

**CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CON HIPERTENSION ARTERIAL,  
PUESTO DE SALUD MARCELIANO BRUGES, CIENAGA 2008-I**

**NINA CLAY AHUMADA MIRANDA  
YARENIS CAROLINA OLIVAREZ GUERRERO  
BLANCA CECILIA SOLANO NUÑEZ**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
SANTA MARTA  
2008**

**CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CON HIPERTENSION ARTERIAL,  
PUESTO DE SALUD MARCELIANO BRUGES, CIENAGA 2008-II**

**NINA CLAY AHUMADA MIRANDA  
YARENIS CAROLINA OLIVAREZ GUERRERO  
BLANCA CECILIA SOLANO NUÑEZ**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERO (A)**

**ASESORA CIENTIFICA  
JOBANA CUCUNUBA  
ENFERMERA MAGISTER EN INVESTIGACION EN ENFERMERIA CON  
ENFASIS EN CUIDADO AL PACIENTE CRONICO**

**ASESORA METOLOGICA  
MARGARITA MONTOYA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
S ANTA MARTA  
2008**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma Presidente del Jurado**

---

**Firma Jurado**

---

**Firma Jurado**

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo de investigación:

A Dios, mi Señor, salvador, luz y amor, por haberme dado la vida y la maravillosa oportunidad de llegar hasta aquí, ayudándome a superar todos los obstáculos que en mi camino se posaron.

A mis hijos, Alirio José y Nina Magreth, por darme la fuerza y ser mi alegría para seguir adelante cada día con sus sonrisas; por ser pacientes en los momentos que no pude estar a su lado y por su amor expresado con sus besos y abrazos.

A mi esposo, Alirio, por su compañía, paciencia, amor, apoyo en el cumplimiento de esta meta y por no dejarme caer en los momentos difíciles de este arduo camino.

A mis padres, Mónica y Nicolás, por luchar cada día para hacer de mí la persona que soy, por sentirse orgullosos y apoyarme en todo momento; a mis hermanos Eder y Nicolás Andrés, por su confianza y amor.

A todos mis familiares y amigos por depositar en mi su confianza y apoyo.

Nina Clay Ahumada Miranda

## DEDICATORIAS

A Dios, mi señor, por acompañarme y guiarme siempre cada día de mi vida. Siendo El mi apoyo y fortaleza.

A mí querida madre, Marta Guerrero, por su amor, comprensión, confianza, dedicación y ante todo apoyo en los momentos de mi vida que más lo necesitaba.

A mí amado padre por sus sabios consejos, quien siempre me apoyo incondicionalmente en todos los momentos difíciles.

A mi hermana Kelly, por escucharme, por sus acertados consejos, por su cariño y apoyo en mi vida universitaria.

A mis familiares y amigos por su apoyo.

Yarenis Olivarez Guerrero.

## DEDICATORIAS

A Dios todo poderoso padre celestial, ser supremo guía fundamental en mi vida, compañero omnipotente y omnipresente quien siempre ilumino mi camino, y contesto mis oraciones, enviando soluciones en los momentos difíciles.

A mi gran y amada madre, Betty del Carmen Núñez Bovea, mujer luchadora, y perseverante quien siempre impulsa mis sueños y me apoya y anima cada día a ser una mejor persona, a mi querida hermana Sara Milena Solano Núñez, por su apoyo incondicional, a los que ya no están pero desde el cielo guían mi camino y me inspiraron a conseguir este logro y los que faltan. (José Ricardo Solano, Estebana Bovea)

A mi hijo, Andrés José que llego para alegrar mi vida y enseñarme, un mar de emociones y sentimientos hermosos, a mi esposo y compañero, Andrés Felipe Cárdenas Valle, por su paciencia, y su apoyo absoluto en la culminación de este logro.

Blanca Solano Núñez.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al programa de enfermería de la Universidad del Magdalena guiado por nuestra apreciada Directora, Ediltrudis Ramos De la Cruz, quien hizo parte fundamental en nuestra formación como personas y enfermeras, con principios éticos y de calidad que permitieron cumplir metas como la ejecución de este proyecto

A los responsables del Club de Hipertensos del Puesto de Salud Marceliano Bruges, y al maravilloso grupo de personas que lo componen; sin ellos nuestro propósito no hubiese sido posible.

A nuestra respetada Directora de Tesis: Enfermera Magíster. Jobana Cucunubá Castillo, docente de la Universidad del Magdalena a quien expresamos nuestra gratitud, por su gran espíritu quien con paciencia, dedicación y conocimientos puntuales, encamino nuestro proyecto hacia la excelencia.

A nuestra asesora metodológica: Margarita Montoya docente de la Universidad del Magdalena por su acertada guía en la tendencia de nuevos métodos y herramientas útiles en la investigación.

A los docentes del programa de enfermería por manifestarnos su apoyo, y brindarnos sus conocimientos en la elaboración de este proyecto en especial a nuestra admirada y honorable docente Tatiana González Noguera quien creyó en nuestras convicciones y nos impulso a concluir con calidad este trabajo.

A nuestras queridas y respetadas docentes Graciela Vargas Guerrero y Albanis Orozco por su respaldo, sostén y amistad.

A nuestros compañeros y amigos por su voz de aliento en los momentos difíciles, con quienes compartimos tristezas y alegrías en este camino.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente hicieron parte desde el inicio hasta el final de la elaboración de este proyecto, ya que fueron partes importantes e imprescindibles para la culminación del mismo.



## CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	16
INTRODUCCIÓN	17
1. MARCO DE REFERENCIA	18
1.1 ÁREA PROBLEMA	18
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.3 ÁREA PROBLEMÁTICA	18
1.4 OBJETIVOS	21
1.4.1 Objetivo General	21
1.4.2 Objetivos Específicos	21
1.5 JUSTIFICACIÓN	22
1.6 ANTECEDENTES	25
1.7 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	29
2. MARCO TEÓRICO	31
2.1 ENFERMEDAD CRÓNICA	31
2.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	33
2.3 EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	35
2.3.1 La Historia Clínica	36
2.3.2 El Examen Físico	40
2.4 CALIDAD DE VIDA	45
2.4.1 LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD	47

<b>2.4.2 CALIDAD DE VIDA E HIPERTENSION ARTERIAL</b>	<b>52</b>
<b>2.4.3 INTERRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA É HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	<b>54</b>
<b>2.5 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON HIPERTENSON ARTERIAL.</b>	<b>56</b>
<b>2.5.1 BIENESTAR FISICO</b>	<b>56</b>
<b>2.5.2 BIENESTAR PSICOLOGICO</b>	<b>59</b>
<b>2.5.3 BIENESTAR SOCIAL</b>	<b>62</b>
<b>2.5.3.1 Aspectos Socioeconómicos De La Hipertensión</b>	<b>64</b>
<b>2.5.4 BIENESTAR ESPIRITUAL</b>	<b>66</b>
<b>3. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>70</b>
<b>3.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>70</b>
<b>3.2 UNIVERSO</b>	<b>70</b>
<b>3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>70</b>
<b>3.4 TIPO DE MUESTREO</b>	<b>71</b>
<b>3.5 CRITERIOS DE INCLUSION</b>	<b>71</b>
<b>3.6 RECOLECCION DE LOS DATOS</b>	<b>71</b>
<b>3.6.1 Recolección Primaria. Instrumento</b>	<b>71</b>
<b>3.6.2 Encuesta de apoyo para la recolección de datos.</b>	<b>72</b>
<b>3.6.3 Recolección Secundarias</b>	<b>73</b>
<b>3.7 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS</b>	<b>73</b>
<b>3.8 ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>75</b>
<b>4. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS</b>	<b>78</b>
<b>4.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES</b>	<b>78</b>

<b>4.2 CALIDAD DE VIDA POR BIENESTARES</b>	<b>89</b>
<b>4.2.1 BIENESTAR FISICO</b>	<b>89</b>
<b>4.2.2 BIENESTAR PSICOLOGICO</b>	<b>106</b>
<b>4.2.3 BIENESTAR SOCIAL</b>	<b>122</b>
<b>4.2.4 BIENESTAR ESPIRITUAL</b>	<b>136</b>
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>147</b>
<b>6. DISCUSION</b>	<b>150</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>152</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>157</b>

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Genero de personas con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>78</b>
<b>Figura 2.</b> Edad de las personas con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>80</b>
<b>Figura 3.</b> Escolaridad de personas con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>81</b>
<b>Figura 4.</b> Estado civil de personas con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>82</b>
<b>Figura 5.</b> Ocupación de personas con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>83</b>
<b>Figura 6.</b> Nivel socioeconómico de personas con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>84</b>
<b>Figura 7.</b> Tiempo de diagnóstico de personas con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>85</b>
<b>Figura 8.</b> Horas de ayuda que requiere la persona con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>86</b>
<b>Figura 9.</b> Único cuidador familiar de la persona con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>87</b>
<b>Figura 10.</b> Relación del cuidador de la persona con Hipertensión Arterial del Puesto de salud Marceliano Bruges. Ciénaga 2008.	<b>88</b>
<b>Figura 11.</b> Bienestar físico	<b>89</b>
<b>Figura 12.</b> ¿Hasta que punto la Fatiga/Agotamiento es un problema para usted?	<b>91</b>
<b>Figura 13.</b> ¿Hasta que punto los Cambios de apetito son un problema para usted?	<b>93</b>

<b>Figura 14.</b> ¿Hasta que punto el dolor es un problema para usted?	<b>94</b>
<b>Figura 15.</b> ¿Hasta que punto los Cambios en el dormir es un problema para usted?	<b>96</b>
<b>Figura 16.</b> ¿Hasta que punto el estreñimiento es un problema para usted?	<b>98</b>
<b>Figura 17.</b> ¿Hasta que punto son las náuseas/asco un problema para usted?	<b>99</b>
<b>Figura 18.</b> ¿Hasta que punto los cambios en el sistema reproductivo son un problema para usted?	<b>101</b>
<b>Figura 19.</b> Clasifique su salud física en general	<b>103</b>
<b>Figura 20.</b> Bienestar Psicológico	<b>105</b>
<b>Figura 21.</b> ¿Que tan difícil es para usted lidiar con su vida como consecuencia de su enfermedad y tratamiento?	<b>106</b>
<b>Figura 22.</b> ¿Qué tan buena es su calidad d vida?	<b>107</b>
<b>Figura 23.</b> ¿Cuánta felicidad siente usted?	<b>109</b>
<b>Figura 24.</b> ¿Se siente en control de las cosas de su vida?	<b>110</b>
<b>Figura 25.</b> ¿Hasta que punto le satisface su vida?	<b>111</b>
<b>Figura 26.</b> ¿Cómo clasificaría su capacidad para concentrarse o recordar cosas?	<b>113</b>
<b>Figura 27.</b> ¿Qué tan útil se siente?	<b>114</b>
<b>Figura 28.</b> ¿Cuánta aflicción le ocasiona el tiempo desde que su tratamiento termino?	<b>115</b>
<b>Figura 29.</b> ¿Cuánta ansiedad / desesperación tiene?	<b>117</b>
<b>Figura 30.</b> ¿Cuanta depresión/decaimiento siente?	<b>119</b>
<b>Figura 31.</b> ¿Hasta qué punto tiene miedo de futuros exámenes diagnósticos?	<b>120</b>
<b>Figura 32.</b> Bienestar social	<b>121</b>
<b>Figura 33.</b> ¿Cuánta aflicción le ha ocasionado su enfermedad a su familia?	<b>122</b>

<b>Figura 34.</b> ¿Es suficiente el nivel de apoyo que usted recibe para satisfacer sus necesidades?	<b>123</b>
<b>Figura 35.</b> ¿Interfiere su cuidado de salud con sus relaciones personales?	<b>124</b>
<b>Figura 36.</b> ¿Ha sido afectada su sexualidad por su enfermedad?	<b>127</b>
<b>Figura 37.</b> ¿Hasta que punto ha interferido su enfermedad con su empleo?	<b>129</b>
<b>Figura 38.</b> ¿Ha interferido su enfermedad en el actividades/hogar?	<b>130</b>
<b>Figura 39.</b> ¿Cuánto aislamiento le atribuye usted a su enfermedad?	<b>131</b>
<b>Figura 40.</b> ¿Cuánta carga económica ha tenido como resultado de su enfermedad?	<b>133</b>
<b>Figura 41.</b> Bienestar Espiritual	<b>135</b>
<b>Figura 42.</b> ¿Qué tan importante es para usted su participación en actividades religiosas?	<b>137</b>
<b>Figura 43.</b> ¿Es importante para usted otras actividades espirituales tales como la meditación?	<b>138</b>
<b>Figura 44.</b> ¿Cuánta incertidumbre siente hacia el futuro?	<b>139</b>
<b>Figura 45.</b> ¿Ha cambiado su vida espiritual como resultado del diagnóstico de su enfermedad?	<b>140</b>
<b>Figura 46.</b> ¿Hasta que punto su enfermedad ha realizado cambios positivos en su vida?	<b>142</b>
<b>Figura 47.</b> ¿Siente usted una sensación de propósito en cuánto a su vida?	<b>143</b>
<b>Figura 48.</b> ¿Cuánta esperanza siente usted?	<b>144</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Escala Sobre Calidad De Vida Paciente Con Enfermedad Crónica.	<b>157</b>
<b>Anexo B.</b> Formato de Caracterización de los cuidadores.	<b>164</b>
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado.	<b>165</b>
<b>Anexo D.</b> Formato de recolección de firmas de aceptación para la participación en el proyecto “Calidad de Vida de la persona con hipertensión arterial, Puesto de Salud Marceliano Bruges, Ciénaga 2008-I”.	<b>166</b>

## RESUMEN

Este proyecto tiene por objetivo, describir la calidad de vida de la persona con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Marceliano Bruges. Es de tipo descriptivo cuantitativo de corte transversal; la población esta compuesta por 120 personas con hipertensión arterial en el mes de marzo de 2008. El análisis se basó en responder la pregunta ¿Cómo es la calidad de vida de las personas con Hipertensión Arterial del puesto de salud Marceliano bruges?, para responderla, se recolectaron los datos con el instrumento propuesto por Betty Ferrell y colaboradores, descrito como instrumento para medir la calidad de vida en su versión personal (QOL), el cual consta de cuatro dimensiones: bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Los hallazgos permitieron describir como influyen los diferentes factores de la patología y su tratamiento, determinantes en la calidad de vida de estas personas, encontrándose alterados los bienestar físico y psicológico.

**Palabras claves:** calidad de vida, persona con hipertensión arterial.

## ABSTRACT

This project has for objective to describe the quality of life of the person with Hypertension Post Health Marceliano Bruges. It is a quantitative descriptive study of traverse court; the population this composed of 120 people with hypertension in March 2008. The analysis was based on answering the question How is the quality of life for people with Hypertension of the health post Marceliano bruges?, To answer it, the data were collected with the proposed instrument by Betty Ferrell and collaborators, described as an instrument for measure the quality of life in his personal version (QOL), which consists of four dimensions: physical, psychological, social and spiritual. The findings allowed describe as the various factors influencing the pathology and its treatment, affect the quality of life of these people found welfare altered the physical and psychological.

**Keywords:** quality of life, person with hypertension.



## INTRODUCCION

EL impacto de las enfermedades crónicas y sus tratamientos tradicionalmente se han evaluados en términos de morbi-mortalidad, sin embargo en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores para evaluar la calidad de vida, debido a que esta es una importante variable de resultado de las intervenciones del cuidado de la salud. Por otra parte la calidad de vida es un elemento considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de formas de cuidado de salud y asignación de recursos para el sistema de salud.

El Profesional de Enfermería debe brindar a sus pacientes atención que no solo abarque la parte física sino también que busque alcanzar un abordaje integral bio-psico-social. En esta línea, surgen los esfuerzos para medir la dimensión de calidad de vida, como un instrumento para comprender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes.

Evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo.

## **1. MARCO DE REFERENCIA**

### **1.1 AREA PROBLEMA**

- Calidad de vida de la persona con Hipertensión Arterial.

### **1.2 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMÁ**

- ¿Cómo es la calidad de vida de la persona con Hipertensión Arterial que asiste al Puesto de Salud Marceliano Bruges?

### **1.3 AREA PROBLEMÁTICA**

Según el Departamento de Planeación Metropolitana (1993),<sup>1</sup> La hipertensión arterial constituye un problema de salud pública cada vez más relevante debido a la incidencia y prevalencia creciente en los últimos años, se considera que la incidencia en Colombia es de 12.5 por 100.000 habitantes y la prevalencia es del 18 al 20%, por cada 100.000 habitantes.

A nivel mundial se han realizados un sin números de investigaciones en las cuales se muestra como la Hipertensión Arterial afecta a la población joven y adulta y cómo influye ésta en la Calidad de Vida de las personas que la padecen.

---

<sup>1</sup> DEPARTAMENTO de planeación metropolitana. Anuario estadístico metropolitano 1993; p 8.

Al valorar la calidad de vida hay que tener en cuenta múltiples aspectos de la vida de la persona, debido a que es un concepto amplio, que abarca las capacidades y limitaciones, los síntomas y las características psicosociales, que permiten a un individuo realizar una serie de funciones satisfactorias para él mismo. No es suficiente para mensurarla la utilización de criterios clínicos del efecto de la terapéutica sobre las cifras tensionales y las complicaciones de la Hipertensión Arterial, sino también la percepción de la propia persona sobre el impacto que el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad han tenido sobre sus actividades diarias y su grado de bienestar en el trabajo y en el ocio, en sus relaciones familiares y con otros miembros de la comunidad.<sup>2</sup>

Por otra parte, Según Schwartzman (2003)<sup>3</sup>; la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor Calidad de Vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. A la se conoce que el estrés predispone a diversas enfermedades entre ellas las cardiovasculares, como la Hipertensión Arterial que deterioran la Calidad de vida por ser una enfermedad crónica.

En el municipio de Ciénaga, se ha venido presentando un suceso que llama la atención, a pesar que la población de personas con hipertensión arterial tiene todos los controles, tanto médicos como farmacológicos, se observa con preocupación que estos pacientes tienden a presentar crisis hipertensivas

---

<sup>2</sup> CUEVAS F. Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes; 2003-2004.

<sup>3</sup> SCHWARTZMAN N L; Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales- Universidad De La República Oriental Del Uruguay; 2003.

repetitivas, lo que los lleva a ser hospitalizados necesitando entonces de otra persona para suplir sus necesidades básicas, lo cual puede generarle conflictos internos o bien con su familia, influyendo en la adaptación de las personas a su nueva situación de salud colocando en evidencia la necesidad de indagar sobre lo que está pasando en las personas con Hipertensión Arterial no solo en su parte física sino a nivel espiritual, social y psicológica que pueda inferir en su Calidad de Vida.

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Describir la calidad de vida de las personas con Hipertensión Arterial que asisten al Puesto de Salud Marceliano Bruges, Ciénaga durante el mes de marzo de 2008.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir el bienestar físico de las personas con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Marceliano Bruges.
- Describir el bienestar psicológico de las personas con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Marceliano Bruges.
- Describir el bienestar social de las personas con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Marceliano Bruges.
- Describir el bienestar espiritual de las personas con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Marceliano Bruges.

## 1.5 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial se han realizados un sin números de investigaciones en los cuales nos muestra como la hipertensión arterial afecta a la población joven y adulta y cómo influye ésta en la calidad de vida de las personas. En España según Ruilope (2006) <sup>4</sup> en el 75% de los casos, los españoles afectados de obesidad y sobrepeso sufren un alto riesgo de hipertensión arterial, según un estudio presentado en el congreso.

En México según Castro, Gómez, Negrete y Tapía (1995) <sup>5</sup> la hipertensión arterial sistémica (HAS) es probablemente la enfermedad crónica degenerativa más frecuente. Su prevalencia fluctúa de un 10 a un 30 % de la población adulta y su presencia se eleva con la edad de los pacientes. En las personas mayores de 60 años la HAS se ha convertido en un factor de riesgo importante para la presencia de enfermedades primordialmente cardiológicas y cerebro vasculares.

En Chile según Legetic (2001) <sup>6</sup> en 1998, un 49% del total de muertes se debió a enfermedades cardiovasculares con 22.057 y 17.463 muertes respectivamente. Ya que Los estilos de vida de una población, particularmente los hábitos de alimentación, actividad física y el tabaquismo, junto a otras características sociales y económicas, son los factores condicionantes de mayor importancia en esta nueva epidemia de hipertensión arterial. Estas variables conductuales y sociales, unido a una susceptibilidad genética, son los

---

<sup>4</sup> RUILOPE L, congreso de 'Prevención integral del riesgo cardiovascular. Marzo 15 /2006.

<sup>5</sup> CASTRO V, GÓMEZ DH, NEGRETE SJ, TAPÍA CR. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública de México, 1996;38(6):438-46

<sup>6</sup> LEGETIC B, Consultora de OPS/OMS en Promoción de la Salud y Enfermedades no Transmisibles. Junio 2001.

principales determinantes de la aparición de los factores de riesgo fisiológicos de mayor prevalencia como los es la hipertensión.

Según Departamento de planeación metropolitana (1993)<sup>7</sup>. La hipertensión arterial constituye un problema de salud pública cada vez más relevante debido a la incidencia y prevalencia creciente en los últimos años, se considera que la incidencia en Colombia es de 12.5 por 100.000 habitantes y la prevalencia de es del 18 al 20%, por cada 100.000 habitantes.

Según Barrera, Cerón y Ariza (2000)<sup>8</sup> las enfermedades cardiovasculares han aumentado según se observa en el incremento de las consultas médicas de los funcionarios de la Universidad Surcolombiana, Neiva; esta situación causa graves perjuicios tanto a nivel personal y profesional, pues su padecimiento implica deterioro de la calidad de vida del individuo, aumento del costo para la institución empleadora y para las entidades de salud por incapacidades laborales y altos costos de los tratamientos y controles.

La hipertensión arterial así como las enfermedades cardiovasculares, renales y cerebrovasculares relacionados con ésta, se encuentran entre las diez primeras causas de morbimortalidad en la ciudad de Medellín. Según el anuario estadístico metropolitano de 1993, la HTA ocupa el primer lugar de prevalencia en los individuos mayores de 65 años, y el décimo lugar aquellos con edades entre 15 y 64 años.

---

<sup>7</sup> DEPARTAMENTO de planeación metropolitana, Op.cit., p. 18

<sup>8</sup> BARRERA E, CERÓN N, ARIZA M, Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial, 2000.

En Colombia según Maya (1997)<sup>9</sup> el concepto de calidad de vida se confunde con nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas. Se mide en términos físicos: vivienda, servicios públicos, área construida. Se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, infraconsumo, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias.

El perfil epidemiológico de los estudios en salud, brinda la oportunidad al profesional de Enfermería de estudiar la Calidad de Vida, desde el punto de vista diferente al concepto desarrollado en Colombia, de ahí que surja la necesidad de estudiar la calidad de vida de pacientes crónicos.

