considerable de personas que podrían estar enfrentando dificultades o desafíos en su calidad de vida.

Tabla 5.

Calidad de vida e Hipertensión controlado o descontrolado.

		Calidad de vida		Total
		Mejor	Peor	
Hipertensión	Controlada	184 49.1%	116 30.9%	300 80.0%
	Descontrolada	31 8.3%	44 11.7%	75 20.0%
Total		215 57.3%	160 42.7%	375 100.0%

El grupo con hipertensión controlada tiene un mayor porcentaje de pacientes clasificados como "mejor" (49.1%) en comparación con los descontrolados (8.3%). Esto implica que el tratamiento efectivo está asociado con mejores resultados. Por otro lado, una mayor proporción de pacientes descontrolados se encuentra en la categoría "peor" (11.7%), lo que indica que no están logrando los resultados deseados.

Tabla 6.

	Calidad de vida		RM	IC95%	P
	Mejor	Peor			
Hipertensión					
Controlada	184	116	2.251	1.345-3.768	0.002
Descontrolada	31	44			

Con un RM de 2.251, se concluye que los pacientes con hipertensión controlada tienen 2.25 veces más probabilidades de reportar una mejor calidad de vida en comparación con aquellos que no tienen su hipertensión controlada. Este hallazgo resalta la importancia de gestionar adecuadamente la hipertensión para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 7.

		Funcionalidad familiar			Total
		Funcional	Moderada	Severo	
Hipertensión	Controlada	235 80.5%	54 79.4%	11 73.3%	300 80.0%
	Descontrolada	57 19.5%	14 20.6%	4 26.7%	75 20.0%
Total		292 100.0%	68 100.0%	15 100.0%	375 100.0%

Es notable que un alto porcentaje de individuos con hipertensión controlada (80%) presenta un estado funcional familiar adecuado. Esto sugiere que aquellos con una funcionalidad familiar adecuada podrían tener más recursos o mejores condiciones para manejar su salud. La mayoría de los individuos con hipertensión descontrolada están en las categorías de funcionalidad moderada y severa (20,6% y 26,7%, respectivamente).

Esto sugiere que una funcionalidad familiar deficiente podría estar correlacionada con el descontrol de la hipertensión.

Tabla 8.

	Funcionalidad Familiar		RM	IC95%	P
	Severa	Funcional			
Hipertensión					
Controlada	12	234	0.731	0.227-2.350	0.597
Descontrolada	4	57			

El hecho de que el IC incluya 1 ($0.227 < 1 < 2.350$) significa que no hay evidencia suficiente para afirmar que la exposición tiene un efecto perjudicial o protector estadísticamente significativo sobre el evento. El (p)valor mayor que 0.05 indica que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula. En este contexto, la hipótesis nula generalmente establece que no hay diferencia en la incidencia del evento entre los grupos expuestos y no expuestos.

17.-DISCUSIÓN.

En esta investigación se estudiaron pacientes con hipertensión arterial en rango de edad de entre 30 a 65 años, se encontró que existe una asociación $RM(2.251)$ $p 0.002$, entre la calidad de vida y control ó descontrol hipertensivo lo cual demuestra los resultados de un estudio donde el objetivo fue identificar la calidad de vida y relación a la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial.

Baylon, Z. Astudillo. El 67% corresponde al sexo femenino, en relación a la calidad de vida el 64% resultó con mejor calidad de vida y controlados de su hipertensión el 51% (mejor calidad de vida y 24% con peor calidad de vida, el 24.8% de la población están descontrolados y tienen peor calidad de vida. El 57.3% ($n=155$) son funcionales controlados. La disfunción familiar se asocia a mala calidad de vida, $OR= 4.7$, $p=0.001$, $IC 2.58-7.74$.

En el estudio la relación entre la hipertensión controlada y la calidad de vida de los pacientes es un tema crítico en la salud pública. Según los hallazgos presentados, los pacientes con hipertensión controlada tienen 2.25 veces más probabilidades de reportar una mejor calidad de vida en comparación con aquellos cuya hipertensión no está controlada. Este hallazgo refuerza la importancia de una gestión adecuada de la hipertensión no solo para prevenir complicaciones médicas, sino también para mejorar el bienestar general del paciente.