Por ser la Hipertensión Arterial una enfermedad crónica que afecta al individuo en todas sus dimensiones, trae consigo el deterioro de su calidad de vida y la supervivencia de la población, por lo que es un reto importante para la salud pública, lo que conlleva a indagar esta en el municipio de Ciénaga debido al alto número de personas registradas en los clubes de hipertensos de las diferentes entidades de salud del municipio

---

9 L. MAYA S. Componentes De La Calidad De Vida En Adultos Mayores 1997.



## 1.6 ANTECEDENTES

Según Cuevas (2003)<sup>10</sup> La actitud del médico ante sus pacientes debe rebasar el mero aspecto científico técnico y alcanzar un abordaje integral bio-psico-social. En esta línea, surgen los esfuerzos para medir la dimensión de calidad de vida, como un instrumento para comprender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes. Este esfuerzo adquiere mayor sentido al afrontar enfermedades crónicas, como es el caso de la hipertensión arterial, con impacto sobre su calidad de vida. Además, la hipertensión arterial es una enfermedad con alta prevalencia en nuestro medio y que consume gran cantidad de recursos en nuestro Sistema Sanitario. Los estudios publicados sobre calidad de vida e hipertensión arterial, indican que a mayor edad, sexo masculino, mayor nivel de estudios y mayor nivel laboral le corresponde unos mejores valores en la percepción de la calidad de vida.

Para Cuevas (2003)<sup>11</sup> se parte de la hipótesis de que a mayor tiempo de evolución, mayor número de fármacos y mayor número de factores de riesgo cardiovascular le corresponde peor calidad de vida, mientras que a mejor nivel de control, y fármacos con menores efectos secundarios le corresponde mejor calidad de vida. Dado que los estudios previamente publicados no han relacionado todas estas variables con la calidad de vida de los pacientes es por lo que nos planteamos los objetivos posteriormente expuestos.

---

<sup>10</sup> CUEVAS, Op. cit., p.19

<sup>11</sup> Ibid.,p.25

En la investigación realizada por Ramírez, López y Gaviria (2006)<sup>12</sup> se destaca la influencia del contexto socio-económico y político en el proceso de salud-enfermedad y el impacto negativo de la reforma en salud en los programas de prevención. Sobresale la valoración que los usuarios hacen de las instituciones barriales y del Programa como escenario de encuentro y refugio ante la soledad y el dolor; y las carencias de redes sociales de apoyo y el débil acompañamiento familiar en el cuidado de los enfermos. Los resultados obtenidos en esta investigación mostraron que:

En el aspecto demográfico se encontró que la mayoría de los usuarios del Programa (83%) eran mujeres y pertenecían al grupo de la tercera edad, con una edad promedio de 61 años y un rango entre 31 y 89 años. El 36.3% de los usuarios del Programa eran personas casadas y viudas, aunque había una presencia alta de personas solteras, 20%, y, en menor proporción, separadas, 8%. En la composición de su grupo predominaba la familia nuclear con 53% (85 usuarios) y pertenecían a una familia extensa el 34% (55 usuarios). Estos datos evidencian un mayor porcentaje en la constitución de hogares con familia nuclear, lo que influye notoriamente en las relaciones interpersonales, los gastos económicos, los riesgos por hacinamiento y el déficit en el cuidado de las personas enfermas.

La población fue caracterizada como de alta dependencia económica, ya que el 85% correspondían al estrato socio-económico bajo, en el que el ingreso mensual promedio era inferior a un salario mínimo. De este porcentaje, el 70%

---

<sup>12</sup> RAMIREZ Marta, LÓPEZ Maria, GAVIRIA Dora Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un Programa de hipertensión arterial. Medellín. Vol.24,No.1 ( Mar.2006)

eran amas de casa, 10% se encontraban desempleados, los demás, 5%, estaban subempleados o jubilados. El 19% de las personas ingería tranquilizantes; estos medicamentos son utilizados por grupos de edad avanzada casos para combatir el insomnio, la depresión, y como ayuda para elaborar los duelos por pérdidas o en sentimientos de soledad y ansiedad. El 70% de los usuarios refiere que en los últimos seis meses ha padecido insomnio, que afecta las horas de descanso y reparación.

Entre las variables epidemiológicas singulares se incluyeron aquellas que se refieren al perfil psicosocial sobre las percepciones y sentimientos de los usuarios frente a algunos componentes de vida y bienestar. Teniendo presente que el grupo está constituido por personas mayores, es notorio que el 62% siempre se han sentido útiles y necesarios, el 16% casi siempre. Así, del total de los usuarios, 63% encontraban agradable vivir y 53% tenían aún confianza en el futuro.

Además, 65% de los usuarios disfrutaban de sus actividades, pero el 63% nunca o casi nunca realizaban actividades recreativas. Al analizar esta información se identificó la expresión de las condiciones y los procesos determinantes del contexto ante los problemas económicos, políticos y sociales; los usuarios tenían sentimientos de intranquilidad y ansiedad, lo que influía negativamente en su salud física y mental; aunque también dentro del grupo se hallaron procesos protectores relacionados con la autonomía y la seguridad personales, que les ayudaban a potencializar otras esferas del desarrollo.

Por otra parte Molerio y García (2004)<sup>13</sup> realizó un estudio exploratorio - descriptivo y establecieron comparaciones entre un grupo de 25 sujetos normotensos y uno de 25 pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) para evaluar el estrés y el funcionamiento emocional en el segundo grupo. Se halló un predominio en los pacientes hipertensos de vivencias negativas que son experimentadas intensamente y altos niveles de vulnerabilidad al estrés; así como un predominio de moderada depresión y niveles de ansiedad rasgo y estado que oscilan entre medio y alto que distinguen a los pacientes con hipertensión arterial esencial del grupo de sujetos normotensos. Se ofrecieron recomendaciones referidas a la necesidad de una atención integral de estos pacientes.

Según Jarillo y Cols (1990)<sup>14</sup> el concepto de calidad de vida (CV), empieza a aparecer en la literatura coincidiendo con el resurgimiento económico del presente siglo. En el vocabulario americano surge el término calidad de vida, tras la Segunda Guerra Mundial, asociado al mensaje de que la buena vida es algo más que la mera abundancia material o lo que es lo mismo, que el buen vivir no es sólo el bienestar económico y material, sino también el bienestar psicológico entendido como la consecución de satisfacción y/ofelicidad persona.

La OMS en 1947 definió la Salud del siguiente modo: *“Salud no es sólo la ausencia de enfermedad y dolencias sino también un estado de bienestar físico, mental y socia.*

---

<sup>13</sup> MOLERIO Osana, GARCIA Georgina. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial la Habana Rev. Cubana. Med V.43 n.2-3( abr.-jun. 2004)

<sup>14</sup> JARILLO M, MORENO F, RODRIGUEZ J., LAZARO P; Calidad de Vida e hipertensión arterial, 1990.

## 1.7 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Los conceptos principales para esta investigación son los siguientes:

### • **Calidad De Vida:**

Para este estudio se toma el concepto propuesto en el modelo de calidad de vida aplicado por Ferrell y Cols (1996)<sup>15</sup>, quienes aceptan la calidad de vida, como una evaluación subjetiva de los atributos bien sea positivos o negativos que caracterizan la propia vida y que consta de cuatro dimensiones que incluyen: (1) bienestar físico, (2) bienestar psicológico, (3) bienestar social y (4) bienestar espiritual.

### • **Bienestar físico:**

Según Ferrell y Cols (1996)<sup>16</sup> Es el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia. (Incluye la funcional, la salud física en general y los síntomas).

### • **Bienestar psicológico:**

Según Ferrell y Cols (1996)<sup>17</sup> Es la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida caracterizada por un problema emocional, una alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que cambios positivos en la vida (Incorpora la sensación de control, la depresión, el temor y la felicidad).

---

<sup>15</sup> FERRELL B, y cols. La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer, V 23, N° 6. . (Julio 1996)

<sup>16</sup> Ibid., p.29

<sup>17</sup> Ibid., p.29

🌐 **Bienestar social:**

Según Ferrell y Cols (1996)<sup>18</sup> brinda una forma de ver no sólo la enfermedad o sus síntomas, sino también, a la persona que rodea la patología; es el medio por el que reconocemos al paciente con la enfermedad, sus relaciones y sus roles (Se enfoca en los componentes de interrelación de la calidad de vida, incluidos los distreses familiares, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual).

🌐 **Bienestar espiritual:**

Según Ferrell y Cols (1996)<sup>19</sup> es la habilidad para mantener la esperanza y obtener significado de la experiencia de la enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre. (Incorpora los temas de significado y propósito de la vida, la esperanza, la incertidumbre y la trascendencia).

🌐 **Persona con hipertensión arterial:**

Adulto con diagnóstico de Hipertensión Arterial, que pertenecen al club de hipertensos del puesto de salud Marceliano Bruges.

---

<sup>18</sup> Ibid., p.29

<sup>19</sup> Ibid., p.29

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 ENFERMEDAD CRÓNICA

Para Martí y Canut (1991)<sup>20</sup>, a lo largo de la historia, y hasta los años 70 de este siglo las enfermedades infectocontagiosas han sido las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso.

Alvear, Bes y Sánchez (1996)<sup>21</sup>, expresan que en este cambio se marcan diferencia entre los países desarrollados y los países subdesarrollados. En los países desarrollados se produce una gran prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, pasando las enfermedades infecciosas a un nivel menor. En los países subdesarrollados las enfermedades infecciosas siguen manteniendo su importancia (25% de su mortalidad). Las enfermedades circulatorias y los tumores son 3 veces menos frecuentes que en los países industrializados.

En España se sigue la tendencia de los países desarrollados, comprobando que las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> MARTÍ N, G; CANUT L, M.T.: Enfermería psico-social. Serie Manuales de Enfermería. Salvat Editores S.A.( Barcelona 1991.)

<sup>21</sup> ALVEAR M, L.; BES G, C.; SÁNCHEZ A.: Salud pública y enfermería comunitaria. Volumen I. Mc Graw-Hill-interamericana. ( Madrid 1996).

<sup>22</sup> Ibid., p.31

Según las bases de datos sobre recursos asistenciales (1998)<sup>23</sup>, La enfermedad crónica se define como un " proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible".

Para López y López (1997)<sup>24</sup>, otra definición de enfermedad crónica sería "trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo".

Poveda (2008)<sup>25</sup>, en Cuidados a pacientes crónicos, afirma que la enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada comporta una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso alto grado de incapacitación. Sin embargo en la mayoría de estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen auto cuidado se puede tener una autonomía cotidiana plena. Estas personas pueden tener una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les considere, como enfermos.

Poveda (2008)<sup>26</sup>, propone la utilización del término "salud diferenciada". La salud diferenciada es un reto que supone un cambio de actitud para que el paciente crónico llegue a lograr una vida normal. Hay que considerar que más que un enfermo, es una persona que tiene una salud diferente. Después de incorporar algunos cambios en su vida cotidiana solo 2 cosas le diferencian de los no enfermos:

1. La auto-observación de sus síntomas.
2. Los controles médicos periódicos.

---

<sup>23</sup> BASES de datos sobre recursos asistenciales, Normativos y de investigación. Jano, Medicina y humanidades. Extra Ediciones Doyma. (abril 1998).

<sup>24</sup> LÓPEZ C; LÓPEZ P; Enfermería Comunitaria. Educación Sanitaria. Masson S.A. 1997.

<sup>25</sup> POVEDA R. Cuidados a pacientes crónicos.2008. Disponible en [aniorte\\_nic@wanadoo.es](mailto:aniorte_nic@wanadoo.es)

<sup>26</sup> Ibip, p.32



Según Poveda (2008)<sup>27</sup>, El paciente tiene que realizar un proceso de adaptación a su enfermedad crónica de modo que haya logrado el máximo de su autonomía posible para su nueva situación. El proceso de adaptación se puede realizar con intervención profesional o sin ella; con amplio apoyo familiar o sin él. Lo deseable es que sea un proceso planificado y con apoyo técnico.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Para Gil, Calero y Domínguez (1994)<sup>28</sup> existe unas características comunes en las enfermedades crónicas:

- **Padecimiento Incurable:** permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas.
- **Multicausalidad o plurietiología:** están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, etc.
- **Multiefectividad:** un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud. Por ejemplo, el tabaco puede producir cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular.

---

<sup>27</sup> Ibip, p.32

<sup>28</sup> GIL P, G.; CALERO R, J.; DOMÍNGUEZ C, M.: Medicina Preventiva y Salud Pública. 1994.

- **No Contagiosas:** no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.
- **Incapacidad Residual:** dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.
- **Rehabilitación:** requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y una estrecha colaboración y supervisión del equipo de cuidados.
- **Importancia Social:** determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.
- **Prevenibles:** tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz.
- **Sentimientos de pérdida:** se generan en el paciente respecto a su vida anterior.

## 2.3 EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Según Armario y Cols (2005)<sup>29</sup> la evaluación clínica de un paciente al que se le detectan por primera vez cifras elevadas de PA engloba todos los principios de la práctica médica correcta y se basa en una completa historia clínica, el examen físico y en la utilización razonada de las pruebas de laboratorio apropiadas.

En la mayoría de los casos ello debe realizarse en un ambiente ambulatorio y sin el uso de fármacos. Excepto en los casos de HTA grave o ante la presencia de complicaciones cardiovasculares evidentes, no debe instaurarse el tratamiento hasta que se haya completado dicha evaluación. En los pacientes con grados ligeros de HTA la sucesión de visitas médicas puede servir igualmente para establecer la persistencia o la labilidad de la HTA, mientras que para aquellos pacientes que ya reciben tratamiento debe valorarse la modificación del mismo, especialmente si éste es inefectivo. La evaluación inicial de todo paciente hipertenso debe perseguir cinco objetivos:

- 1) Establecer si la HTA es o no persistente y si el paciente va a beneficiarse del tratamiento.
- 2) Detectar la coexistencia de otras enfermedades.
- 3) Identificar la existencia o no de afección orgánica.
- 4) Detectar la coexistencia de otros factores de riesgo vascular.
- 5) Descartar la existencia de causas curables de HTA.

---

<sup>29</sup> ARMARIO P, BANEGAS J, CAMPOS C, DE LA SIERRA A., GOROSTIDIS M., HERNANDEZ R.; Guía Española de Hipertensión Arterial, 2.005.

### 2.3.1 La Historia Clínica

De igual manera para Armario y Cols (2005)<sup>30</sup>, plantea que el médico debe registrar la duración del proceso hipertensivo, las circunstancias de su descubrimiento y los valores máximos de PA alcanzados. Asimismo, debe efectuarse un análisis exhaustivo de los tratamientos antihipertensivos utilizados con anterioridad, de su eficacia y de la posible existencia de reacciones de hipersensibilidad, o de efectos secundarios desarrollados ante alguno de ellos.

A si mismo Armario y Cols (2005)<sup>31</sup> resaltan la importancia de averiguar el consumo por el paciente de otros tipos de fármacos que puedan agravar las cifras de PA o interferir con los medicamentos antihipertensivos. Así, debe interrogarse específicamente sobre el consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINE), corticosteroides, anticonceptivos hormonales, antidepresivos, descongestionantes nasales, eritropoyetina, ciclosporina, o cremas y pomadas con composición mineralcorticoide. Igualmente, el consumo de regaliz o la utilización de alguna otra sustancia de abuso como la cocaína o las conocidas como “drogas de diseño”, compuesta por derivados anfetamínicos que pueden provocar aumentos de la PA. En segundo lugar debe realizarse una anamnesis dirigida de los principales sistemas que puedan ser diana del daño ocasionado por las cifras elevadas de PA.

A la vez Armario y Cols (2005)<sup>32</sup> afirman que la cefalea puede resultar un síntoma neurológico de la HTA, aunque no está probado que los pacientes hipertensos sufran más frecuentemente de cefaleas que los normotensos.

---

<sup>30</sup> Ibid., p.35

<sup>31</sup> Ibid., p.35

<sup>32</sup> Ibid., p.35

Clásicamente, la cefalea del paciente hipertenso acostumbra a ser occipital, pulsátil y predominantemente matutina, aunque muchos pacientes aquejan cefalea bitemporal no pulsátil, más bien opresiva y que se desarrolla a lo largo de la jornada. Esta cefalea de tipo tensional es posiblemente independiente de la HTA y es igualmente frecuente entre hipertensos y normotensos. En general, no hay correlación entre la existencia de cefalea y las cifras de PA.

Según Armario y Cols (2005)<sup>33</sup> la HTA es la principal causa de accidentes vasculares cerebrales, por lo que en la historia clínica debe siempre reflejarse la posibilidad de que se hayan presentado algunos de estos eventos, especialmente ataques repetidos de isquemia cerebral transitoria en forma de déficits focales temporales motores o sensitivos.

Para Armario y Cols (2005)<sup>34</sup> en la HTA no complicada no existen generalmente síntomas de afección del sistema cardiovascular. La fatigabilidad, las palpitaciones y los grados leves de disnea de esfuerzo son relativamente frecuentes entre los pacientes hipertensos. Algunos hipertensos jóvenes que poseen característicamente una taquicardia con aumento del gasto cardíaco pueden presentar sensación de palpitaciones. Igualmente es de suma importancia el interrogatorio de posibles alteraciones en el aparato cardiovascular que se hayan podido desarrollar como complicación de la HTA. En este sentido, es preceptivo investigar la existencia de posibles dolores de origen coronario, disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna o edemas maleolares que puedan sugerir la existencia de una insuficiencia cardíaca congestiva, así como historia de claudicación intermitente que sugiera la existencia de una arteriopatía periférica subyacente.

---

<sup>33</sup> Ibid., p.35

<sup>34</sup> Ibid., p.35

A la vez Armario y Cols (2005)<sup>35</sup> afirma sobre la importancia de una correcta recogida al momento de realizar la anamnesis general del paciente hipertenso sobre su historia nefrológica. La existencia previa de proteinuria, hematuria, infecciones urinarias, cólicos nefríticos de repetición, o la historia de poliuria y nicturia pueden sugerir un origen renal de la HTA. Un inicio relativamente agudo de la HTA en personas jóvenes o mayores de 55 años, o la existencia de un traumatismo renal previo pueden orientar hacia un origen vasculorrenal de la HTA.

A si mismo Armario y Cols (2005)<sup>36</sup> refieren que en la historia clínica del hipertenso debe incluirse una primera aproximación al despistaje de las causas secundarias de HTA. El diagnóstico de HTA esencial debe establecerse por exclusión de las otras causas. Si bien más del 90% de los pacientes hipertensos se hallan afectados de una HTA esencial o primaria, la identificación de las posibles causas secundarias es importante, puesto que la mayoría de ellas son curables.

Más adelante en este capítulo Armario y Cols (2005)<sup>37</sup> revisan las principales formas de HTA secundaria y los principales métodos de despistaje diagnóstico. No debe descuidarse la historia familiar del paciente hipertenso. Es evidente que la HTA esencial tiene una base hereditaria, pero algunas de las causas secundarias de HTA pueden también intuirse cuando existe una historia familiar sugestiva. En este sentido, cabe destacar la enfermedad poliquística renal, la displasia fibromuscular de la arteria renal, la neurofibromatosis múltiple que se asocia al feocromocitoma, el carcinoma medular de tiroides con o sin hiperparatiroidismo (síndrome de Sipple), o los defectos enzimáticos

---

<sup>35</sup> Ibid., p.35

<sup>36</sup> Ibid., p.35

<sup>37</sup> Ibid., p.35

hereditarios adrenales o gonadales que se asocian a la excesiva producción de mineral corticoides.

Para Armario y Cols (2005)<sup>38</sup> en todos estos casos la HTA tiene una base familiar. La historia familiares también importantes para la detección de otros factores de riesgo asociados que pueden tener una base hereditaria, tales como la diabetes o la hipercolesterolemia. Es igualmente importante el antecedente de la existencia de manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular en otros miembros de la familia, especialmente si dichas manifestaciones se han producido precozmente (antes de los 55 años en los varones y antes de los 65 en las mujeres). No hay que olvidar que la herencia es un factor de riesgo que, aunque no modificable, es tanto o más importante que el resto. Una historia familiar positiva de accidentes cardiovasculares en edades tempranas de la vida puede modificar o acelerar la toma de una decisión terapéutica.

Finalmente Armario y Cols (2005)<sup>39</sup> afirman que en la anamnesis deben incluirse datos sobre el estilo de vida del paciente que indiquen la existencia de otros factores de riesgo asociados. Así, el tipo de dieta, el ejercicio físico habitual y el consumo de tabaco o de alcohol son factores que influyen sobre el control de la presión arterial y además son factores de riesgo asociados susceptibles de ser modificados en un enfoque terapéutico integral.

---

<sup>38</sup> Ibid., p.35

<sup>39</sup> Ibid., p.35

### 2.3.2 El Examen Físico

Armario y Cols (2005)<sup>40</sup> describen los diferentes parámetros que se deben tener en cuenta en la realización del examen físico:

- **Medida de la presión arterial, peso, talla y perímetros.**

La forma correcta, así como los instrumentos para la medida y monitorización de la PA se han descrito en el capítulo precedente. Por su parte, la medida del peso y la talla y el cálculo del IMC son importantes de cara a adoptar actitudes de reducción del sobrepeso en los pacientes que lo requieran. Recientemente se ha dado una mayor importancia a la obesidad abdominal, como factor independiente de riesgo cardiovascular y componente del síndrome metabólico. Existen dos formas para determinar la presencia de obesidad abdominal.

La más empleada y sencilla es la determinación del perímetro de la cintura, medido a nivel del ombligo. Los valores de normalidad se sitúan por debajo de 102 cm en los varones y de 88 cm en las mujeres. Otra forma de determinar la existencia de una posible obesidad abdominal es el índice cintura/cadera mediante el cociente de los perímetros abdominales medidos a nivel del ombligo (cintura) y de las crestas ilíacas (cadera). Los valores de normalidad son un índice inferior a 0,9 en los varones y a 0,8 en las mujeres.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> *Ibid.*, p.35

<sup>41</sup> *Ibid.*, p.35



## ● Inspección general

En la mayoría de los pacientes afectados de HTA esencial no complicada, la inspección general no revelará ningún signo característico que lo diferencie de una persona sana con PA normal. No obstante, algunos signos físicos sugestivos de HTA secundaria pueden ponerse de manifiesto en la inspección general. Así, el síndrome de Cushing puede sospecharse cuando se detecta alguno de los siguientes signos: obesidad, troncular y facies de luna llena, extremidades hipotróficas, atrofia cutánea, equimosis espontáneas y estrías abdominales características. Otras enfermedades endocrinas capaces de producir HTA como el hipotiroidismo o la acromegalia también pueden ser descubiertas en el examen físico.<sup>42</sup>

La presencia de neurofibromas múltiples o manchas cutáneas hiperpigmentadas “café con leche” sugieren una base familiar de un feocromocitoma asociado a la neurofibromatosis múltiple, y la presencia de neuromas mucosos y hábito marfanoide son característicos del síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo IIb asociado también al feocromocitoma.<sup>43</sup>

## ● Exploración del corazón

Uno de los primeros signos físicos que pueden observarse es el aumento en la intensidad del latido de la punta. Este signo es especialmente aparente en hipertensos jóvenes con una circulación hiperdinámica y aumento del gasto cardíaco. Si el latido está desplazado hacia la izquierda o es prolongado puede reflejar una hipertrofia subyacente del ventrículo izquierdo.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Ibid., p.35

<sup>43</sup> Ibid., p.35

<sup>44</sup> Ibid., p.35

En la HTA grave puede auscultarse un segundo ruido aórtico acentuado acompañado de un soplo de regurgitación aórtica. Asimismo, la contracción de un ventrículo hipertrófico puede dar lugar a un soplo eyectivo audible en el foco aórtico. Finalmente, en individuos jóvenes la existencia de un soplo en la zona mesocárdica irradiado a la región interescapular debe hacer sospechar la existencia de una coartación de aorta.<sup>45</sup>

### ● Exploración del sistema vascular

Los pacientes hipertensos son especialmente sensibles a presentar problemas oclusivos vasculares tanto centrales como periféricos. Por dicho motivo la auscultación de los territorios vasculares carotídeos, aórticos, renales y femorales es de suma importancia. En casos seleccionados, la medida mediante ecodoppler de la PA en el tobillo y el cálculo del índice tobillo/brazo puede ayudar al diagnóstico de una arteriopatía periférica. Valores inferiores a 0,9 se consideran como propios de isquemia arterial y tienen una excelente correlación con patología vascular a otros niveles.<sup>46</sup>

La presencia de soplos a nivel lumbar o en epigastrio es altamente sugestiva de estenosis de las arterias renales, que pueden constituir la causa de la HTA, mientras que la presencia de soplos en los otros territorios vasculares indican la existencia de lesiones estenosantes a nivel de las arterias en cuestión.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Ibid., p.35

<sup>46</sup> Ibid., p.35

<sup>47</sup> Ibid., p.35

## • Exploración del abdomen

Debe procederse a la palpación y auscultación cuidadosa de la aorta abdominal y de los flancos. En ocasiones puede detectarse una masa pulsátil abdominal como consecuencia de un aneurisma aórtico. Como ya se ha dicho, la auscultación de soplos en flancos es altamente sugestiva de una estenosis de la arteria renal, mientras que la existencia de masas palpables a dicho nivel puede indicar la existencia de riñones poliquísticos, hidronefrosis, tumores renales o, más difícilmente, un feocromocitoma de gran tamaño.<sup>48</sup>

## • Exploración neurológica

Debe realizarse un examen neurológico completo con vistas a detectar trastornos focales motores o sensitivos, aunque en estos casos es habitual encontrar datos positivos en la anamnesis del paciente.<sup>49</sup>

## • Examen del fondo de ojo

Ha sido recomendado durante muchos años como una exploración rutinaria y esencial en la evaluación del paciente hipertenso. Las alteraciones funduscópicas en la HTA se clasifican en 4 grados según los criterios de Keith-Wagener. No obstante, la mayoría de los pacientes hipertensos presentan grados 1 y 2 (cambios arteriolares), aunque sin evidencia de que dichos cambios tengan una importancia pronóstica. Por el contrario, la presencia de

---

<sup>48</sup> Ibid., p.35

<sup>49</sup> Ibid., p.35

alteraciones de grado (hemorragias o exudados) y grado 4 (edema de papila) son marcadores de HTA grave complicada.<sup>50</sup>

Las recomendaciones actuales de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología sólo recomiendan la práctica sistemática del fondo de ojo en los casos de HTA grave o sospecha de HTA acelerada.<sup>51</sup>

### ● Exploraciones complementarias

Las recomendaciones actuales de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología recomiendan la práctica sistemática, siempre que sea posible, de las exploraciones encaminadas a evaluar la coexistencia de otros factores de riesgo y de lesión de órgano diana. A ello deberá añadirse en muchos casos el despistaje de HTA secundaria.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Ibid., p.35

<sup>51</sup> Ibid., p.35

<sup>52</sup> Ibid., p.35

## 2.4 CALIDAD DE VIDA

Ferrell (2006)<sup>53</sup> autora del instrumento utilizado en la presente investigación, es una científica investigadora del centro médico nacional de la Esperanza en Duarte, Nessa Coyle CA, directora del programa de apoyo del cuidado en el Cáncer Center Memorial de Sloan-Kettering, New York City, quien expresa que definir la calidad de vida (QOL) no es fácil, por ser un parámetro subjetivo, situación que complica tratar de objetivizar algo tan personal y tan diferente en cada individuo; no obstante, de manera simplista, podríamos decir que calidad de vida (QOL) es sencillamente la resultante de los síntomas físicos y psicológicos que la enfermedad y el manejo de la misma producen en un individuo.

Para Torreblanca (1998)<sup>54</sup> la calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS <sup>55</sup>, la calidad de vida 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, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de

---

<sup>53</sup> BORNACELLY L. GÓMEZ E. Calidad de Vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en terapia de Hemodiálisis, 2006.

<sup>54</sup> TORREBLANCA, RF, SÁNCHEZ, CL, MARTÍNEZ, BM, BARRÓN, R Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública de México 1998; pág. 40.

<sup>55</sup> ORGANIZACIÓN Mundial de la salud. 2005. Disponible en. [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com).

independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Kaplan (1998)<sup>56</sup>, expresa en su investigación que en la ciudad de México se realizó un estudio donde se estudiaron 150 adultos hipertensos en un primer nivel de atención mediante un ensayo clínico aleatorizado a dos grupos. El grupo experimental fue objeto de una intervención educativa sobre hipertensión y la repercusión del estilo de vida en el control de tal enfermedad. El grupo testigo no recibió intervención. En ambos grupos se determinó la calidad de vida mediante una escala análoga visual, antes y seis meses después de la intervención educativa. Los resultados fueron un grado de mejoría, en relación con la fuerza física y el estado anímico, difirió entre grupos en las áreas correspondientes a la capacidad de pensamiento, la convivencia social-familiar, la percepción de calidad de vida y el funcionamiento sexual, sólo el grupo experimental mostró cambios, por lo tanto los investigadores concluyen que la intervención educativa es efectiva para modificar la calidad de vida del paciente hipertenso.

El concepto Calidad de Vida tiene un componente objetivo, determinado por las condiciones socioeconómicas, y un componente subjetivo que es la autopercepción del bienestar individual. La psicoeducación ofrece recursos para mejorar la calidad de vida de las personas modificando la percepción y el afrontamiento de las condiciones externas.

Para Galli (2004)<sup>57</sup> en un estudio realizado, investigó si la calidad de vida subjetiva se relaciona con los niveles de calidad de vida objetiva en tres

---

<sup>56</sup> KAPLAN N: Manejo de la hipertensión. Manual del manejo de la hipertensión. Dallas Texas. 4ª edición. Editorial Emis. 1998

<sup>57</sup> GALLI D. Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo; 2004.

ciudades de la República Argentina. Objetivos: determinar el nivel de calidad de vida objetiva y examinar diferencias individuales de autopercepción de calidad de vida en Capital Federal y las ciudades de Balcarce y Lincoln. Muestra: probabilística, 398 adultos (200 hombres y 198 mujeres). Métodos: a) relevamiento de indicadores sociodemográficos b) administración del test Índice de Calidad de Vida (QLI-Sp). Resultados: los parámetros de calidad de vida objetiva no son determinantes en la autopercepción de bienestar individual.

## **2.4.1 LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD**

Según Jarillo y Cols (1985)<sup>58</sup>, la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud. Schipper y Levitt, consideran que lo que más ha hecho avanzar, en la búsqueda y valoración de la Calidad de Vida, de los ensayos clínicos, es el reconocimiento creciente de la importancia de este concepto.

A la vez Jarillo y Cols (1985)<sup>59</sup>, refieren que la sociedad en general y la medicina en particular, ya han reconocido la trascendencia de la valoración de la calidad de vida. Progresivamente, un mayor número de estudios incorpora métodos para la medida de la Calidad de Vida y en ocasiones para justificar o soportar una decisión terapéutica que debe ser tomada. Sin embargo, es necesario utilizar y considerar indicadores de, Calidad de Vida al comparar por ejemplo, fármacos que reporten idénticas supervivencias, o aquellas situaciones donde el tiempo de supervivencia, no sea el objetivo, sino que se intente además conseguir que esa supervivencia, sea lo más confortable posible. El concepto de calidad de vida, dentro del campo médico, ha sufrido

---

<sup>58</sup> JARILLO M, MORENO F, RODRIGUEZ J., LAZARO P; .Op.cit.,p.28

<sup>59</sup> Ibid., p.47

igualmente un gran avance en los últimos años y supone que actualmente podemos disponer de un instrumento más, para apoyar o no un determinado tratamiento.

Para Jarillo y Cols (1990)<sup>60</sup>, dentro del concepto de Calidad de Vida, se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas. Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado por Hornsquist, en su concepto de calidad de vida. Este autor, establece un concepto de calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento.

Hornsquist (1985)<sup>61</sup> define las áreas que engloban el concepto de calidad de vida e indica los siguientes aspectos o dimensiones que conforman la estructura de la Calidad de Vida:

- Físico
- Psicológico
- Social
- Actividades
- Material
- Estructural

Esta estructuración de la Calidad de Vida, es probablemente la más completa de las realizadas hasta la fecha. La mayoría de los estudios sobre calidad de

---

<sup>60</sup> Ibid ., p.47

<sup>61</sup> HORNSQUIST J. El concepto de calidad de vida. Sociedad Médica. 1985.



vida recogen indicadores del estado y actividad físicos, estado psíquico, relaciones sociales y actividades de la vida cotidiana.

Para Hornquist (1985)<sup>62</sup> El área material se incluye en pocos estudios, sin embargo, la repercusión de la enfermedad en éste área, puede ser bastante importante, dado que con frecuencia los enfermos crónicos se ven obligados a dejar el trabajo. Por otro lado, el tratamiento conlleva gastos que contribuyen a debilitar la economía del paciente o de su familia.

Jarillo y Cols (1990)<sup>63</sup> postula que además de la diversidad de las dimensiones postuladas para evaluar la Calidad de Vida, es necesario señalar que incluso cada área, puede ser interpretada de distinta manera en diversos estudios; así la dimensión física se refiere en unos casos a quejas o dolores y en otros hace referencia a la movilidad. No obstante, a pesar de la diversidad, existe consenso en el sentido de que las dimensiones postuladas por Hornquist, caracterizan de modo bastante completo el significado conceptual de calidad de vida

Según Jarillo y Cols (1990)<sup>64</sup> refieren que otros autores añadirían una séptima dimensión denominada profunda, que estimaría los aspectos más individuales y subjetivos de la vida de una persona. Con esta dimensión se pretende reconocer el carácter individual de la Calidad de Vida, se trata de la calidad de vida de una persona concreta con su propia filosofía y sus propios intereses y ambiciones.

---

<sup>62</sup> Ibid.,p.48

<sup>63</sup> JARILLO M, MORENO F, RODRIGUEZ J., LAZARO P. Op.cit. p.28

<sup>64</sup> Ibid.p.49.

Para Jarillo y Cols (1990)<sup>65</sup> el reconocimiento de este carácter individual y subjetivo, tiene una importancia trascendental a la hora de evaluar Calidad de Vida: ¿puede una persona ajena al propio paciente, como puede ser su médico, conocer realmente su calidad de vida, sí por definición conlleva un peso subjetivo fundamental? Más aún, cada persona atribuye a cada área un valor distinto, por lo que no sería lógico calcular una estimación global de la calidad de vida de un sujeto, como la simple adición de puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas, dado que el peso de cada una de ellas es distinto en los distintos individuos.

Jarillo y Cols (1990)<sup>66</sup> comenta que un índice global de calidad de vida calculada de esta forma, estaría ocultando el impacto diferencial de la enfermedad y su tratamiento, en cada individuo. En los últimos años se está produciendo un incremento en la utilización de los indicadores de Calidad de Vida en todas las áreas médicas. Este auge, en utilizar métodos de valoración de la calidad de vida en enfermedades crónicas, se debe a la creciente importancia social, que se le atribuye en los países desarrollados. A este nuevo concepto de Calidad de Vida, así como al hecho reciente de poder disponer de cuestionarios indicadores de esa calidad de vida más breves, más fáciles de comprender y de aplicar; y de más elevada validez y fiabilidad, podemos atribuir parte del auge en dicha disciplina en los últimos años. También ha representado un papel importante, el impacto que ha generado la publicación de varios ensayos clínicos y estudios epidemiológicos en los que se ha demostrado que estos indicadores son altamente sensibles a los cambios clínicos relevante.

---

<sup>65</sup> Ibid., p.49

<sup>66</sup> Ibid., p.49

Jarillo y Cols (1990)<sup>67</sup> estudia La Calidad de Vida relacionada con la salud desde distintos niveles de complejidad. En este sentido, las distintas medidas de calidad de vida, relacionadas con la salud, son parte de un espectro continuo de progresiva complejidad a medida que se suman interacciones de factores biológicos sociales y psicológicos. Así, en un extremo se sitúa la medida de parámetros exclusivamente biológicos, por ejemplo cifras de albúmina o nivel de hematocrito, y en el extremo opuesto, se sitúan los indicadores de calidad de vida más complejos e integrados: funcionalismo físico y percepción sobre la enfermedad. Estos últimos indicadores del nivel de integración mayor y más complejos, son los que conforman la calidad de vida del paciente crónico.

Para Jarillo y Cols (1990)<sup>68</sup> definir la calidad de vida en el momento actual es, por tanto, un reto difícil de afrontar debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de población en él existentes. Por ejemplo, la valoración de la calidad de vida de los países del tercer mundo, comparados con el mundo occidental, con referencia a la enfermedad, ó la propia incidencia de la enfermedad hipertensiva entre diferentes razas y ubicación geográfica.

De igual manera Jarillo y Cols (1985)<sup>69</sup> tienen en cuenta algunas variables, que la pueden modificar. En este caso se encuentran la relación entre calidad de vida y sexo, raza, edad, estado físico, enfermedad, ó situación socioeconómica, demográfica y psicológica entre otras. Con lo que podemos llegar a la conclusión de que su definición no es tan fácil como en principio pudiera parecer. La, calidad de vida está además, condicionada por factores externos a la persona y algunos de ellos no son modificables. En el caso del

---

<sup>67</sup> Ibid., p.49

<sup>68</sup> Ibid., p.49

<sup>69</sup> Ibid., p.49

sexo femenino se trata de una de las variables que presenta una persistente correlación negativa con la calidad de vida tanto de personas sanas como enfermas.

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

#### **2.4.2 CALIDAD DE VIDA E HIPERTENSION ARTERIAL**

Cuevas (2004)<sup>70</sup> expresa que el paciente hipertenso suele ser asintomático y tener poca percepción de su enfermedad. Al ser puesto en tratamiento, no sólo es consciente de su enfermedad sino que puede presentar síntomas atribuibles a la terapéutica antihipertensiva. Esto puede explicar el fenómeno del abandono del tratamiento, al percibir que una condición asintomática, aunque de elevado riesgo, se transforma en una situación que le produce molestias subjetivas que le reduce la calidad de vida.

Para Cuevas (2004)<sup>71</sup>, la calidad de vida es un concepto difícil de definir. Para valorarlo hay que tener en cuenta múltiples aspectos de la vida del paciente. Integra, en un concepto amplio, las capacidades y limitaciones, los síntomas y las características psicosociales, que permiten a un individuo realizar una

---

<sup>70</sup> CUEVAS., Op.cit.,p.19,

<sup>71</sup> Ibid., p.52

serie de funciones satisfactorias para él mismo. No es suficiente para medirla la utilización de criterios clínicos del efecto de la terapéutica sobre las cifras tensionales y las complicaciones de la hipertensión arterial, sino también la percepción del propio paciente sobre el impacto que el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad han tenido sobre sus actividades diarias y su grado de bienestar en el trabajo y en el ocio, en sus relaciones familiares y con otros miembros de la comunidad.

Para Cuevas (2004)<sup>72</sup> en el campo de medición de la calidad de vida en los pacientes hipertensos es imprescindible citar el estudio ya clásico de Croog et al, en el que midieron la repercusión sobre la calidad de vida de tres fármacos antihipertensivos (captopril, metildopa y propanolol), mediante un ensayo clínico multicéntrico a doble ciego con 626 sujetos, en la que evaluaron la calidad de vida en cinco áreas: sensación de bienestar y satisfacción personal, estado físico, estado emocional, función intelectual y habilidad para las relaciones sociales y grado de satisfacción derivado de éstas. Concluyeron que los agentes antihipertensivos tenían diferentes efectos sobre la calidad de vida y que estas pueden ser cuantificadas con medidores psicosociales.

Otro antecedente de importancia fue el desarrollado por Stewart et al (1989)<sup>73</sup> en donde evaluaron el grado de actividad y sensación de bienestar de 9385 adultos, enfermos de nueve patologías crónicas, en las visitas a 362 médicos de tres ciudades de Estados Unidos, usando cuestionarios cumplimentados por pacientes y médicos. El estudio mostró importantes diferencias de percepción de los aspectos evaluados de calidad de vida entre los pacientes y los médicos, siendo la hipertensión arterial la patología con menor impacto.

---

<sup>72</sup> Ibid., p.52

<sup>73</sup> STEWART AL, GREENFIELD S, HAYS RD, et al. Functional Status and Well-being of Patients With Chronic Conditions. 1989; p.907-913.

A los pacientes se les administró un cuestionario de 20 ítems que valoraba el funcionamiento físico, para actividades de la vida diaria, social y sensación de bienestar de salud mental percepción de salud y dolor corporal.

### **2.4.3 INTERRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA É HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Para Jarillo y Cols (1990) <sup>74</sup> El impacto que la calidad de vida tiene en nuestro comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas, que deben ser cuantificadas cuando relacionamos éstas con la salud ó enfermedad, en este caso la Hipertensión Arterial.

Jarillo y Cols (1990) <sup>75</sup> afirman que existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si se considera una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medicación; siendo más marcado cuando hablamos de personas enfermas crónicas, sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre con el paciente hipertenso. Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión asintomática, como la hipertensión ligera ó en estadio inicial, la percepción del paciente a su avance ó a los beneficios del control de la misma, pueden ser muy subjetivas. Esta subjetividad no evita la relación lineal existente entre las cifras de presión arterial y el riesgo de muerte por desarrollo de enfermedad cardiovascular, por ejemplo, como ha sido claramente establecido. En este sentido la persona enferma que no presenta síntomas, desconoce el riesgo al que se somete en el caso de no ser diagnosticado y tratado; inclusive en algunas de estas

---

<sup>74</sup> JARILLO M, MORENO F, RODRIGUEZ J., LAZARO P, Op.cit., p.28

<sup>75</sup> Ibid., p. 54

ocasiones no parece consciente de la importancia de su enfermedad, dado que subjetivamente se encuentra bien.

Para Jarillo y Cols (1990)<sup>76</sup> consideran la HTA inicialmente como una enfermedad menor; cuando el tratamiento farmacológico se aplica, fundamentalmente a pacientes con hipertensión arterial grave, resulta más relevante, teniendo en cuenta, que en la actualidad, se tiende a clasificar a los pacientes en muy diversas categorías de afectación orgánica, aplicándose criterios de riesgo cardiovascular a todas las categorías de pacientes hipertensos y planteándose como objetivos del tratamiento, conseguir cada día cifras “mas ajustadas” a los riesgos cardiovasculares consideradas imposible hace años.

Al hablar de calidad de vida, se habla por tanto, no solo de tolerancia clínica ó metabólica a la enfermedad, sino de ausencia de síntomas, incluidos los derivados de la medicación recibida ó de sus efectos secundarios.

---

<sup>76</sup> Ibid., p.54

## **2.5 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON HIPERTENSON ARTERIAL.**

### **2.5.1 BIENESTAR FISICO**

Según Ferrell (1992)<sup>77</sup>, es el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia. (Incluye la funcional, la salud física en general y los síntomas).

Para Liboa (2001)<sup>78</sup>, la importancia de medir índices de calidad de vida para evaluar el impacto que tiene las enfermedades crónicas en el bienestar de las personas ha sido reconocida en los últimos años. Ello se ha debido a que las evaluaciones fisiológicas si bien proporcionan información importante para el médico, tienen poca relevancia para los pacientes.

La calidad de vida del adulto con enfermedad crónica se ve afectada dentro del bienestar físico en algunos de los diferentes factores que lo componen, entre estos, el sueño y el dolor, que muestran sus alteraciones ocasionando el deterioro de manera marcada y progresiva en el equilibrio de la salud.

Según Montgomery y Dennis (2002)<sup>79</sup>La prevalencia de los problemas del sueño en la adultez aumenta con la edad. Mientras que no todos los cambios en el sueño son patológicos a una edad avanzada de la vida, los trastornos graves pueden llevar a la depresión, deterioro cognitivo, deterioro de la calidad

---

<sup>77</sup> FERRELL, B. G.V., Y GRANT, M.M. Nursing research into quality of life. Quality of Life Research, 1992. pág. 341-348.

<sup>78</sup> LIBOA C. Calidad de vida en pacientes con en EPOC e impacto del entrenamiento físico. Departamentos de enfermedades respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile. (Marzo 2001)

<sup>79</sup> MONTGOMERY P, DENNIS J, Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida), 2002.



de vida, situaciones de estrés significativas para los quienes cuidan a estas personas y mayores costos de asistencia sanitaria. El tratamiento más común para los trastornos del sueño (especialmente el insomnio) es farmacológico. Se ha sugerido que la eficacia de las intervenciones no farmacológicas es más lenta que los métodos farmacológicos, pero sin riesgos de una tolerancia o dependencia relacionada a los fármacos. Si se realizan ejercicios físicos, de forma regular, se puede estimular la relajación y aumentar la temperatura corporal central de maneras beneficiosas para el comienzo y el mantenimiento del sueño.

Para Pierini (2003)<sup>80</sup> muchas de las condiciones dolorosas crónicas que acompañan habitualmente al envejecimiento, el único tratamiento disponible es el control del dolor y los cuidados paliativos. Sin embargo, el control del dolor en el anciano es frecuentemente inadecuado. El dolor persistente interfiere con la funcionalidad, incrementa el sufrimiento y disminuye la calidad de vida.

Según Pierini (2003)<sup>81</sup> La prevalencia del dolor persistente se incrementa con la edad. El incremento en la cuantía y la frecuencia de aparición del dolor por patología articular degenerativa y daño neurológico son situaciones habituales de percibir. La mayoría de los ancianos padecen de severas patologías dolorosas crónicas. A pesar de que el dolor persistente interfiere con las actividades habituales de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, afectando significativamente la calidad de vida, su detección y manejo es inadecuado. En un estudio realizado en un instituto de cuidados crónicos, el 66% de los pacientes encuestados padecían dolor crónico, pero

---

<sup>80</sup> PIERINI F. dolor en adultos mayores.2003

<sup>81</sup> Ibid., p.57

solamente había sido detectado y tratado por el médico tratante en el 24% de los casos.