18.-CONCLUSIONES.

El protocolo de estudio reveló que el 80% de los pacientes presentaban hipertensión controlada, lo que era un indicador positivo en el manejo clínico de esta condición. Este hallazgo sugiere que los pacientes estaban recibiendo un tratamiento efectivo y adherido, lo que a su vez puede conducir a una reducción en el riesgo de complicaciones a largo plazo asociadas con la hipertensión, como enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares.

Sin embargo, el 20% de los pacientes que presentaban hipertensión descontrolada representaban una preocupación significativa. Este grupo no solo estaba en mayor riesgo de eventos adversos de salud, sino que también podía estar experimentando un deterioro en su calidad de vida. Los datos indicaban que este sector podría beneficiarse de intervenciones médicas más agresivas y de programas de educación sobre salud que fomentaban cambios en el estilo de vida y adherencia al tratamiento.

La funcionalidad familiar se presentaba como un factor crítico en el análisis de la salud de los pacientes. Se observó que una gran mayoría de las familias (77,9%) eran clasificadas como funcionales, lo que sugiere que un buen soporte familiar podría estar asociado con un mejor manejo de la hipertensión. Este respaldo emocional y práctico facilitaba el acceso a cuidados médicos y promovía una mejor adherencia a los tratamientos.

El estudio también identificó una proporción significativa de familias (22,1%) con algún grado de disfunción. Esto es relevante, ya que una funcionalidad familiar deficiente se alinea con una mayor proporción de pacientes que tienen hipertensión descontrolada (19,5% en funcionalidad moderada y 26,7% en funcionalidad severa). Estos individuos carecían del apoyo necesario para manejar su salud de manera efectiva, subrayando la importancia de abordar el bienestar familiar como parte integral del tratamiento de la hipertensión.

La calidad de vida era otro indicador fundamental en este estudio. Aunque el 57,3% de los encuestados reportaba una buena calidad de vida, un notable 42,7% expresaba lo contrario. Esta disparidad sugería que, a pesar de los resultados positivos en el control de la hipertensión, había un porcentaje considerable de pacientes que arrastraban problemas significativos de salud y calidad de vida, particularmente aquellos con hipertensión descontrolada. La ventaja notable observada entre los pacientes con hipertensión controlada, que reportaban una calidad de vida significativamente mejor (49,1%) en comparación con los descontrolados (8,3%), destacaban la interconexión entre estos factores. La razón de momios (RM) de 2.251 reforzó que una adecuada gestión de la hipertensión estaba asociada con un mejor bienestar general.

En este estudio se subrayaba la importancia de un manejo multidimensional en el tratamiento de la hipertensión, donde la funcionalidad familiar y la calidad de vida eran factores intrínsecamente ligados al éxito del tratamiento. Mejorar estos aspectos no solo beneficiaba la salud individual de los pacientes, sino que también llevaría a una mejora general en los resultados de salud a nivel institucional.

19.-RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.

Sería recomendable llevar a cabo estudios adicionales para explorar los mecanismos por los cuales el control de la hipertensión afecta la calidad de vida, así como investigar qué intervenciones son más efectivas para ayudar a los pacientes a gestionar su presión arterial. Los resultados obtienen relevancia en la práctica clínica, sugiriendo que los médicos deben centrarse no solo en el control de la presión arterial, sino también en la educación del paciente sobre cómo el control efectivo de su condición puede conducir a una mejor calidad de vida.

Es crucial implementar programas de gestión de la hipertensión que integren enfoques familiares y comunitarios. Al fortalecer la funcionalidad familiar, se podría mejorar la adherencia al tratamiento y el control de la hipertensión en pacientes descontrolados.

Desarrollar estrategias educativas que aborden tanto el manejo de la hipertensión como el fomento de la funcionalidad familiar. Esto incluye capacitaciones sobre la importancia del apoyo emocional y el acceso a información sobre salud.