El dolor como síntoma, afecta en gran medida a las personas hipertensas en estudio, comprometiendo la calidad de vida de los mismos de forma negativa, se debe tener en cuenta que el dolor es un factor determinante en la calidad de vida de la persona hipertensa, ya que este muchas veces es valorado de forma inapropiada, en la consulta de enfermería, no solo se debe valorar el dolor físico, si no también aquel que no es expresado verbalmente por el paciente hipertenso.

La fatiga y el agotamiento se muestran como síntomas muy frecuentes, considerándose estos como un problema para esta población, ya que expresan que no pueden realizar actividades físicas por que estos síntomas se potencian y producen deterioro de su calidad de vida.

Otro aspecto importante que se evalúa en el bienestar físico es el funcionamiento del sistema reproductivo, sobre el que Sapetti<sup>82</sup>, expresa que se calcula que más de un 25% de la población padece HTA (estadísticamente los varones son más propensos a padecerla) y el 15-20% de los hipertensos tratados con antihipertensivos presentan episodios de impotencia en algún momento de su vida, ya sea por la hipertensión y/ o por los fármacos empleados.

En la investigación sobre un grupo de 1430 adultos entre 45 y 89 años de edad, 519 de ellos hipertensos, de la localidad de Beaver Dam, Wisconsin,

---

<sup>82</sup> SAPETTI A, Hipertensión Arterial Y Disfunción Eréctil. Disponible en [www.siemprefunciona.com.ar](http://www.siemprefunciona.com.ar)

Lawrence, Fryback, Martin (1996)<sup>83</sup>, en el que concluyeron que la hipertensión y las drogas antihipertensivas están asociadas con un descenso clínicamente significativo en los resultados de estado de salud.

La calidad de vida del hipertenso como expresión de un completo bienestar relacionado con diferentes aspectos que acompañan la vida, se eleva cuando se combaten algunos aspectos de la vida que de alguna manera influyen en esta y disminuyen, al encontrarse factores que afecten de manera individual los bienestares que la componen.

## 2.5.2 BIENESTAR PSICOLOGICO

Según Ferrell (1992)<sup>84</sup>, es la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad que amenaza la vida caracterizada por un problema emocional, una alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que cambios positivos en la vida (Incorpora la sensación de control, la depresión, el temor y la felicidad).

Roca-Cusachs y cols<sup>85</sup>, Lawrence y cols<sup>86</sup> y Yodfat y cols<sup>87</sup>, han descrito que los pacientes hipertensos presentan peores resultados respecto a la calidad de vida que los sujetos normotensos. Existe, sin embargo, un estudio de

---

<sup>83</sup> LAWRENCE P, FRYBACK D, MARTIN P, Estado de Salud e hipertensión. Epidemiología clínica. 1996; pág. 1239-45.

<sup>84</sup> FERRELL, B. G.V., y GRANT, M.M, Op.cit., p.56

<sup>85</sup> ROCA-CUSACHS A, AMETLA J, CALERO S, Calidad de vida en la hipertensión arterial. Med Clin.1992; p. 486-490.

<sup>86</sup> LAWRENCE P, FRYBACK D, MARTIN P, Op.cit. p.59

<sup>87</sup> YODFAT Y, BAR-ON D, AMIR M, CRISTAL N. Quality of life in normotensives compared to hypertensive men treated with isradipine or methyldopa as monotherapy or in combination with captopril: the LOMIRMCT- IL study. J Hum Hypertens 1996; p. 117-122.

Robinson<sup>88</sup> en el que defiende que la calidad de vida de los hipertensos no diagnosticados no difiere, e incluso es superior, a la de los normotensos. También Kullman y Svärdsudd<sup>89</sup> publicaron un estudio en que los sujetos hipertensos sin tratamiento parecían tener menos síntomas que los normotensos. En comparación con otras enfermedades crónicas, los pacientes hipertensos presentan mejores resultados en calidad de vida.

Lazarus y Folkman (1999)<sup>90</sup> hablan de la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad. Así, cada recaída, visita médica y análisis frecuentes pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento de la enfermedad.

Según Vinaccia y Orozco (2005)<sup>91</sup> después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; en ese momento aparecen los sentimientos depresivos, luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica. Claro que estas reacciones emocionales no se presentan en todos los pacientes con enfermedades crónicas, y su orden de aparición no es el mismo en todos los casos; incluso hay casos en los cuales no se presentan. Las reacciones

---

<sup>88</sup> ROBINSON JO. Symptoms and the discovery of high blood pressure. *J Psychosom Res* 1969; p. 157-161.

<sup>89</sup> KULLMAN S, SVÄRDSUDD K. Differences in perceived Symptoms/Quality of life in untreated hypertensive and normotensive men. *Scand J Prim Health Care*. 1990; p. 47-53.

<sup>90</sup> LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona. (1999). Citado por VINACCIA S, OROZCO L. Universidad de San Buenaventura Medellín, Aspectos psicosociales asociados a calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Junio del 2005.

<sup>91</sup> VINACCIA S, OROZCO L. Universidad de San Buenaventura Medellín, Aspectos psicosociales asociados a calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Junio del 2005

emocionales asociadas no aparecen en una secuencia previamente establecida; pueden aparecer en el individuo en cualquier momento de la enfermedad o del proceso de adaptación a ésta y deben ser tomadas, como lo han señalado Lazarus y Folkman (1999)<sup>92</sup>, como “reacciones emocionales normales” y su ausencia puede ser relacionada con un proceso de recuperación más lento y doloroso.

Para Vinaccia y Orozco (2005)<sup>93</sup>, el funcionamiento psicológico pone de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedades crónicas (World Health Organization, 2003). Cuando se evalúa este aspecto en enfermedades crónicas, se puede sobreestimar la prevalencia del estrés o de los trastornos debido a la inclusión de ítems que reflejan manifestaciones somáticas de perturbaciones psicológicas, tales como el cansancio físico y la pérdida del impulso sexual o del apetito. Entre los pacientes con cáncer estos síntomas pueden reflejar efectos físicos directos de la enfermedad o de su tratamiento.

Según Molerio y García (2004)<sup>94</sup> Ramírez, López y Gaviria (2006)<sup>95</sup> donde se expresaron los resultados mediante el uso de la técnica de autorreporte vivencial mostrando que entre los estados que son evidenciados por el grupo de personas hipertensas participantes en el estudio se destacan sentimientos de angustia en un 52%, y el abatimiento en un 48% , relacionándose esto en que las personas hipertensas, experimentan sentimientos negativos como consecuencia de su patología, ya que ello implica nuevas reglas o aditamentos para mantener una buena Calidad de Vida. A la vez se identifica que estos sentimientos son causados en la mayoría de los casos por otros factores como

---

<sup>92</sup> LAZARUS Y FOLKMAN., Óp. Cit., p.60

<sup>93</sup> VINACIA. . OROZCO., Op.cit. p 60

<sup>94</sup> MOLERIO, GARCIA., Op.cit. p 27

<sup>95</sup> RAMIREZ, LOPEZ, Y GAVIRa, Op.cit., p.26

el económico y social que forma parte del contexto global de la persona, y que influyen directamente sobre su bienestar.

Es importante resaltar que el afrontar un problema de salud físico nuevo; el simple hecho de saber que se está enfermo, es de por sí un factor estresante y negativo para el mantenimiento del equilibrio y la salud del ser, por consiguiente se evidencian sentimientos de angustia y aflicción ante el nuevo cambio de salud, y la aparición de nuevos términos, y normas a la que la persona con hipertensión deberá hacer caso omiso para evitar complicaciones, en la armonía de su organismo.

### **2.5.3 BIENESTAR SOCIAL**

Según Ferrell (1992)<sup>96</sup> es brindar una forma de ver no sólo la enfermedad o sus síntomas, sino también, a la persona que rodea la patología; es el medio por el que reconocemos al paciente con la enfermedad, sus relaciones y sus roles. (Se enfoca en los componentes de interrelación de la calidad de vida, incluido el estrés familiar, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual).

El funcionamiento social hace referencia, según World Health Organization (2000)<sup>97</sup> al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.

---

96 FERRELL Y GRANT., Op.cit., p.56

97 OMS. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra citado por VINACCIA S, OROZCO L. Universidad de San Buenaventura Medellín, Aspectos psicosociales asociados a calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Junio del 2005.

Según Sánchez Roberto (2002)<sup>98</sup> el aislamiento social se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de emociones y conductas en la interacción social, y por bajos niveles de soporte social percibido. Décadas de investigación han relacionado el aislamiento social y el bajo nivel de apoyo social percibido con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Las personas con alto aislamiento social son propensas a inhibir sus sentimientos y la expresión de emociones negativas, se sienten tensas e inseguras en presencia de otros, a menudo presentan poca asertividad, usan estrategias de afrontamiento de evitación y tienen pocas capacidades comunicativas.

Cuando Vinaccia y Orozco (2005)<sup>99</sup> hablan de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. Algunos trabajos en los que se ha evaluado el importante papel que juegan diferentes variables psicológicas y sociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud, incluyendo estudios sobre los problemas de la adhesión al tratamiento y calidad de vida.

Por otra parte Vinaccia y Orozco (2005)<sup>100</sup> refieren que la ciencia y la técnica en las últimas décadas han tenido un desarrollo vertiginoso en muchos sentidos, pero habrá que preguntarse si a las funciones biológicas y a la actividad psíquica humana se les ha garantizado una evolución acorde a las nuevas formas de vida. El incremento de las llamadas “Enfermedades sociales” consecuencia del desarrollo, indica que el hombre no ha evolucionado a la par que el desarrollo creado por él. Al ser el hombre, un ser social, se debe enfocar la salud de las personas no sólo desde posiciones biológicas

---

<sup>98</sup> SÁNCHEZ Roberto. Personalidad tipo D y riesgo cardiovascular.2002

<sup>99</sup> VINACCIA Y OROZCO, Op cit. p. 60

<sup>100</sup> Ibid., p.63

sino considerando las características sociales y dentro de estas las psicológicas y espirituales. La salud debe ser entendida como la calidad de la existencia del hombre determinada por su relación armónica con el medio natural- social que le corresponde.

Según Vinaccia y Orozco (2005)<sup>101</sup>, la Hipertensión Arterial ofrece aspectos orgánicos y socioculturales, y no se puede descartar a priori ni solapar la importancia de estos últimos, más si se tiene en cuenta que la prevención de la enfermedad es la medida más importante, universal y menos costosa para reducir la morbilidad que ella acarrea, y que los cambios en el estilo de vida del paciente a veces son suficientes para controlarla, al menos por un tiempo, una vez establecida. El abordaje integral de la hipertensión arterial requiere del esfuerzo mancomunado de muchos factores tales como: el estado, condiciones de vida, educadores, profesionales de la salud y es muy importante la responsabilidad del individuo y cómo este valore su salud y participe en su preservación.

### **2.5.3.1 Aspectos Socioeconómicos De La Hipertensión**

Según Vinaccia y Orozco (2005)<sup>102</sup>, es bien conocido que el bajo nivel socioeconómico se relaciona epidemiológicamente con mayor prevalencia y mayor severidad de la hipertensión y otros factores de riesgo cardiovascular. Esto también explica en buena medida las diferencias existentes en estos aspectos entre diferentes grupos étnicos y diferentes regiones geográficas. Las diferencias en el estilo de vida, el stress laboral crónico, como así también en el

---

<sup>101</sup>Ibid., p.63

<sup>102</sup> Ibid., p.63



nivel educacional y en las posibilidades de acceso al control y tratamiento adecuados son la base de estos hallazgos. El Sexto Informe del Joint National Committee plantea entre los desafíos que nos presenta el tercer milenio en cuanto al control de la hipertensión, corregir en la medida de lo posible estos aspectos.

Según Ramírez, López Y Gaviria (2006)<sup>103</sup>, afirman que el apoyo de la familia a las personas del grupo estudiado estaba en continua contradicción: había en ellos una tendencia a la dependencia económica de los hijos y, por lo tanto, en la toma de decisiones familiares; pero en las entrevistas realizadas se evidenció soledad en ellos y que echaban de menos el apoyo familiar, lo cual resulta afectando el Bienestar psicológico y social de la persona con hipertensión, ya que en muchos casos las personas sienten que son una carga para la familia. A la vez Chapuis y Cols (2006)<sup>104</sup> afirman que la hipertensión, representa una carga económica importante. En donde los pacientes hipertensos requirieron de hospitalización en al menos una ocasión en el 54% en un año y pacientes que acudieron de 2 a 10 veces al servicio de urgencias, lo que representa un costo elevado.

Otro de los aspectos sociales que se deben tener en cuenta al evaluar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial es la sexualidad, en la cual según Ferrer (2007)<sup>105</sup>, afirma que un gran porcentaje de la población hipertensa, padecen problemas sexuales derivados de las consecuencias de una presión arterial superior a un valor de 140, la diastólica, y de 90, la sistólica. Así lo revela un estudio realizado por alumnos del quinto curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria y dado a conocer en el

---

<sup>103</sup> RAMIREZ, LOPEZ Y GAVIRIA, Op.cit., p.26

<sup>104</sup> CHAPUIS T, BARRIGUETE J, CHERON P, HERNÁNDEZ M, VIEYRA A, GARCÍA M. Hipertensión Arterial; diagnóstico y tratamiento.2006

<sup>105</sup> FERRER J. Uno De Cada Cuatro Enfermos Que Sufren Hipertensión Abril 27/2007

XIII Congreso de Cardiología para Estudiantes que se celebra en Salamanca. El estudio, dirigido por el jefe de la Sección de Cardiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), José de Berrazueta, señala que en los hipertensos se ve afectada la fase de excitación y 'aparecen dificultades en la lubricación vaginal y disfunción eréctil'.

También añade Ferrer (2007)<sup>106</sup> que es frecuente los trastornos en el orgasmo, sobre todo entre las mujeres con una alta presión arterial. La hipertensión lesiona el sistema circulatorio y además, agrega el estudio, 'se ha comprobado que algunos medicamentos que se emplean para su tratamiento repercuten de manera negativa sobre la erección', como sucede con los betabloqueantes, los sedantes y los diuréticos.

#### **2.5.4 BIENESTAR ESPIRITUAL**

Según Ferrell (1992)<sup>107</sup> es la habilidad para mantener la esperanza y obtener significado de la experiencia de la enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre. (Incorpora los temas de significado y propósito de la vida, la esperanza, la incertidumbre y la trascendencia).

Sánchez (2004)<sup>108</sup> afirma que si la espiritualidad tiene importancia terapéutica en pacientes que experimentan crisis o en quienes viven en situaciones de enfermedad, esta temática debe incluirse en los currículos de los programas,

---

<sup>106</sup> Ibid., p. 65.

<sup>107</sup> FERRELL Y GRANT., Op.cit., p.56

<sup>108</sup> SÁNCHEZ B. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Aquichan, V 4 2004.

en la asistencia y en nuevas investigaciones, con el fin de cualificar la práctica con integración de la dimensión espiritual del cuidado.

La dimensión espiritual de los personas con enfermedades crónicas, constituyen un aspecto positivo debido al impacto que causa en la calidad de vida. Según Wyatt (2002)<sup>109</sup> ha puesto de relieve que los individuos que practican liturgias religiosas y siguen preceptos espirituales tienen una presión sanguínea significativamente inferior en comparación aquellas personas que son agnósticos o materialistas.

Davidson (2006)<sup>110</sup> afirma que La meditación, es una técnica de control, que puede aportar beneficios para la hipertensión, los efectos secundarios de la medicación antirretroviral contra el HIV y el cáncer. La Asociación de Cardiología de los Estados Unidos, por su parte, recomienda a los pacientes que padecen hipertensión arterial que acompañen su tratamiento convencional con técnicas de meditación. Un estudio patrocinado por esta institución demostró que aquellos que meditaban al menos dos veces por día durante veinte minutos por cada sesión reducían de forma considerable su presión sanguínea.

Según el Estudio del Centro Médico de la Universidad de Misisipi (1997)<sup>111</sup> La participación en actividades religiosas tiene un efecto positivo sobre la presión sanguínea, según un estudio presentado en la reunión de la Sociedad

---

<sup>109</sup> WYATT Sharon. Nueva claves para entender la hipertensión.2002

<sup>110</sup> RICHARD J. DAVIDSON Revista Mundo, Médico Revista Oficial del Colegio Médico del Perú. 2006

<sup>111</sup> Estudio del Centro Médico de la Universidad de Misisipi. Las actividades religiosas son positivas para la presión sanguínea (1997)

Estadounidense de Hipertensión, en Nueva York. Al término de un estudio hecho entre más de 5.300 personas de raza negra en EEUU, los investigadores del Centro Médico de la Universidad de Misisipi, en Jackson, encontraron otros efectos positivos de la religión entre los pacientes. "Las disparidades cardiovasculares entre los afroamericanos están ampliamente reconocidas", señaló en una declaración Sharon Wyatt, una de las investigadoras. "La hipertensión es un factor en el desarrollo de los males cardiovasculares entre los afroamericanos".

Las conclusiones de este estudio, muestran que la integración de la religión y la espiritualidad -la concurrencia a la iglesia y la oración- pueden proteger a los individuos expuestos al estrés y pueden demorar los efectos destructivos de la hipertensión. El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de EEUU señaló en un comunicado que "algunas investigaciones anteriores han sugerido que la religión y la espiritualidad pueden tener un efecto protector de la salud en el resultado de las enfermedades".

Por otra parte, añade Roca (2008)<sup>112</sup> que La sabiduría popular reconoce que "la esperanza es lo último que se pierde" y que "mientras hay vida hay esperanza. Parece que tiene que ver con la afirmación de Richard Lazarus (Citado por Roca 2008)<sup>113</sup> de que "la esperanza es tan importante a la economía psicológica como si fuera un antídoto al desespero" o la elegante afirmación de Brunner de que "el oxígeno es a los pulmones lo que la esperanza al significado de la vida". La esperanza -cuya esencia es compleja en tanto presupone el temor a lo peor pero la expectativa de que mas tarde o mas temprano las cosas irán mejor y, por ende, hay que trabajar para ello- es aplicable a cualquier situación en la cual algo es intensamente deseado pero las perspectivas de lograrlo son inciertas o ambiguas.

---

<sup>112</sup> ROCA M. La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros.2008 disponible en [www.sld.cu/saludvida/temas.php](http://www.sld.cu/saludvida/temas.php).

<sup>113</sup> Ibid., p. 68

Para Roca (2008) la esperanza, una de las más complejas configuraciones emocionales, se caracteriza por una mezcla de optimismo uno de los más universales antídotos no sólo para hacerle frente a situaciones estresantes sino para lograr los más difíciles y aparentemente inalcanzables propósitos existenciales, las creencias positivas sobre el éxito y el fracaso el creer y sentir que los esfuerzos sostenidos, al estilo de “quien quiere puede”, conducen al logro de los más complicados propósitos y que el fracaso no es el fin del mundo, que del mismo es posible recuperarse y que, en el peor de los casos, es una experiencia única de aprendizaje, las ilusiones positivas el tener sueños y propósitos que conducen a la persona a una mejor salud psíquica y una positiva filosofía existencial, así como un buen sentido del humor. Este último, asociado a las emociones positivas que le acompañan resultan de excepcional valor en el afrontamiento de la adversidad en general y de la enfermedad crónica en particular, creando gratos espacios en medio de la adversidad (a modo de oasis en el desierto) que según recientes estudios (Walsh) parecen reforzar, no sólo el espíritu, sino también el sistema inmunitario de modo tal que estimulan el sanar y recuperarse de las más serias enfermedades.

El cuidado de quienes viven con enfermedad, o sufren a consecuencia de ella, debe priorizar aspectos espirituales, donde se logren espacios de reconciliación con Dios, un ser o fuerza superior, compañía de los demás y reflexión de la propia vida, como parte fundamental de la experiencia de la salud.

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte trasversal, el cual describe la calidad de vida de las personas con Hipertensión Arterial del Puesto de Salud Marceliano Bruges en un periodo determinados en este caso en el mes de marzo del 2008.

Es **descriptivo** porque se documenta el fenómeno de estudio y se describe su situación, con ello se desea presentar el panorama del estado de la variable estudiada. “Calidad de vida determinada en bienestar físico, psicológico, social y espiritual

La recolección de datos tiene abordaje **Cuantitativo**, porque con él se pretende medir el fenómeno de estudio (calidad de vida) a través de la recolecta, análisis e interpretación de datos relativos con la pregunta de investigación planteada y su aproximación al conocimiento es deductiva.

#### 3.2 UNIVERSO

Está compuesto por todas las personas con hipertensión de ciénaga Magdalena.

#### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra son las personas con hipertensión arterial que asisten al puesto de salud Marceliano Bruges, la cual consta de 120.

### 3.4 TIPO DE MUESTREO

El muestreo intencional, se basa en la idea de que el investigador puede usar sus conocimientos acerca de la población para elegir los casos que incluirá en la muestra. Al no contar con una estadística confiable se procede a realizar un muestreo probabilístico intencional en la consulta externa del puesto de salud Marceliano Bruges a las personas que asistían de lunes a jueves durante el mes de marzo de 2008 hasta reunir 120.

### 3.5 CRITERIOS DE INCLUSION

- Personas diagnosticadas con hipertensión arterial.
- Personas inscritas al club de hipertensos del centro de salud Marceliano Bruges.

### 3.6 RECOLECCION DE DATOS

**3.6.1 Recolección primaria. INSTRUMENTO<sup>114</sup>.** Se utiliza el instrumento sobre la calidad de vida/paciente con enfermedad crónica de Betty R. Ferrell. (Versión modificada de Ferrell y Cols 1996)<sup>115</sup> El cual se origino de estudios cualitativos, inicialmente realizados en pacientes con cáncer y después en sobrevivientes con cáncer y en cuidadores familiares. El instrumento para medir la calidad de vida de Betty Ferrell fue revisado y probado a partir de 1994-1998 en un estudio de pacientes con cáncer. La prueba al reexaminar la confiabilidad siguió siendo  $r=89$  y la consistencia interna de alfa  $r= 69$ . El

---

<sup>114</sup> CUCUNUBA, Jobana. Calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de diabetes en el Centro de Atención Ambulatoria Cundí Santa Marta, Año de obtención.2007

<sup>115</sup> FERRELL Y GRANT., Op.cit., p.56

análisis factorial confirmo los 4 dominios de QOL como sub-escalas para el instrumento.

Cabe mencionar en este punto que el instrumento ha gozado de autorización para su uso desde el inicio y la evaluación de cada ítem se efectúa mediante una escala likert, Escala sobre calidad de vida/paciente con enfermedad crónica de 1 a 4, adaptada por el grupo de Docentes de la línea de investigación cuidado al paciente crónico de la facultad de enfermería universidad nacional con autorización de la Dra. Betty Ferrell. (Abril 20 de 2006) para su adecuada utilización. (Ver anexo A).

Para efectos de análisis, las investigadoras continua la clasificación enunciada por la autora. Donde (1) es la ausencia de problema, (2) problema leve, (3) problema moderado, (4) problema severo, dependiendo de la variable que se esté evaluando. Esta es una escala ordinal de cuarenta y un ítems, que mide la calidad de vida de un paciente con enfermedad crónica, en el bienestar físico, psicológico, espiritual y social.

El bienestar físico cuenta con ocho (8) ítems, el bienestar psicológico consta de dieciocho (18) ítems, el bienestar social con ocho (8) y el bienestar espiritual con siete (7) ítems. A la vez la escala dentro de cada bienestar consta de ítems inversos que corresponden a los números 1-7, 9,16-27,29-34 y 38. Tiene un grado de validez y confiabilidad de .89, la consistencia presento un alfa de .69 en los cuatro dominios.

**3.6.2 Encuesta de apoyo para la recolección de datos.** Además de utilizar el instrumento calidad de vida, se utilizo la encuesta:



**CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA.**<sup>116</sup> Es una encuesta que ayuda a determinar las características de las personas con enfermedad crónica, fue elaborado por el grupo de cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2002.

Determina: genero, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, situación socioeconómica, tiempo de diagnostico y horas que requiere ayuda por parte de un cuidador. Cada uno de los ítems tiene una codificación numerada que va de cero a ocho (0-8), dependiendo de los aspectos considerados en cada ítems. (Ver anexo B).

**3.6.3 Recolección Secundarias.** Revisión de otras investigaciones, libros, revistas indexadas

### **3.7 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS**<sup>117</sup>

El marco de análisis de esta investigación, se determino según el logro de los objetivos del estudio, teniendo en cuenta el tipo de diseño, las características del instrumento y de la encuesta que permitieron hacer la descripción de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad crónica hipertensión que asistieron al puesto de salud Marceliano Bruges durante el marzo del 2008 dando respuesta a la pregunta de investigación. De tal manera que se presentan los resultados primero los determinados por la encuesta que

---

<sup>116</sup> CUCUNUBA, Op.cit., p.71.

<sup>117</sup> Ibid. .p 73

identifica, las características sociodemográficas de dicha población objeto, cubriendo diferentes aspectos como son el sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación tiempo de diagnóstico, horas de ayuda que requiere de cuidado, relación con la persona que está al cuidado, luego se describe la Calidad de vida con el instrumento **calidad de vida del paciente según Betty Ferrell** en sus cuatro dimensiones. (1) Bienestar físico, (2) bienestar psicológico, (3) bienestar social y (4) bienestar espiritual

Los datos de la encuesta de caracterización de los pacientes y el instrumento calidad de vida del paciente con enfermedad crónica, fueron procesados estadísticamente utilizando el programa Excel con los códigos correspondientes. Para su análisis se empleo la estadística descriptiva, principalmente la distribución de frecuencias absolutas y las medidas de tendencia central. En la encuesta de caracterización de los cuidadores los resultados se analizaron en proporciones y se muestran en gráficos estadísticos evidenciando la agrupación porcentual de cada categoría estudiada.

Con respecto a la calidad de vida, se tuvo en cuenta las características del instrumento y su forma de análisis direccionado por la autora, se realizó un análisis por separado de cada una de las escalas de cada dimensión fueron de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta a partir de la suma y puntaje total por paciente. El análisis descriptivo de cada dimensión contiene el promedio, mediana, desviación estándar y coeficiente de variación del puntaje obtenido por bienestar, para facilitar la comparación de los indicadores por cada bienestar se utilizo el diagrama de Box-plot a fin de observar características de los datos como simetría y posibles observaciones atípicas. Se trabajo con un nivel de significancia estadística de 0.05.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para Lolás (2001) <sup>118</sup>Los progresos científicos y tecnológicos que día a día aportan el conocimiento de modernos procedimientos y avances en la medicina, por una parte, conllevan un sin número de beneficios para las personas sanas o enfermas; pero, por otra, surgen de las investigaciones que se realizan en seres humanos diversos dilemas éticos, como producto, en determinadas ocasiones, del no cumplimiento de normas, códigos o reglamentación en la investigación experimental.

Según la Revista Iberoamericana de Educación (2002) <sup>119</sup>, en toda investigación realizada con seres humanos se debe tener en cuenta los siguientes principios:

- **Respeto a las personas:** Hay consenso en que la investigación que involucra sujetos humanos debiera respetar algunos principios fundamentales. El más general es conocido como "respeto a las personas". Encuentra expresión en la noción de autonomía individual y en la protección especial de los sujetos más indefensos o vulnerables.
- **Autonomía:** reconoce la capacidad de las personas para decidir sobre lo que puede hacerse con su cuerpo y sus atributos sociales o intelectuales. Aunque en algunas culturas tiene más importancia que en otras, es aplicable a toda persona que se somete a un estudio clínico o experimental. La autonomía se respeta consultando a los potenciales

---

<sup>118</sup> LOLAS F, Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes en las normas escritas 2001.

<sup>119</sup> REVISTA Iberoamericana de Educación, Ética y formación universitaria, número 29, 2002.

- participantes su voluntad de tales, previa información sobre el estudio y sus ejecutores. "Consentimiento informado" se ha convertido en la formulación habitual. Alude a un proceso social que consiste en brindar información en forma comprensible para el sujeto, cerciorarse de que la entienda y tenga opción de preguntar, brindar oportunidad para negarse o manifestar voluntad de colaborar.
- **Beneficencia.** Hay quienes sostienen que la beneficencia debe incluir dos aspectos. Por una parte, la no maleficencia. Este principio suele asociarse con el dictum hipocrático "Primero no dañar" y se refiere a evitar o prevenir daños a los participantes. De otra parte, la admonición de beneficencia se refiere a maximizar lo positivo para los sujetos y en conseguir la excelencia en la acción.
- **Justicia:** El principio de justicia suele interpretarse como equidad. Los bienes y los males han de ser proporcionados al estatuto de las personas. Equidad no es igualdad. En algunas formulaciones, es dar a cada uno según sus merecimientos.

Bornacelli y Gómez (2006) <sup>120</sup>, citan La resolución No.008430 de 1993, del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de la cual se toma el aparte que hace alusión a la investigación en seres humanos en el Título II, Capítulo I:

---

<sup>120</sup> BORNACELLI L Y GÓMEZ., Op.cit. p.

**ARTICULO 5º:** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

**ARTICULO 6º:** La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen
- Se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo
- Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben en ningún momento contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- Contará con el consentimiento informado en forma verbal por parte del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación, el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

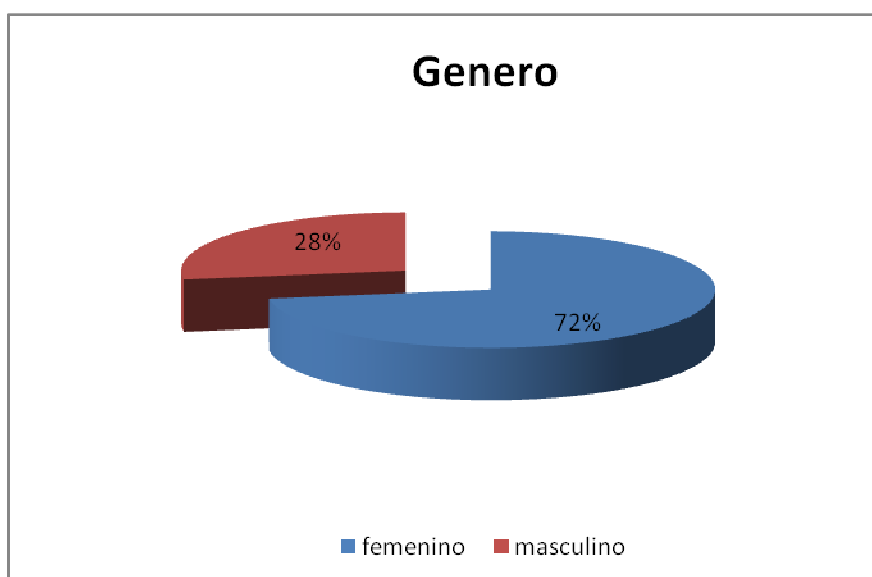
**ARTICULO 8º:** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

## 4. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

### 4.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES

Se analizan y examinan estadísticamente en medidas de frecuencias<sup>121</sup> las variables relacionadas con, edad, género, estado civil, grado de escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, único cuidador, tiempo de cuidado horas destinadas al cuidado y la relación con el cuidado.

**Figura 1. Genero de pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

<sup>121</sup> PÓLIT y HUNGLER, Investigación científica en ciencias de la salud. Mc Graw Hill. Sexta edición. 2003. Pág. 410- 484.

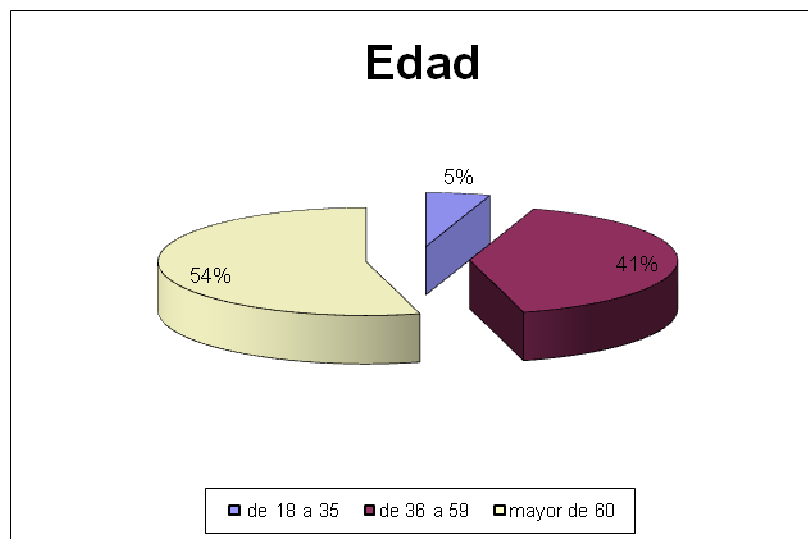
En la figura 1 se observa que el mayor porcentaje de pacientes hipertensos con relación al sexo es femenino con el 72% y el sexo masculino es de 28% lo que concuerda con la investigación realizada por Cuevas Fernández (2003-2004)<sup>122</sup>, en donde el 57.3% de la muestra pertenecen al sexo femenino.

Consideremos que las mujeres están sometidas, con el paso de los años a cambios hormonales, producidos por el proceso natural llamado menopausia en el cual se sufren síntomas como sudoración excesiva, decaimiento, melancolía, y si a esto sumamos el conflicto actual en Colombia y el mundo en donde el rol de ama de casa fue abandonado, y el sexo femenino paso a tomar el control total del hogar, a causa de convertirse en viudas aumentando la población mundial de mujeres en el mundo, lo cual las hace esforzarse el doble para cumplir con los compromisos y las obligaciones de su vida cotidiana, causando esto un gran nivel de estrés, factor determinante e importante en la elevación de las cifras normales de tensión, razón por la cual en nuestro estudio se evidencia el predominio de el sexo femenino en las personas con hipertensión.

---

<sup>122</sup> CUEVAS., Op.cit., p.19

**Figura 2. Edad de pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

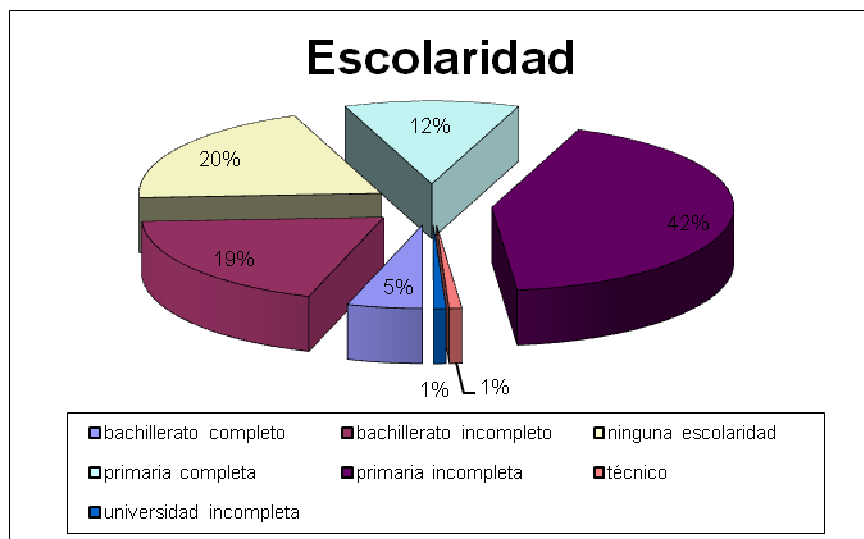
En la Figura 2 observamos que el mayor porcentaje de la población se encuentra en las edades mayores de 60 años, con un 54% lo que coincide con la investigación realizada por Cuevas Fernández (2003-2004)<sup>123</sup>, en donde el 56% de la población se encuentra entre el intervalo de 61 a 74 años de edad.

Teniendo en cuenta que las personas participantes en nuestro estudio se encuentran en la adultez mayor, se evidencian los procesos naturales y secuenciales de envejecimiento, mostrando que la edad es un factor importante y determinante de la calidad de vida. El adulto mayor suele tener una mayor inclinación hacia el padecimiento de enfermedades crónicas que producen el deterioro de la calidad de vida

<sup>123</sup> CUEVAS., Op.cit., p.19



**Figura 3. Escolaridad. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

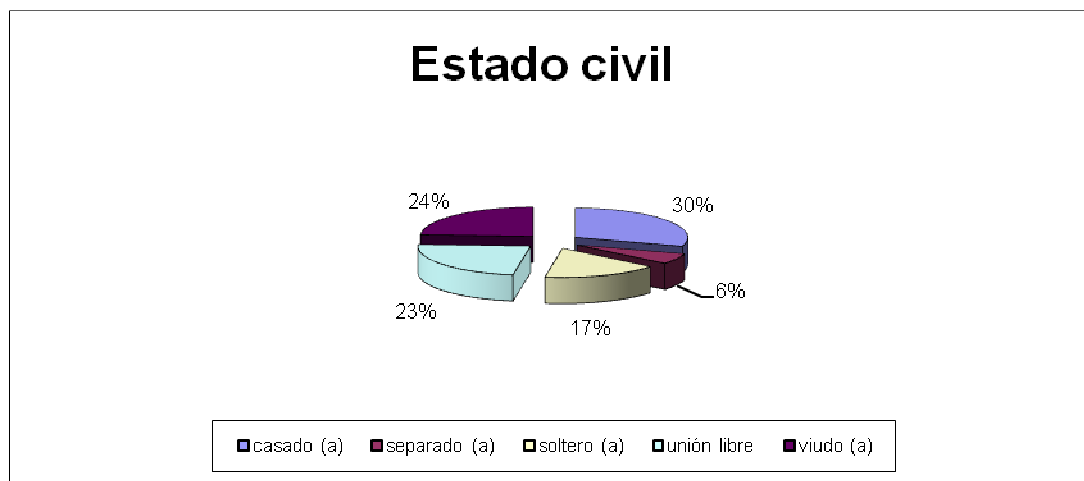


Fuente: investigación de campo.

En la figura 3 se muestra que el 42% de la población tuvo una primaria incompleta y el 20% no tuvo ninguna escolaridad, y el 19% tuvo un bachillerato incompleto, lo que indica que esta población tiene un nivel educativo muy bajo, relacionándose esto con la investigación realizada por Cuevas Fernández (2003-2004)<sup>124</sup>, en donde el 58.2% curso solamente la primaria. El bajo nivel económico, y la escasa escolaridad se relacionan con el papel social que desempeña en el individuo, teniendo en cuenta que las personas participantes en nuestro estudio en su mayoría mostraron una primaria incompleta, relacionándose esto con la escasa o parcial comprensión de el proceso vivencial de una enfermedad crónica y con los cambios que causa la misma, lo cual puede afectar el proceso de adaptación y cambios en el estilo de vida de la persona con hipertensión.

<sup>124</sup> CUEVAS., Op.cit., p.19

**Figura 4. Estado Civil. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

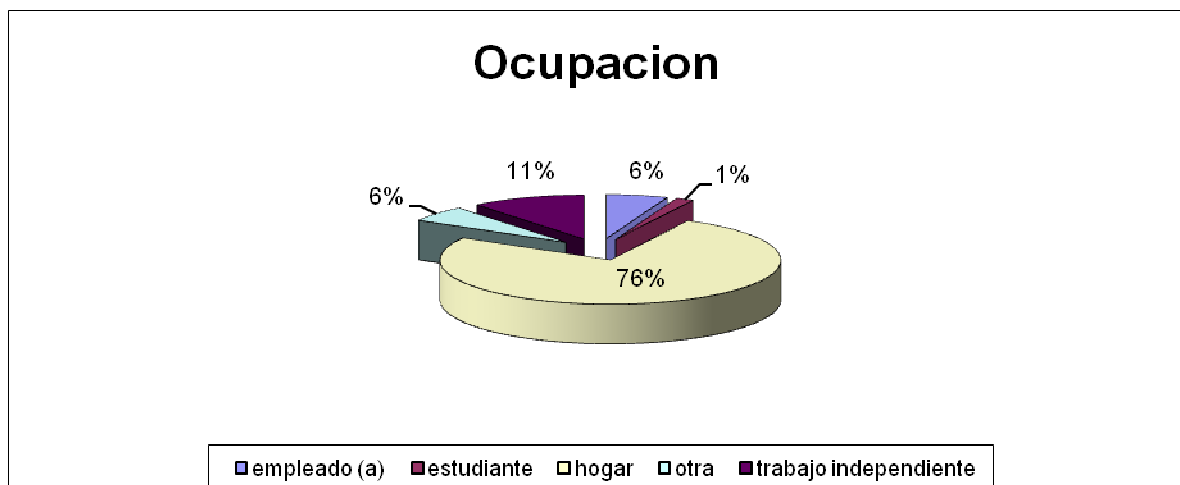


Fuente: investigación de campo.

La figura 4 muestra que el 30% son personas casadas, el 24% son viudo (a) el 23% viven en unión libre y el 17% son solteros, lo cual coincide con la investigación de Ramírez, López Y Gaviria (2006)<sup>125</sup> en donde el 36.3% de los usuarios del Programa eran personas casadas y viudas, aunque había una presencia alta de personas solteras, 20%, y, en menor proporción, separadas, 8%. Lo cual es muy importante para la persona hipertensa ya que el apoyo de su conyugue será fundamental en el proceso de adaptación, y ara la vivencia cotidiana agradable, proporcionándole apoyo y compañía a la persona que esta padeciendo la enfermedad crónica.

<sup>125</sup> RAMÍREZ, LÓPEZ y GAVIRIA, Op.cit., p.26

**Figura 5. Ocupación. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



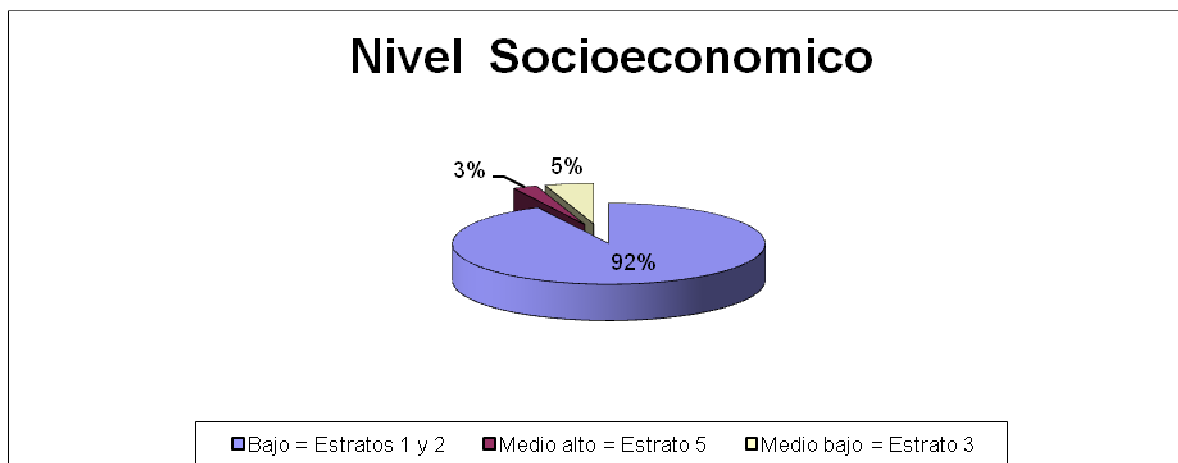
Fuente: investigación de campo.

En la figura 5 se observa que el 76% de las personas que participaron en el estudio, se dedican a las labores del hogar, lo cual se relaciona con la investigación realizada por Cuevas Fernández (2003-2004)<sup>126</sup>, en donde el 42.1% son amas de casa.

Teniendo en cuenta que la mayor población de nuestro estudio se encuentra en el intervalo de 60 años en adelante, lo que muestra la relación entre la edad y la ocupación señalando que por ser adultos mayores, se dedican a desempeñar labores en el hogar, realizando los quehaceres típicos de un ama de casa .

<sup>126</sup> CUEVAS., Op.cit., p.19

**Figura 6. Nivel socioeconómico. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

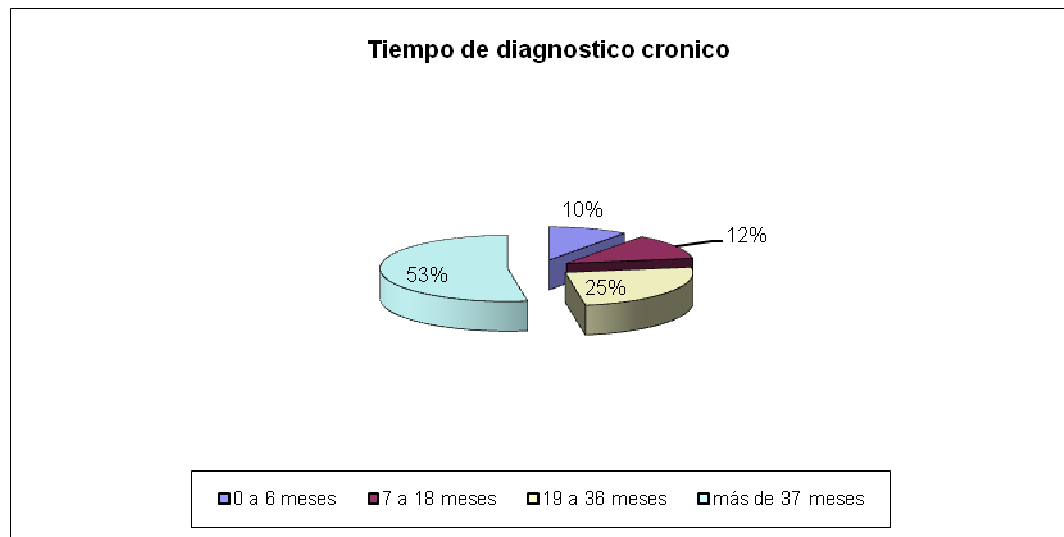
En la figura 6 se muestra que el 92% de la población pertenece al nivel socioeconómico bajo en el que se encuentra los estratos 1 y 2, el 5% de la población pertenece al medio alto, lo cual coincide con el estudio de Ramírez, López Y Gaviria (2006)<sup>127</sup> donde se observa que 85% del grupo pertenece al estrato bajo.