Se recomiendan estudios longitudinales para evaluar cómo los cambios en la funcionalidad familiar y la calidad de vida afectan el control de la hipertensión a lo largo del tiempo. Además, sería valioso investigar el impacto socioeconómico

y si esto influye en calidad de vida en la salud de los pacientes con hipertensión.

20.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.- Instituto de Salud para el Bienestar. (2021, 17 de mayo). 17 de mayo: Día Mundial de la Hipertensión Arterial.<https://www.gob.mx/insabi/articulos/17-de-mayo-dia-mundial-de-la-hipertension-arterial?idiom=es>

2.- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020,21 de julio). Hipertensión arterial un problema de salud pública en México. <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html>

3.- Organización Mundial de la Salud. (2019, 13 de Septiembre). Hipertensión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

4.- Secretaría de Salud. Gobierno de Puebla. (2020,13 de Mayo) Día Mundial de la Hipertensión Arterial. Gobierno de Puebla. <http://ss.pue.gob.mx/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/>

5.- Rosas-Peralta, M., et al. (2018). Nuevos criterios ACC/AHA en hipertensión arterial sistémica. *Gaceta Médica de México*, 154

6.-Ismael Campos-Nonato,D en C. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. Ensanut 2020 Salud Pública. México. 2021.Dr. Simón Barquera. 13 de mayo 2021. (5 de noviembre 2021):
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/analiticos/hipertensi%C3%B3n.arterial.en.adultos.pdf>

7.- Revilla, A. G. (2020). La epidemiología de los factores de riesgo de los Síndromes coronarios agudos. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 222–223. <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3656>.

8.- Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014; 129: 49–73.

9.- European Society of Cardiology. (2019). *Community-based salt substitution programme lowers blood pressure*. Sophia Antipolis: European Society of Cardiology. <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/community-based-salt-substitution-programme-lowers-blood-pressure>

10.- Fernandez-Jimenez, R., Al-Kazaz, M., Jaslow, R., Carvajal, I., & Fuster, V. (2018). Los niños representan una ventana de oportunidad para promover la salud: tema de revisión de la semana de JACC. *Journal of the American College of Cardiology*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30527619/>

11.- Lozano, R., Gómez Dantés, H., Garrido Latorre, F., Jiménez Corona, A., Campuzano Rincón, JC, Franco Marina, F., & et al. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007

12.-Villarreal-Ríos, E., Montoya-Cruz, G., Vargas-Daza, ER, Galicia-Rodríguez, L., Escorcía-Reyes, V., & Cu-Flores, LA (2021). Vida saludable perdida por discapacidad aguda, crónica y muerte prematura en hipertensión arterial. *Archivo de cardiología de México*. Volumen 91 Número 2 (https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402021000200202).

13.- Lozano R, Gómez Dantés H, Garrido Latorre F, Jiménez Corona A, Campuzano Rincón JC, Franco Marina F, et al.(2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. *Salud publica México* Volumen 55. Número

6. (https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007).

14.- Juan Manuel Baglietto-Hernandez. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. Medicina Interna México 2020: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92187>

15.- World Health Organization. (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369500112K?via%3Dihub>

16. Parra, DI, López Romero, LA y Vera Cala, LM (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. Enfermería Global. Volumen 20 numero 62. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200010

17.- Wyman, P. A., & Cowen, E. L. (1996). Family functioning and child outcomes: A longitudinal study. Journal of Family Psychology, 10(4), 457-471. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.4.457>

18.- Smilkenstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam Pract, 6 (1978), pp. 1231-1239.

19.- Becerra PEN, Villegas GC. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Rev CONAMED. 2021;26(2):57-67. doi:10.35366/100348.

20.- Flores-Martínez, D., Pérez-Garrido, J., & Lagunas-García, LA (2015). Percepción de la calidad de vida en pacientes con envejecimiento e hipertensión arterial. *Rednutricion*, 6(18), 191-195. <https://edn.issste.gob.mx/Imagenes/Biblioteca/Rev/REDN2015618191195.pdf>

21.- ANEXOS.