Así como el nivel socioeconómico puede determinar directamente la salud de las personas y familias, también es capaz de influir en forma indirecta a través de canales como la alimentación, la higiene ambiental y los lugares de trabajo más seguros. Al mismo tiempo, los problemas de salud pueden incidir en un menor nivel socioeconómico a través de su impacto en variables tales como la productividad laboral, la permanencia en los puestos de trabajo y la reducción del patrimonio y de los ahorros. La pertenencia a los estratos socioeconómicos más bajos está asociada a mayores problemas de hipertensión.<sup>128</sup>

<sup>127</sup> RAMÍREZ, LÓPEZ y GAVIRIA. Op.cit., p. 26

<sup>128</sup> LARRAÑAGA Osvaldo. Las brechas de salud y las desigualdades en el ingreso.2003, pag 31.

**Figura 7. Tiempo de diagnostico. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

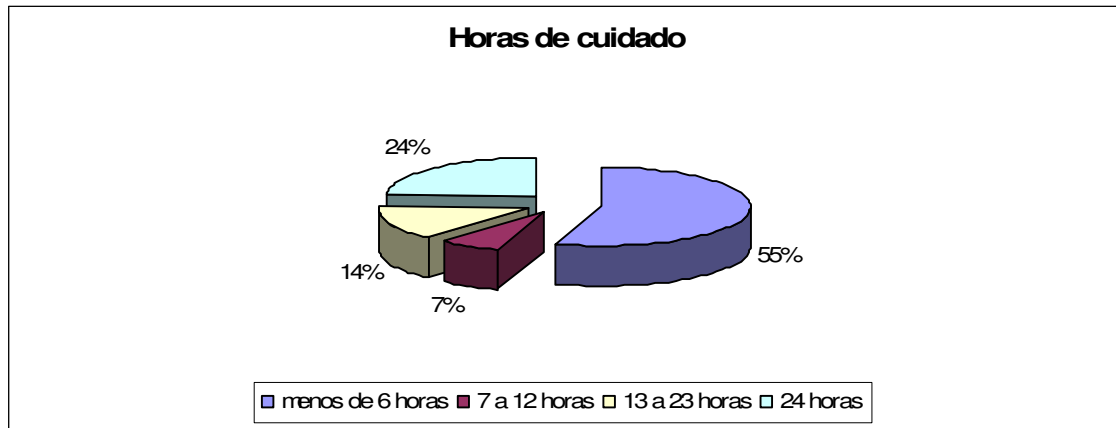


Fuente: investigación de campo.

La figura 7 muestra que el 53% de la población tiene más de 37 meses en el tiempo de diagnostico crónico, Lo que difiere con el estudio de Cuevas (2003)<sup>129</sup> en el cual se evidencio que los años de evolución de la hipertensión arterial en los sujetos estudiados mostraron que la mediana de la evolución fue de 9 años, con un percentil 25 de 5 años y un percentil 75 de 12 años lo cual indica que el tiempo de evolución de la patología ha sido bastante extenso, contribuyendo al deterioro físico de la persona hipertensa, ya que a mayor tiempo de diagnostico crónico, se producirá un quebranto gradual y progresivo en la calidad de vida el crecimiento y aparición de síntomas físicos como el dolor y la fatiga, entre otros afectaran de forma negativa el bienestar del individuo.

<sup>129</sup> CUEVAS., Op.cit.p.19.

**Figura 8. Horas de cuidado. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 8 muestra que el 55% de la población requiere menos de 6 horas de cuidado-ayuda, el 24% dicen que 24 horas, es importante observar que la persona con hipertensión manifiesta necesitar a su cuidador familiar en un espacio de tiempo corto relacionándose esto a que la mayoría de los pacientes son mujeres, quienes asumen un rol de cuidador, por su naturaleza femenina y protectora, no queriendo decir con esto que los varones, asumen de manera inadecuada el papel de cuidador a un ser querido.

**Figura 9. Apoyo. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



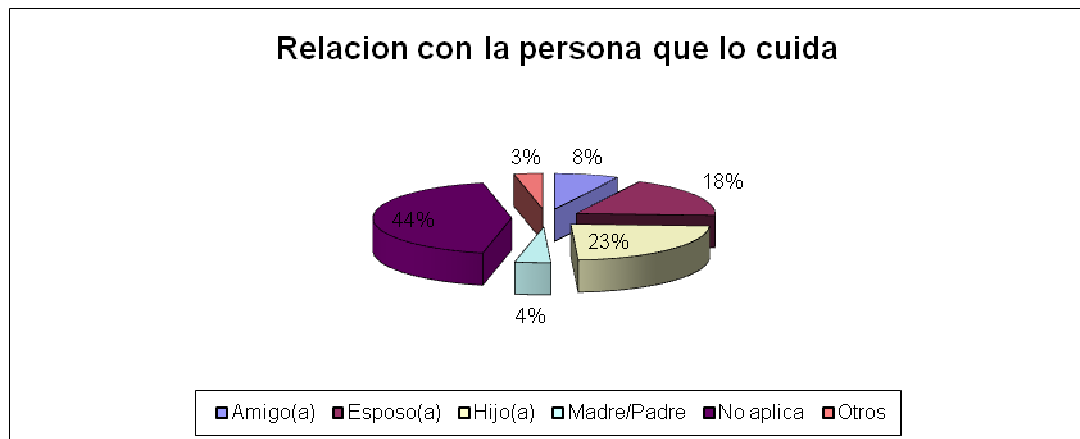
Fuente: investigación de campo.

La figura 9 muestra que el 54% tiene como apoyo mas de un cuidador lo que se relaciona con el estudio de Cuevas (2003-2004)<sup>130</sup> en el que muestra que el 83,7% de los participantes referían disfrutar de una red de apoyo social formada por varias personas, frente al 5,5% sin ninguna clase de apoyo.

El apoyo de mas de un cuidador es importante porque el paciente con hipertensión cuenta con mas de una persona que se encarga de su cuidado siendo esto de vital importancia teniendo en cuenta que en este estudio hay un predominio de adultos mayores personas que pueden estar expuestas a diversos peligros en el medio social del que formar parte, haciéndose necesario, el apoyo de otros para evitar riesgos en su salud en general.

<sup>130</sup> CUEVAS. Op.cit., p.19

**Figura 10. Relación con la persona. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 10 se observa que el 44% de la población son cuidados por su cónyuge, y el 23% son cuidados por Hijo (a), asemejándose a los resultados obtenidos por Cuevas (2003-04)<sup>131</sup> en donde el 67% de la muestra conviven con una pareja, lo que es muy importante ya que se observa un apoyo familiar enmarcado en la protección y preocupación, en el que la persona hipertensa cuenta con personas estables, que lo ayudaran a fortalecer su salud y que aportaran de manera directa y positiva para el mantenimiento de una optima calidad de vida, a la vez esto revela la importancia que deben tener los cuidadores a la hora de realizar una consulta, ya que esta podría aprovecharse, para formular indicaciones precisas acerca del manejo en casa sobre la patología, y la persona con enfermedad crónica.

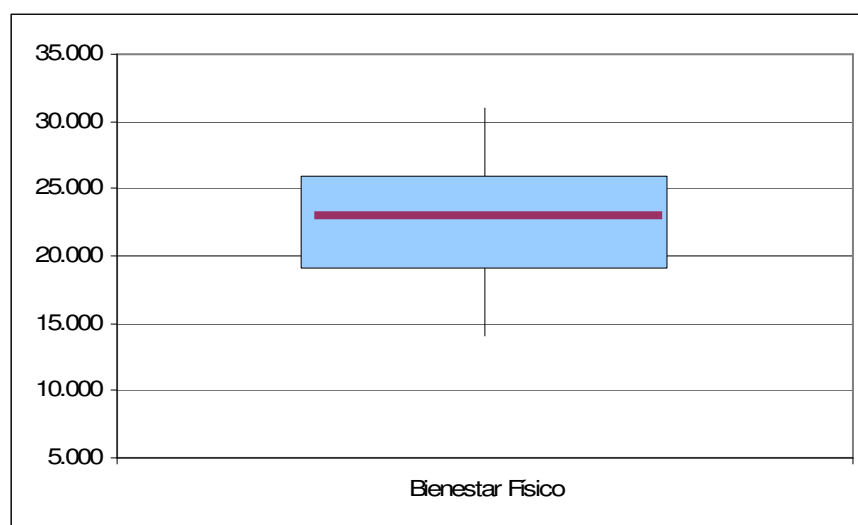
<sup>131</sup> CUEVAS., Op.cit., p.19



## 4.2 CALIDAD DE VIDA POR BIENESTARES

### 4.2.1 BIENESTAR FISICO

**Figura 11. Boxplot del Bienestar Físico. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

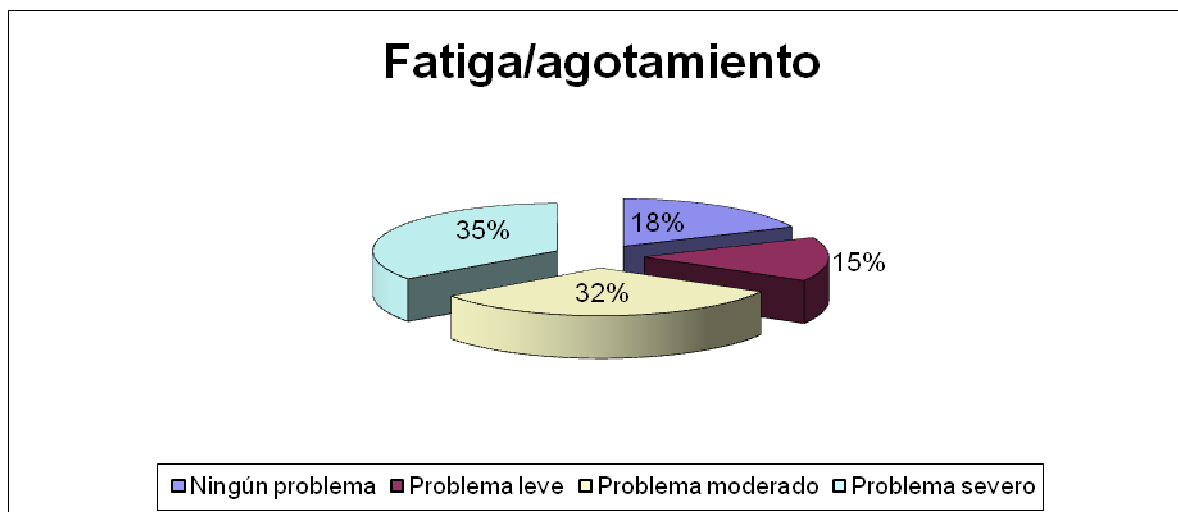
En la figura 11 se observa que el mayor porcentaje se encuentra debajo de la media que en este caso es 22, lo que indica una tendencia negativa, mostrando que hay problema en este bienestar, enmarcada en dolor fatiga y salud física en general, que afectan el equilibrio de esta dimensión. Muchas veces estos problemas no son evidenciados en la consulta médica, ya que son percibidos por los pacientes o manifestados por nuestros participantes como sucesos que acompañan el proceso normal de envejecimiento, quitando la verdadera importancia que tienen estos síntomas y el deterioro que producen directamente sobre su calidad de vida.

Según Betty Ferrel, (1992) <sup>132</sup> el bienestar físico es el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia. (Incluye la funcional, la salud física en general y los síntomas). Lo que difiere de la tendencia negativa encontrada en nuestro estudio, donde los individuos participantes, clasifican su salud física general como aceptable.

---

<sup>132</sup> FERRELL Y GRANT., Op.cit., p.56

**Figura 12. Fatiga/Agotamiento. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

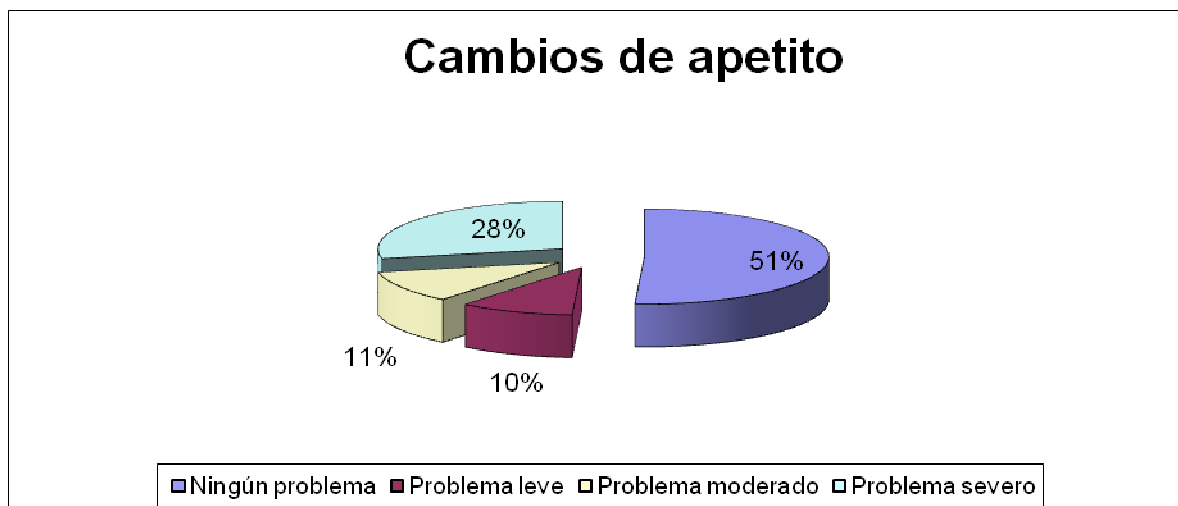
La figura 12 muestra que el 35% de la población consideran la fatiga como un problema severo y un 32% como un problema moderado, siendo esto un porcentaje bastante alto, lo que indica el grado de afección de las personas por la patología interfiriendo significativamente su bienestar físico y por consiguiente su calidad de vida.

Según el artículo de Salud y medicina (2007)<sup>133</sup> en la gran mayoría de pacientes con hipertensión no se generan manifestaciones notables del padecimiento, por lo que se dice que es una enfermedad asintomática. Sin embargo, en algunas ocasiones se suelen detectar problemas como dolor de cabeza, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y agotamiento. En caso de hipertensión arterial grave o de larga duración que no recibe tratamiento, se pueden presentar los síntomas ya descritos además de fatiga, náuseas, vómitos, aturdimiento, dificultad para respirar y visión borrosa. En casos muy severos puede haber coma por edema cerebral.

<sup>133</sup> SALUD y medicina – hipertensión, 2007. Disponible en: [www.saludymedicinas.com.mx](http://www.saludymedicinas.com.mx)

En esta población La fatiga y el agotamiento se muestran como síntomas muy frecuentes, considerándose estos como un problema para esta, ya que expresan que no pueden realizar actividades físicas por que estos síntomas se potencian y producen deterioro de su calidad de vida.

**Figura 13. Cambios de apetito. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

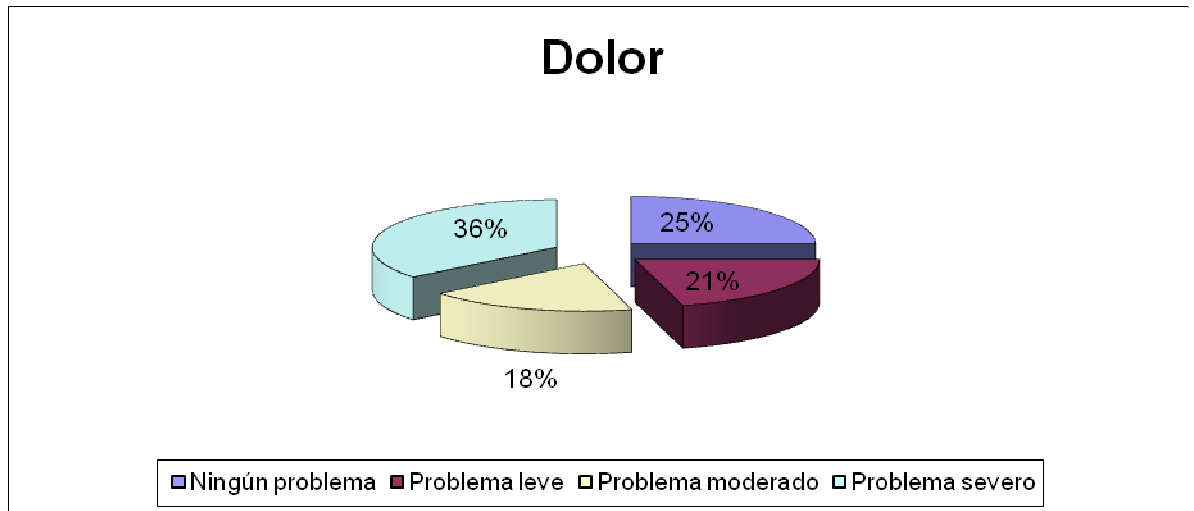


Fuente: investigación de campo.

En la figura 13 se observa que el 51% de los participantes consideran no tener ningún problema con relación a cambios en el apetito, a la vez un porcentaje considerable, 28% de estos, consideran tener un problema severo y en menor proporción lo consideran como problema leve, 10%, y problema moderado, 11%, lo que coinciden con Aranda y col (2002)<sup>134</sup> en donde se observa que el 29.2% de la muestra presentaron alteración en el apetito, relacionado directamente a la modificación de la dieta, las personas que padecen hipertensión, deben manejar una dieta baja en grasas y rica en frutas y verduras deben evitar, a toda costa que los malos hábitos alimenticios eleven su tensión arterial y ocasionen complicaciones, en su patología crónica. Recordemos que la alimentación también hace parte fundamental y definitiva en el mantenimiento de las cifras normales de la tensión arterial.

<sup>134</sup> ARANDA, J. Y HORNA, Arístides. En: Calidad Y Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú - Estudio Piloto Y Análisis Psicométrico.2002

**Figura 14. Dolor. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 14 se observa que el 36% de la población consideran el dolor como un problema severo, el 18% como un problema moderado, el 21% como un problema leve y solo un 25% coinciden en no tener ningún problema con el dolor.

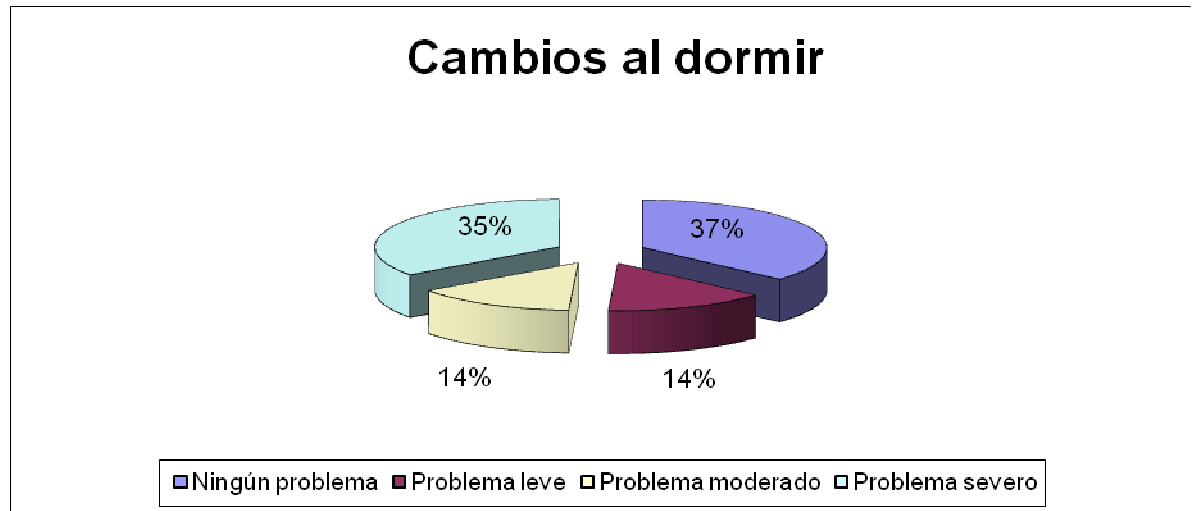
Estos porcentajes muestran que el dolor como síntoma, afecta en gran medida a las personas hipertensas en estudio, comprometiendo la calidad de vida de los mismos de forma negativa, se debe tener en cuenta que el dolor es un factor determinante en la calidad de vida de la persona hipertensa, ya que este muchas veces es valorado de forma inapropiada, en la consulta de enfermería, no solo se debe valorar el dolor físico, si no también aquel que no es expresado verbalmente por el paciente hipertenso.

Según Pierini (2003) <sup>135</sup> La prevalencia del dolor persistente se incrementa con la edad. El incremento en la cuantía y la frecuencia de aparición del dolor por patología articular degenerativa y daño neurológico son situaciones habituales de percibir. La mayoría de los ancianos padecen de severas patologías dolorosas crónicas. A pesar de que el dolor persistente interfiere con las actividades habituales de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, afectando significativamente la calidad de vida, su detección y manejo es inadecuado. En un estudio realizado en un instituto de cuidados crónicos, el 66% de los pacientes encuestados padecían dolor crónico, pero solamente había sido detectado y tratado por el médico tratante en el 24% de los casos.

---

<sup>135</sup> PIERINI., Op.cit.p.57.

**Figura 15. Cambios al dormir. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 15 se observa que el 35% de las personas hipertensas presentan un problema severo los cambios al dormir, el 37% consideran no tener ningún problema al dormir. Y 28% restante se encuentran en igual proporción entre problema leve y moderado.

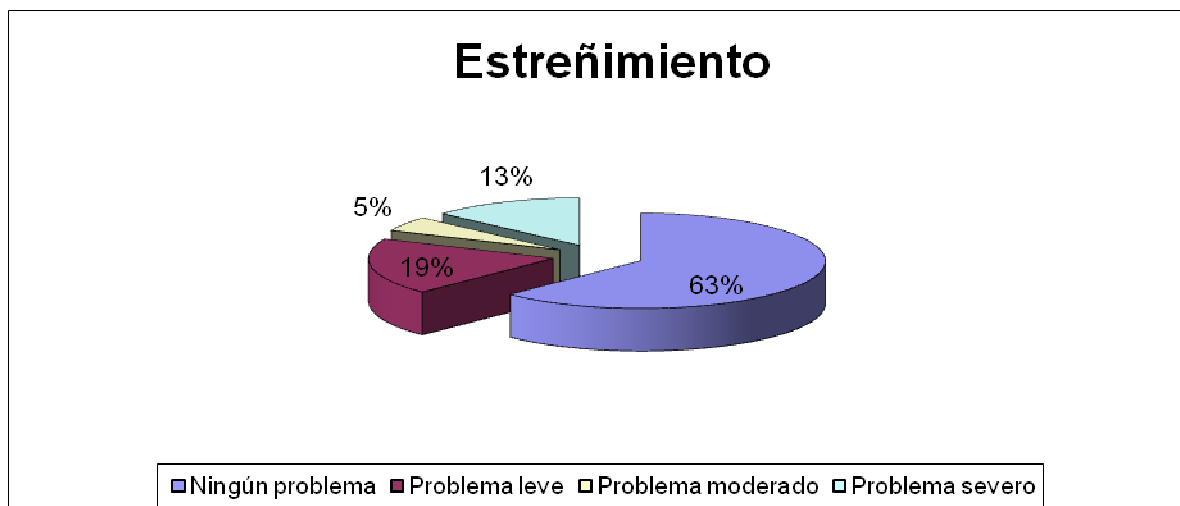
Según Montgomery P, Dennis J (2002)<sup>136</sup> La prevalencia de los problemas del sueño en la adultez aumenta con la edad. Mientras que no todos los cambios en el sueño son patológicos a una edad avanzada de la vida, los trastornos graves pueden llevar a la depresión, deterioro cognitivo, deterioro de la calidad de vida, situaciones de estrés significativas para quienes cuidan a estas personas y mayores costos de asistencia sanitaria. El tratamiento más común para los trastornos del sueño (especialmente el insomnio) es farmacológico. Se ha sugerido que la eficacia de las intervenciones no farmacológicas es más

<sup>136</sup> MONTGOMERY Y DENNIS. Op.cit., p.56



lenta que los métodos farmacológicos, pero sin riesgos de una tolerancia o dependencia relacionada a los fármacos. Si se realizan ejercicios físicos, de forma regular, se puede estimular la relajación y aumentar la temperatura corporal central de maneras beneficiosas para el comienzo y el mantenimiento del sueño.

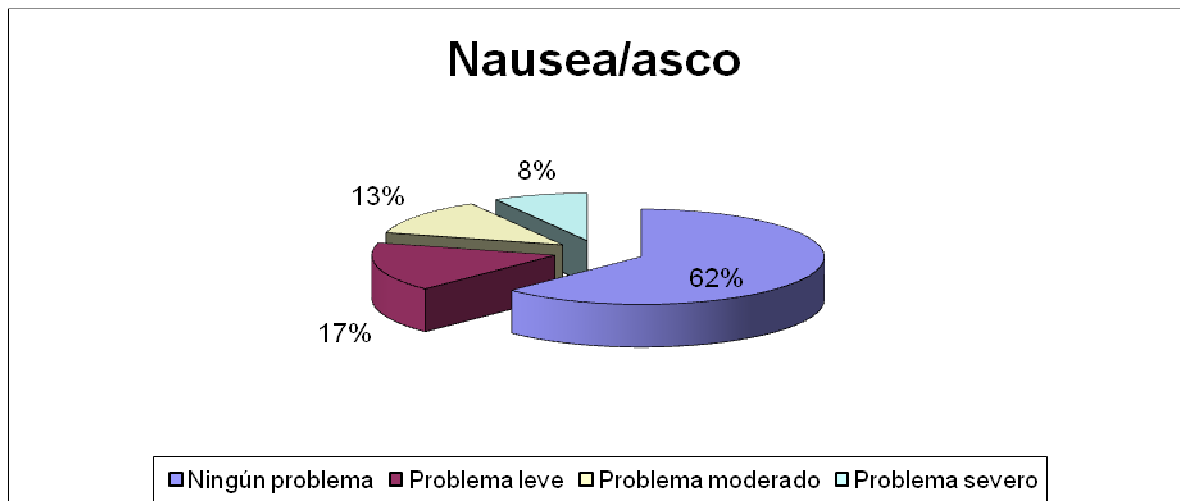
**Figura 16. Estreñimiento. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 16 se muestra que el 63% de las personas hipertensas del estudio no presentan problemas de estreñimiento y solo un 13% consideran tener un problema severo. A la vez es un porcentaje relativamente significativo de personas hipertensas participantes en nuestro estudio las que consideran como un problema severo el estreñimiento, relacionándose esto al tipo de dieta que reciben en su diario vivir, recordemos también que algunos medicamentos pueden tener efectos adversos en el sistema digestivo y pueden causar este tipo de molestias, en las personas con hipertensión.

**Figura 17. Nauseas/Asco. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

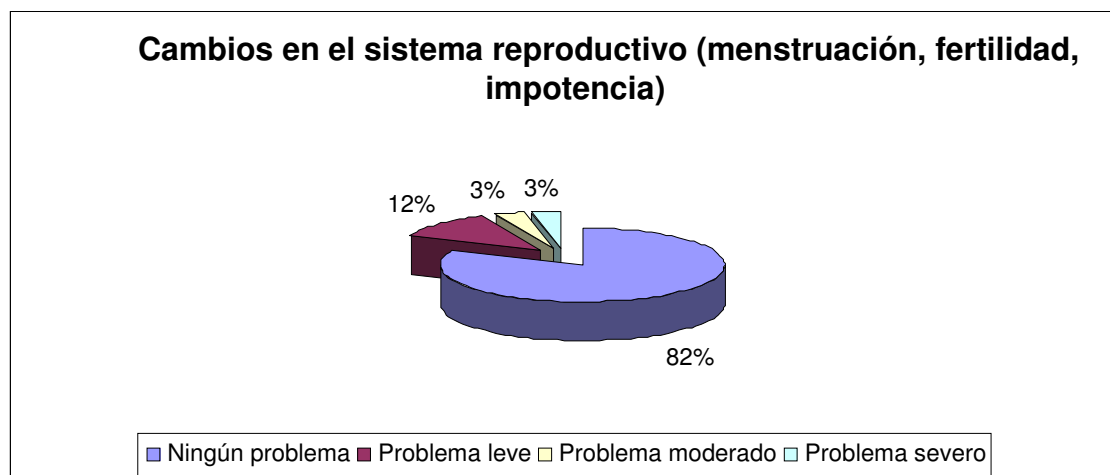
En la figura 17 se observa que 62% de las personas con hipertensión arterial del estudio consideran no tener problemas de náuseas o asco y solo un 8% consideran este síntoma como severo.

Según el artículo de Salud y medicina (2007)<sup>137</sup> en la gran mayoría de pacientes con hipertensión no se generan manifestaciones notables del padecimiento, por lo que se dice que es una enfermedad asintomática. Sin embargo, en algunas ocasiones se suelen detectar problemas como dolor de cabeza, hemorragias nasales, vértigo, enrojecimiento facial y agotamiento. En caso de hipertensión arterial grave o de larga duración que no recibe tratamiento, se pueden presentar los síntomas ya descritos además de fatiga, náuseas, vómitos, aturdimiento, dificultad para respirar y visión borrosa. En casos muy severos puede haber coma por edema cerebral.

<sup>137</sup> SALUD y medicina – hipertensión. Op.cit., p.91

El resultado de la investigación muestra que este no interfiere en la calidad de vida de la mayoría de ellos, ya que las náuseas son un efecto adverso de los medicamentos y en determinado momento, pueden influir en la armonía del bienestar individual de la persona hipertensa.

**Figura 18. Cambios en el sistema reproductivo. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

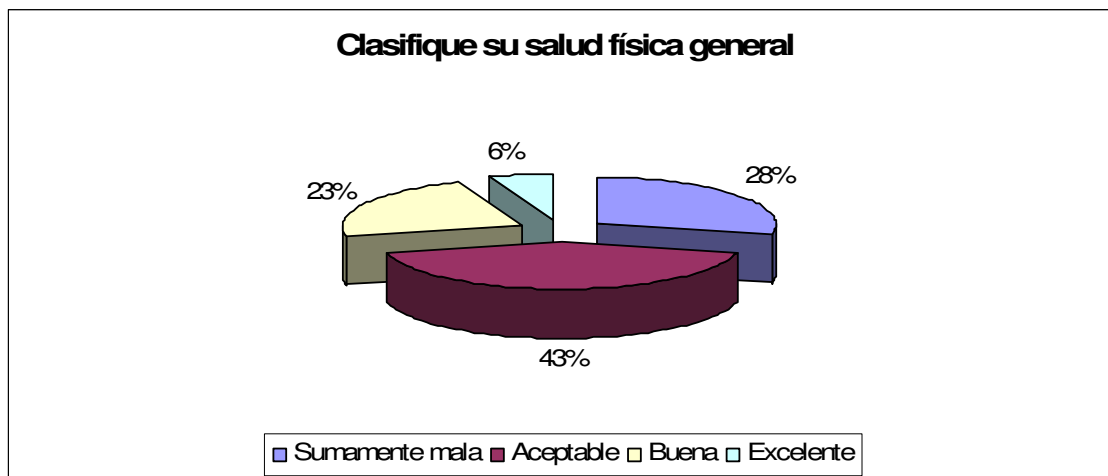
En la figura 18 se observa que el 82% de las personas con hipertensión no presentan ningún problema en cambios reproductivos, solo un 3% considera tener un problema severo, lo cual difiere con Sapetti<sup>138</sup>, el cual expresa que se calcula que más de un 25% de la población padece HTA (estadísticamente los varones son más propensos a padecerla) y el 15-20% de los hipertensos tratados con antihipertensivos presentan episodios de impotencia en algún momento de su vida, ya sea por la hipertensión y/ o por los fármacos empleados.

De igual forma, estos resultados se pueden relacionar con que las personas participantes en nuestro estudio son adultos mayores, por lo cual no mantienen una vida o conducta sexual activa, ya que este aspecto del ser humano pasa a ser en la mayoría de las situaciones irrelevante para los adultos mayores

<sup>138</sup> SAPETTI., Op.cit., p.58

interesándose por otro tipo de actividades, de ocio en su tiempo libre para compartir con sus cónyuges.

**Figura 19. Salud física en general. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 19, referente a la salud física, muestra que un 43% consideran tener una salud física general aceptable, un 28% la considera como sumamente mala, solo un 23% la consideran buena y un 6% excelente. Relacionándose estos resultados con la investigación sobre un grupo de 1430 adultos entre 45 y 89 años de edad, 519 de ellos hipertensos, de la localidad de Beaver Dam, Wisconsin, Lawrence, Fryback, Martin (1996)<sup>139</sup>, en el que concluyeron que la hipertensión y las drogas antihipertensivas están asociadas con un descenso clínicamente significativo en los resultados de estado de salud.

Esto debido a los síntomas que desarrollan las personas con hipertensión arterial que afectan de alguna manera la parte física de estos, alterando así una parte importante, con la que evalúa la calidad de vida de estos paciente, recordemos que los síntomas físicos influyen de manera importante en el diario vivir de la persona hipertensa, por que afectan en forma directa el estado de ánimo de las personas con patología crónica lo que conlleva a que tiendan a

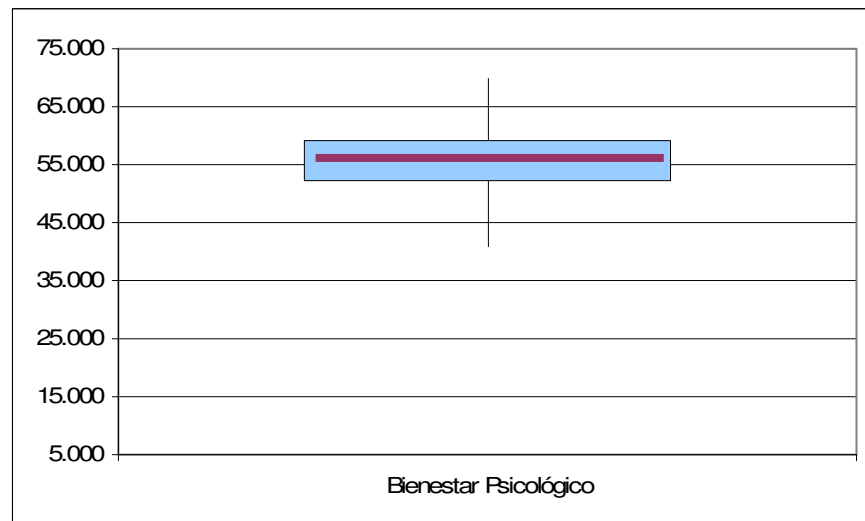
<sup>139</sup> LAWRENCE Y Cols., Op.cit., p.59

clasificar su salud física general como aceptable, ya que esta es percibida de manera poco saludable, repercutiendo en los de mas bienestares del individuo.



#### 4.2.2 BIENESTAR PSICOLOGICO

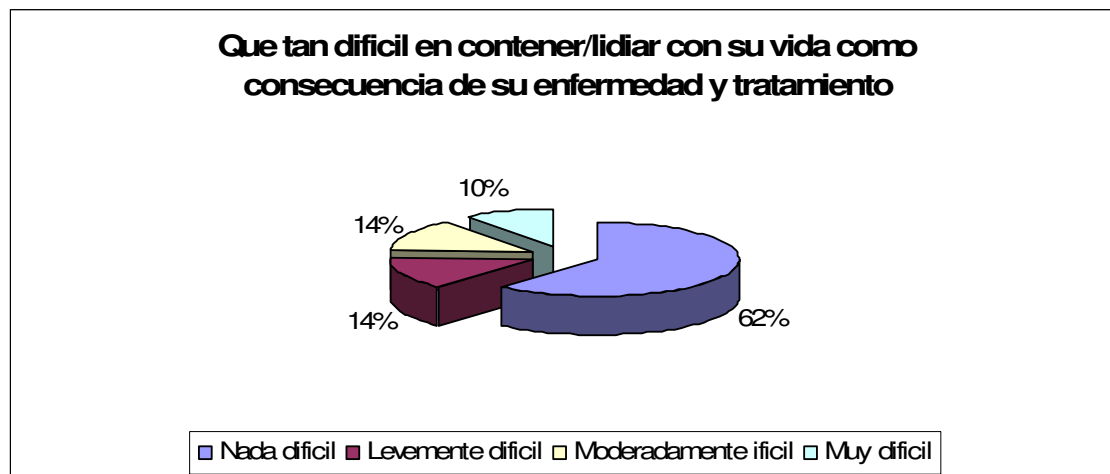
**Figura 20. Boxplot del Bienestar Psicológico. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 20 Se observa que el mayor porcentaje se encuentra debajo de la media que en este caso es 56, lo cual indica una ligera tendencia negativa, a la vez su progresión es positiva por la ubicación de la caja que condensa los datos, las personas participantes en nuestro estudio mostraron sentimientos negativos, entre estos la aflicción, angustia y depresión lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de realizar el análisis de esta grafica; es decir aunque su progresión sea positiva, la ligera tendencia hacia lo negativo representada en los problemas que mencionamos, si no se controlan podrían ocasionar problemas emocionales, y de salud severos al bienestar psicológico del individuo, afectando la calidad de vida de el mismo.

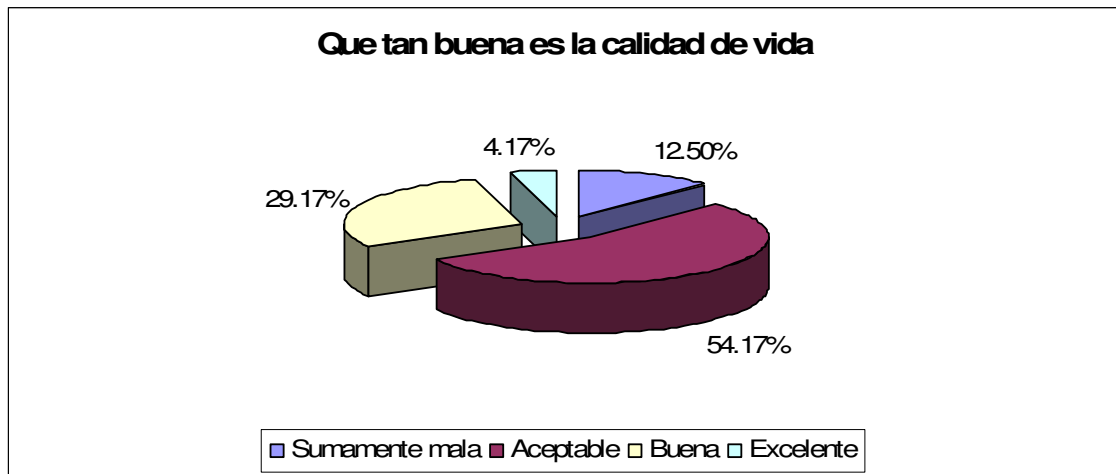
**Figura 21. Lidar Con La Enfermedad. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 21 se observa que el 62% de la población dice que no ha sido difícil contener con su vida como consecuencia de su enfermedad y tratamiento, el 14% dicen que leve y moderadamente difícil respectivamente y el 10% dicen que muy difícil. Lo cual indica que las personas participantes en nuestro estudio han tenido un buen manejo de su tratamiento, por consiguiente manifiestan que no se les a dificultado el convivir con una enfermedad crónica en este caso la hipertensión, reafirmado esto por parte del alto nivel de apoyo que reciben de otras personas. A la vez se debe tener en cuenta los porcentajes negativos, ya que si no se controlan podrían cambiar el contexto de la vida cotidiana de la persona que a diario, cohabita con una patología crónica.

**Figura 22. Calidad de vida. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 22 muestra que un 54% de la población tiene una calidad de vida aceptable, esto se relaciona con lo afirmado por Roca-Cusachs y cols<sup>140</sup>, Lawrence y cols<sup>141</sup> y Yodfat y cols<sup>142</sup>, han descrito que los pacientes hipertensos presentan peores resultados respecto a la calidad de vida que los sujetos normotensos. Existe, sin embargo, un estudio de Robinson<sup>143</sup> en el que defiende que la calidad de vida de los hipertensos no diagnosticados no difiere, e incluso es superior, a la de los normotensos. También Kullman y Svärdsudd<sup>144</sup> publicaron un estudio en que los sujetos hipertensos sin tratamiento parecían tener menos síntomas que los normotensos. En comparación con otras enfermedades crónicas, los pacientes hipertensos presentan mejores resultados en calidad de vida.

<sup>140</sup> ROCA-CUSACHS Y Cols., Op.cit., p.59

<sup>141</sup> LAWRENCE Y Cols., Op.cit., p.59

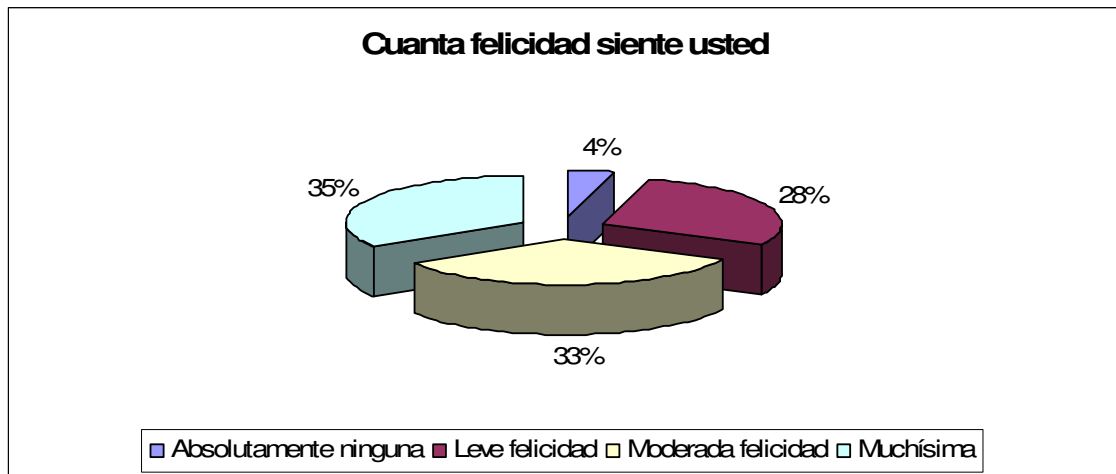
<sup>142</sup> YODFAT Y Cols. Op.cit., p. 59

<sup>143</sup> ROBINSON., Op.cit., p.60

<sup>144</sup> KULLMAN S Y SVÄRDSUDD K. Op.cit., p.60

La calidad de vida del hipertenso como expresión de un completo bienestar relacionado con diferentes aspectos que acompañan la vida, se eleva cuando se combaten algunos aspectos de la vida que de alguna manera influyen en esta y disminuyen como es nuestro estudio al encontrarse factores que afecten de manera individual los bienestares que la componen.

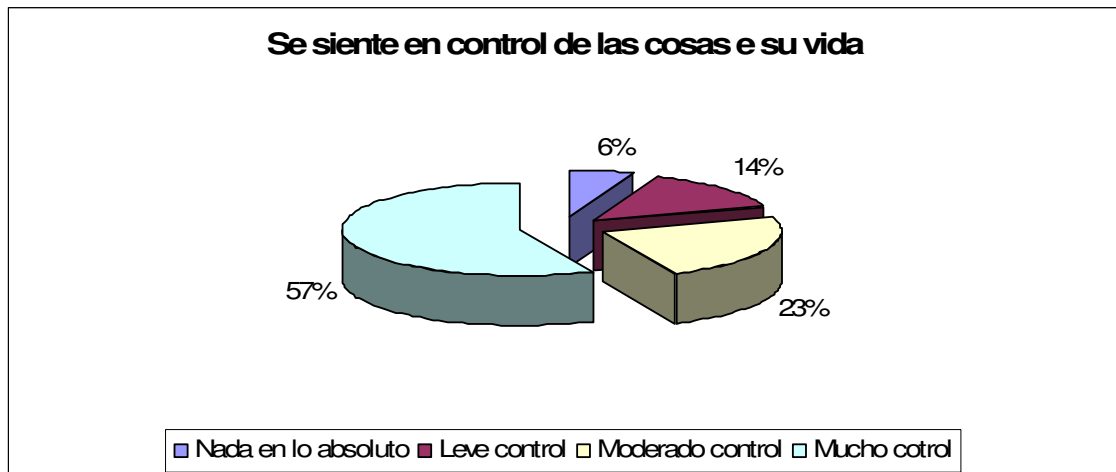
**Figura 23. Felicidad. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 23 muestra que el 35 % de la población siente muchísima felicidad, un 33% moderada felicidad, y un 28% absolutamente ninguna, lo cual es relevante ya que es un resultado relativamente alto tanto para lo positivo como, para lo negativo, aunque tenemos en este estudio se evidencian personas muy felices, y de la misma manera se observa un porcentaje considerable, de personas que no se sienten felices, en lo absoluto, relacionado esto con las preocupaciones sociales, que hacen parte de cada individuo, como lo son entre estos uno de los más preocupantes y estresantes factores para las personas, el económico.