21.1 Hoja de Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Evaluación de la Calidad de vida y relación al funcionamiento familiar en derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en rango de edad entre los 30 a 65 años y pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 15, Prado Churubusco, Ciudad de México."
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 15 Ciudad de México, ubicada en Av. Ermita Iztapalapa N°411 Col. Prado Churubusco Coyoacán 04320 Ciudad de México.
Número de registro:	Pendiente.
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que la hipertensión arterial sistémica es un problema muy importante en México y que el nivel de riesgo cardiovascular es elevado generando importantes complicaciones que tiene son importantes y esto puede alterar considerablemente la calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes que tengan hipertensión arterial sistémica por lo que es importante realizar este estudio conocer el impacto y poder intervenir a tiempo. Por lo que él se me explica que el objetivo del estudio es: "Evaluación de la Calidad de vida y relación al funcionamiento familiar en derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en rango de edad entre los 30 a 65 años y pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 15, Prado Churubusco, Ciudad de México."
Procedimientos:	Se me ha explicado que se me aplicara de forma individual un cuestionario en que se realizarán preguntas generales como: edad, sexo, escolaridad, ocupación, posteriormente solicitará responder un cuestionario: interrogando datos que sirve para evaluar la calidad de vida y funcionalidad familiar, en derechohabientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica de esta unidad de medicina familiar No.15. con un tiempo estimado de 10 minutos para la realización del cuestionario.
Posibles riesgos y	Se me ha informado que presente estudio pudiera consumir su tiempo para realizar la

molestias:	encuesta, algunas preguntas de dicha entrevista pudieran hacerlo sentir invadido en su privacidad, provocarles molestia, malestar, tristeza.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuiré a que este estudio ayudará a conocer la calidad de vida de personas con hipertensión arterial sistémica, por lo cual no se obtendrá un beneficio inmediato, solamente contribuiré a obtener conocimientos que puedan ayudar en el futuro a personas con hipertensión arterial sistémica y evaluar si influye la calidad de vida y evaluar el tipo de funcionalidad familiar que pueden llegar a presentar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado que los resultados que se obtenidos estarán en todo momento a disposición de usted en el momento que sea solicitado y de la unidad de medicina familiar No.15, con la finalidad de identificar opciones de impacto para mejorar la atención en derechohabientes.
Participación o retiro:	Se me informa que mi participación es voluntaria, es decir tengo plena libertad de decidir mi participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sí que se vea afectada mi atención en el instituto mexicano del seguro social.
Privacidad y confidencialidad:	Se me explica que la información que se obtenga será confidencial, únicamente los investigadores tendrán acceso, asegurando datos personales, respeto a la dignidad y la protección de mis derechos la cual sólo será utilizada para esta investigación.

En caso de colección de material biológico (No aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

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

Investigador Responsable: Dra. María Yolanda Rocha Rodríguez. Maestra en ciencia de la salud, Médico especialista en Medicina Familiar, Matricula: 99377276. Unidad de medicina familiar No.15, Teléfono: 5525340283, Correo: mayorocha2013@gmail.com

Dra. Irma Esmeralda Godínez Nava, Médico especialista en Medicina Familiar, Matricula 99389375, Unidad de medicina familiar No.15, Teléfono: 5585496601, Correo: irmagodineznava@gmail.com

Colaboradores: Andrea Abimelek Ruiz Barón, Residente de la Especialidad de Medicina Familiar, Matricula: 96381198, Unidad de medicina familiar No.15, Teléfono: 5531085778, Correo: aruizbaron@gmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Andrea Abimelek Ruiz Barón

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave:2810-009-013

21.2 Hoja de recolección de datos.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Responda las siguientes preguntas de acuerdo a su condición personal

1.- Nombre: _____

2.- Domicilio: _____

3.- Edad: _____ NSS: _____

4.- Sexo: Masculino | Femenino|

5.- Estado Civil: | Soltero | Casado | Viudo Divorciado|
Uniónlibre

6.- Escolaridad: | Analfabeta | Primaria | Secundaria
| Preparatoria | Licenciatura Posgrado

7.- Ocupación: | Hogar | Comerciante | Empleado | Otro

8.- Lugar de residencia: |Alcaldía Coyoacán | Alcaldía Iztapalapa

9.- Ha tenido un descontrol hipertensivo este último mes: | Si | No

APGAR FAMILIAR (PARA MEDIR FUNCIONALIDAD FAMILIAR)

Instrucciones: Marque la selección con la que se identifique.

NSS:

Folio:

Funcionalidad familiar	2: Casi siempre	1: Algunas veces	0: Casi nunca
1. Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familiar cuando algo le está perturbando. (Adaptabilidad)			
2. Está satisfecho(a) del modo en que su familia discute asuntos de común interés y de cómo comparten los problemas para resolverlos. (Participación)			
3. Encuentra que su familia acepta el que usted asuma nuevas actividades o haga cambios en su estilo de vida. (Crecimiento)			
4. Está satisfecho(a) del modo en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos, tales como enojo, pena, amor.(Afecto)			
5. Está satisfecho(a) con la cantidad de tiempo que su familia y usted comparten juntos.(Resolución)			

Interpretación

Suma los puntos e intérprete de acuerdo a la clasificación:

- **0-3: Familia severamente disfuncional**
- **4-6: Familia con moderada disfunción**

- **7-10: Familia funcional**
Calificación total: 10 puntos

}

El Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) es un instrumento para evaluar la Calidad de vida.

Responda las siguientes preguntas con una X de acuerdo con las siguientes opciones que se le presentan al final del cuestionario.

	No, en absoluto: 0	Si, mucho: 1	Sí, bastante: 2
1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?			
2. ¿Ha tenido sueños que les gusten o les sean desagradables?			
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?			
4. ¿Hoy se despierta sin capaz de volverse a dormir?			
5. ¿Se despierta cansado?			
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?			
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?			
8. ¿ Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales(trabajar, actividades domésticas, estudiar)?			
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y			

aspecto personal?			
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones habituales?			
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?			
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?			
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?			
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?			
	No, en absoluto: 0	Si, mucho: 1	Sí, bastante: 2
15. ¿Se ha notado constante agobiado y en tensión?			
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar su dificultades?			
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?			
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día?			
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?			
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?			
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?			
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?			
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?			
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?			
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?			
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?			
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?			

28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?			
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?			
30. ¿ Ha sentido flojedad en la piernas?			
31. ¿Cree que tiene a caminar más lentamente en comparación con las personas de su edad?			
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?			

	No, en absoluto: 0	Si, mucho: 1	Sí, bastante: 2
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?			
34. ¿ Le cuesta concentrarse en lo que hace?			
35. ¿Ha sufrido visión borrosa?			
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?			
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?			
38. ¿Ha padecido sofocos?			
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?			
40. ¿Han tenido evacuaciones líquidas o disminuidas en consistencia?			
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?			
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en garganta?			
43. ¿Ha notado sequedad en boca?			

44. ¿Ha notado que la nariz se la tapa a menudo?			
45. ¿Ha tenido con frecuencia nauseas o vómito?			
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido erupciones o lesiones dérmicas?			
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos por el frío?			
48. ¿ Ha disminuido su apetito?			
49. ¿ Ha aumentado de peso?			
50. ¿Ha tenido palpitaciones frecuentemente?			
51. ¿Ha tenido dolor de cabeza?			

	No, en absoluto: 0	Si, mucho: 1	Sí, bastante: 2
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?			
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades o alguna parte del cuerpo)?			
54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?			
55. ¿Ha notado que deseo sexual es menor de lo habitual?			

Las siguientes son opciones de respuesta:

- **No, en absoluto: 0**
- **Sí, mucho: 1**
- **Sí, bastante: 2**
- **Puntúan de 0: mejor nivel de salud a 3 peor nivel de salud.**