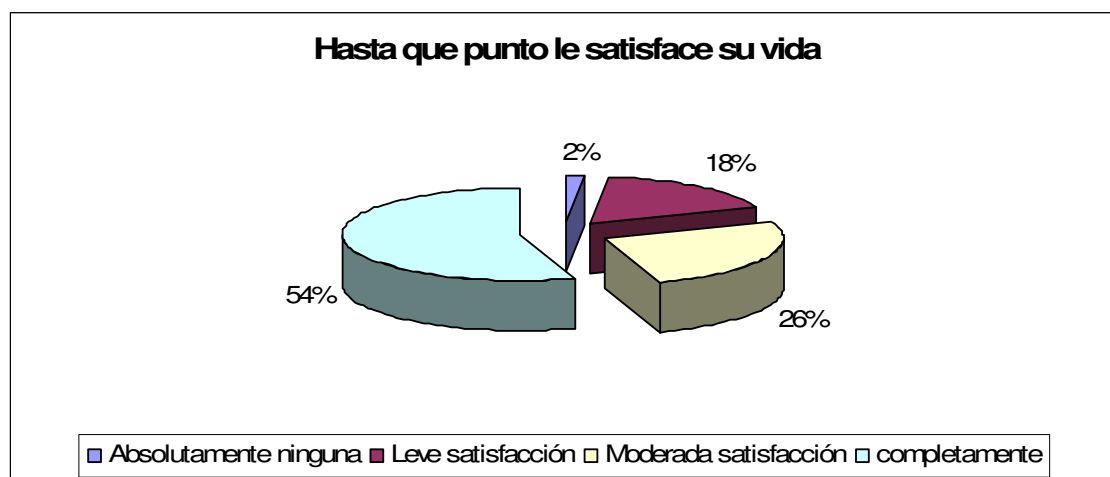
**Figura 24. Control de las cosas. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 24 se observa que el 57% de la población siente mucho control en las cosas de su vida y un 23% moderado control, esto relacionado con el alto porcentaje de adultos mayores participantes en nuestro, estudios, quienes se muestran personas independiente, dentro de su rol de personas cuya salud se encuentra al cuidado de otros, de los que recibe un gran apoyo, a la vez un porcentaje significativo considera tener moderado control, evidenciado esto por las mismas restricciones de la patología.

**Figura 25. Satisface su vida. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 25 muestra que el 54% de la población se encuentran completamente satisfechos con su vida, por ser personas mayores y de bajo nivel socioeconómico, se han sentido satisfechos con lo que han logrado en su vida, o lo que su rol social, reflejo hasta este momento, a la vez el porcentaje de personas participantes en nuestro estudio que expresan moderada satisfacción en nuestro estudio, se deben tener en cuenta, ya que pueden desarrollar sentimientos de aflicción o evocación, sobre lo que son y lo que les hubiera gustado ser, afectando de manera negativa el equilibrio emocional del individuo

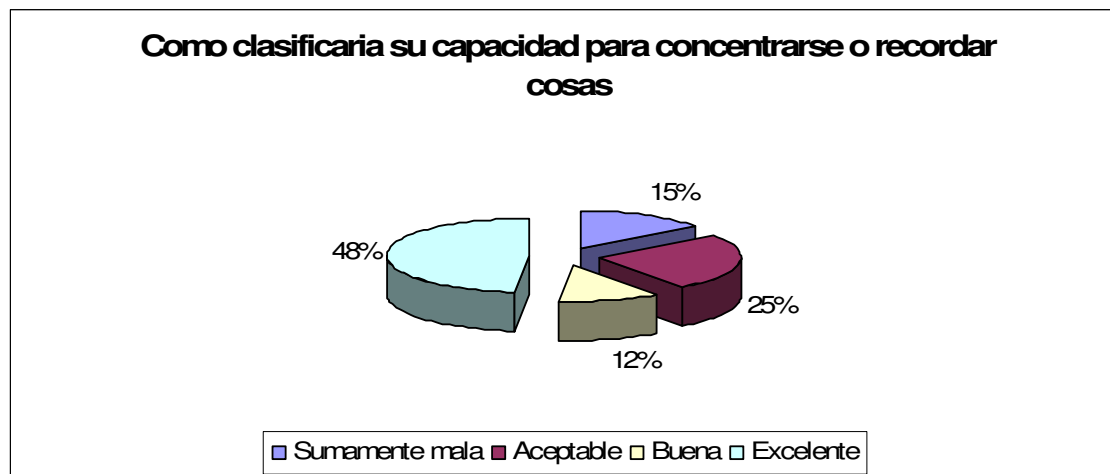
George (1981)<sup>145</sup> define la satisfacción de vida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida. También, las percepciones de la salud son un mejor indicador de la

<sup>145</sup> GEORGE, IK subjective well-being. Conceptual and methodological issues. In: c. Eisdorfer 1981 citado por Aranda y col. Calidad Y Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú - Estudio Piloto Y Análisis Psicométrico.2002

satisfacción de la calidad de vida en comparación con el número de enfermedades crónicas



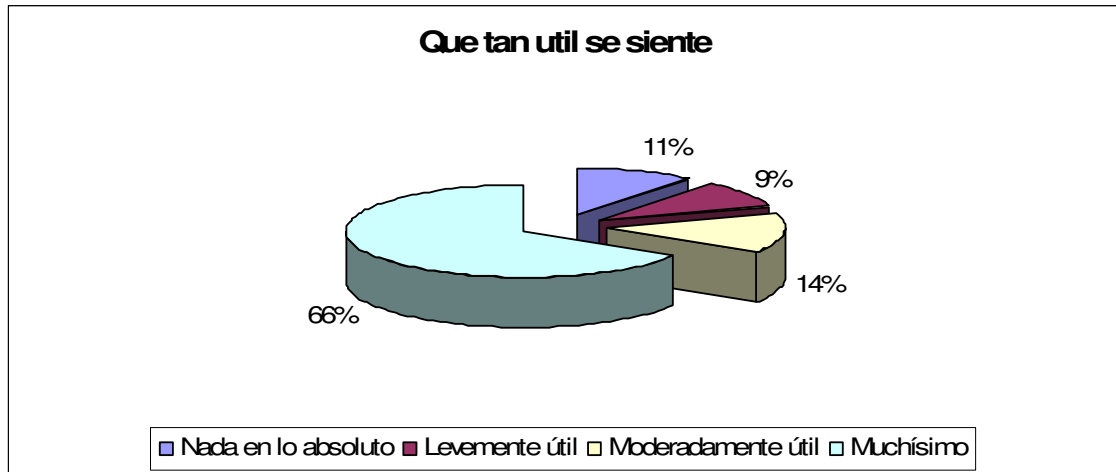
**Figura 26. Capacidad para concentrarse. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 26 muestra que el 48% de la población clasifica como excelente su capacidad para concentrarse o recordar cosas, un 25% aceptable y un 15% sumamente mala, teniendo en cuenta que en los adultos mayores prevalece la memoria a largo plazo, en la que los recuerdos perduran y se hacen relatos de su diario vivir, es importante tener en cuenta el porcentaje de personas que clasifican su capacidad para concentrarse como sumamente mala, ya que suele ser percibido por el paciente como algo pasajero pero que en determinado momento, para el rango de edades de 30-59, años podrían representar problema.

**Figura 27. Útil. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

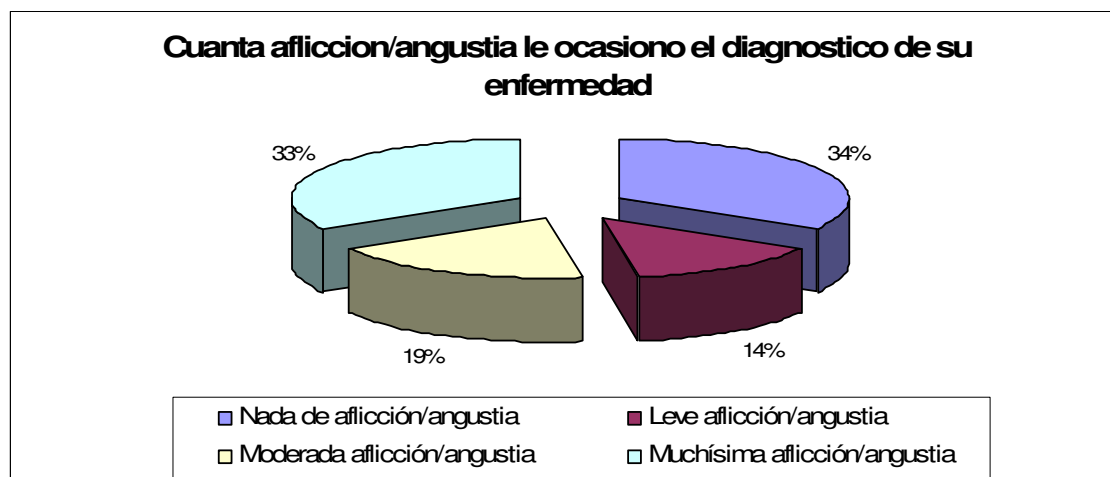


Fuente: investigación de campo.

En la figura 27 se observa que el 66% de la población se sienten útil en alto grado lo cual coincide con el estudio de Ramírez, López Y Gaviria (2006)<sup>146</sup> donde se observa que el grupo está constituido por personas mayores, es notorio que el 62% siempre se han sentido útiles y necesarios, el 16% casi siempre. Siendo esto importante, ya que influye directamente en el estado emocional de la persona, fortaleciendo su autoestima, mostrado esto en el alto porcentaje de utilidad, individual como ser humano, y como persona importante, para su familia y sociedad, contemplado dentro de las necesidades de auto cuidado, ya que en nuestro estudio algunos, de los pacientes no cuentan con una persona que se encargue del cuidado de su salud.

<sup>146</sup> RAMIREZ Y Cols., Op.cit., p.26

**Figura 28. Cuanta aflicción/angustia le ocasiono el diagnostico de su enfermedad. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

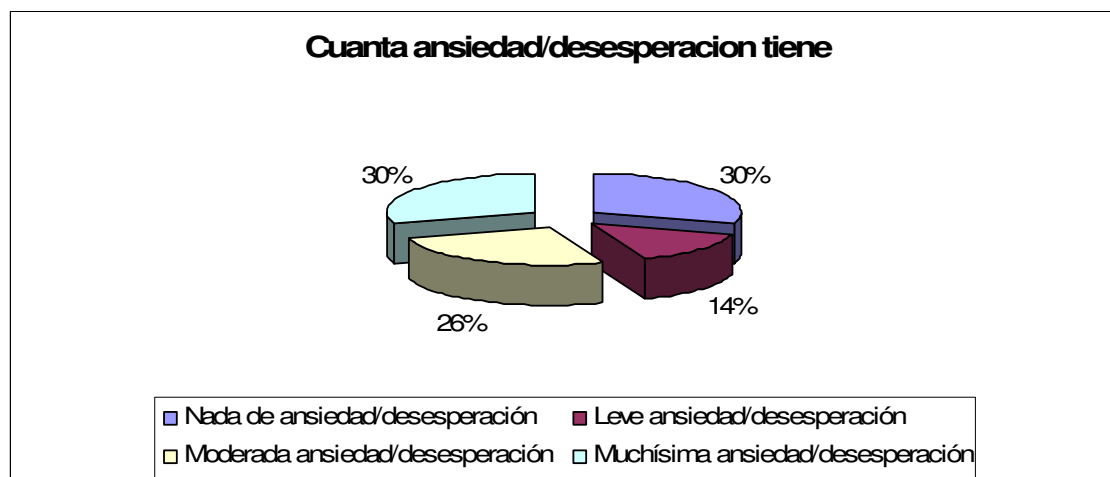
En la figura 28 se observa que a el 34% de la población le ha ocasionado muchísima aflicción/angustia el diagnostico inicial de su enfermedad, lo cual concuerda con Molerio, y García (2004)<sup>147</sup> Ramírez, López Y Gaviria (2006)<sup>148</sup> donde se expresaron los resultados mediante el uso de la técnica de autorreporte vivencial mostrando que entre los estados que son evidenciados por el grupo de personas hipertensas participantes en el estudio se destacan sentimientos de angustia en un 52%, y el abatimiento en un 48% , relacionándose esto en que las personas hipertensas, experimentan sentimientos negativos como consecuencia de su patología, ya que ello implica nuevas reglas o aditamentos para mantener una buena Calidad de Vida. A la vez se identifica que estos sentimientos son causados en la mayoría de los casos por otros factores como el económico y social que forma parte del contexto global de la persona, y que influyen directamente sobre su bienestar.

<sup>147</sup> MOLERIO , GARCIA , Op.cit., p.27

<sup>148</sup> RAMIREZ, Y Cols., Op.cit., p.26

Es importante resaltar que el afrontar un problema de salud físico nuevo; el simple hecho de saber que se está enfermo, es de por sí un factor estresante y negativo para el mantenimiento del equilibrio y la salud del ser, por consiguiente se evidencian sentimientos de angustia y aflicción ante el nuevo cambio de salud, y la aparición de nuevos términos, y normas a la que la persona con hipertensión deberá hacer caso omiso para evitar complicaciones, en la armonía de su organismo

**Figura 29. Cuanta ansiedad/desesperación tiene. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

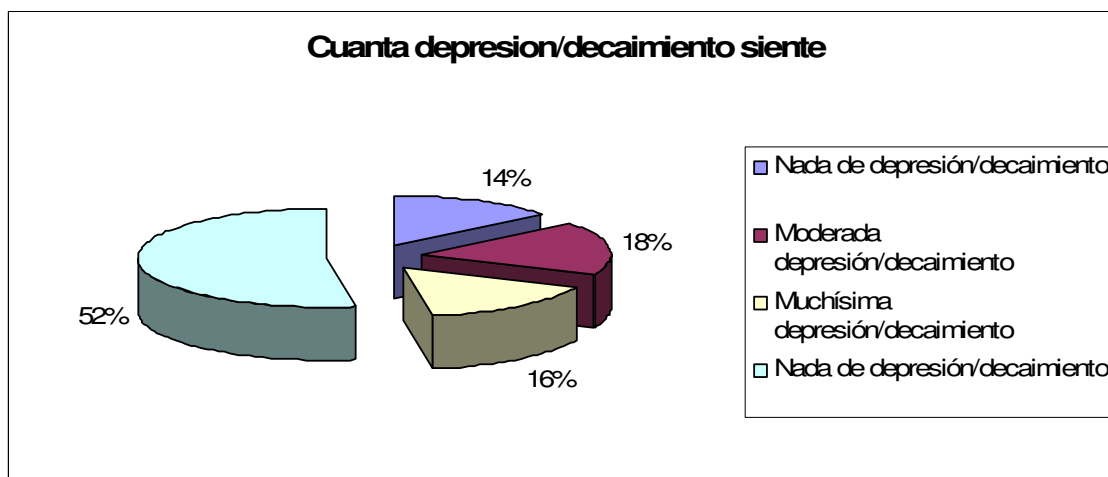
En la figura 29 se observa un porcentaje uniforme de 30%, respectivamente para las respuestas, leve ansiedad/desesperación, muchísima ansiedad/desesperación, lo cual concuerda con el estudio de Molerio, y García (2004) <sup>149</sup> en donde la ansiedad resulto ser el indicador que mas caracterizo el funcionamiento emocional de las personas hipertensas participantes en el estudio con porcentajes que oscilan entre alto (52 %) y medio (48 %), mostrando así que las personas hipertensas experimentan sentimientos de ansiedad/desesperación en alto grado como consecuencia de su patología afectando directamente su estado emocional y por ende su Bienestar Psicológico.

La ansiedad es un estado en el cual el individuo puede mostrar síntomas físicos claros entre estos, sudoración, movimientos corporales acelerados,

<sup>149</sup> MOLERIO , GARCIA , Op.cit., p.27

entre otros importantes como la aceleración del ritmo cardiaco llevando a elevar las cifras normales de la tensión arterial, por lo que se produce la descompensación del organismo, a la vez experimenta cambios en su estado emocional en ocasiones el llanto, o el tono de voz elevado puede ser un síntoma marcado de ansiedad.

**Figura 30. Cuanta depresión/decaimiento siente. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

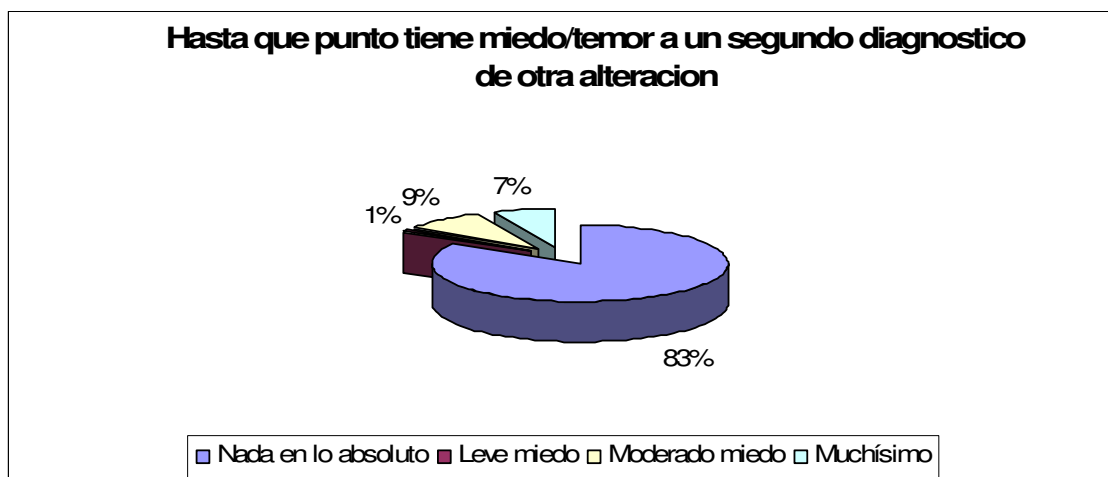


Fuente: investigación de campo.

En la figura 30 se observa que el 53% de la población no siente nada de depresión/decaimiento, lo cual difiere del estudio de Molerio, y García (2004)<sup>150</sup> en donde se constató que los niveles de depresión de los pacientes hipertensos oscilan entre moderada distimia depresiva (76 %), con un predominio de ésta, y síntomas situacionales depresivos (24 %).

<sup>150</sup> MOLERIO , GARCIA , Op.cit., p.27

**Figura 31. Hasta qué punto tiene temor a un segundo diagnostico de otra alteración. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



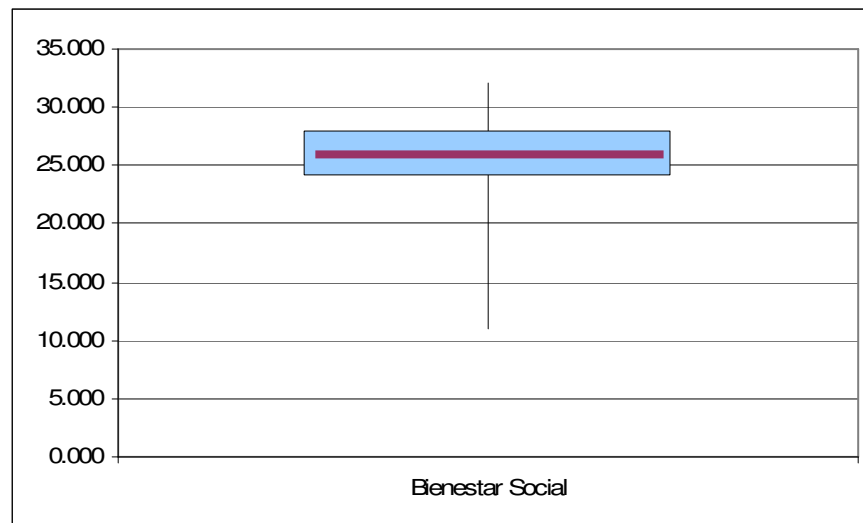
Fuente: investigación de campo.

En la figura 31 se observa que el 83% de la población objeto de estudio no tiene temor, el 9% tiene un miedo moderado, el 1% expresa tener miedo leve y solamente un 7% de la muestra expresa tener muchísimo temor a un segundo diagnostico de otra relación, manifestando la aceptación de la enfermedad teniendo en cuenta su edad o su condición de adulto mayor.



### 4.2.3 BIENESTAR SOCIAL

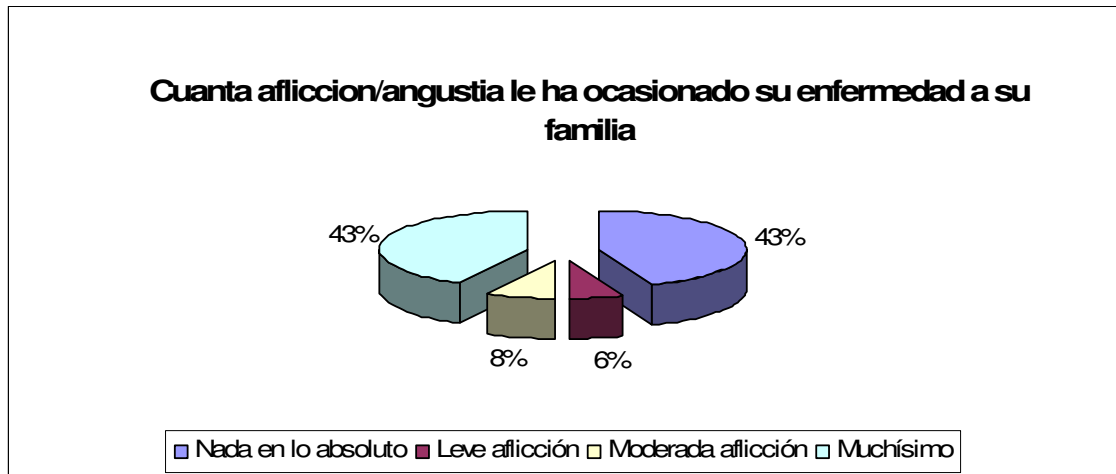
**Figura 32. Boxplot del Bienestar Social. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 32 se observa que el porcentaje se encuentra alrededor de la media que en este caso es 26, indica una tendencia positiva por la ubicación de la caja que contiene los datos, este bienestar engloba el papel de la persona con patología crónica, su entorno, su sexualidad, sus relaciones interpersonales, entre otros. En el análisis, se observa un porcentaje análogo para la preocupación aflicción/angustia, de los familiares del paciente hipertenso, ya que la población dice que la enfermedad, le ha causado muchísima aflicción a su familia, y de igual proporción expresan que nada de aflicción, puede que la falta de preocupación, aflicción/angustia de los familiares del paciente con enfermedad crónica, represente una amenaza para el mantenimiento del equilibrio de este bienestar ya que pueden ser percibidos por este como abandono y falta de apoyo.

**Figura 33. Cuanta aflicción/angustia le ha ocasionado a su familia. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

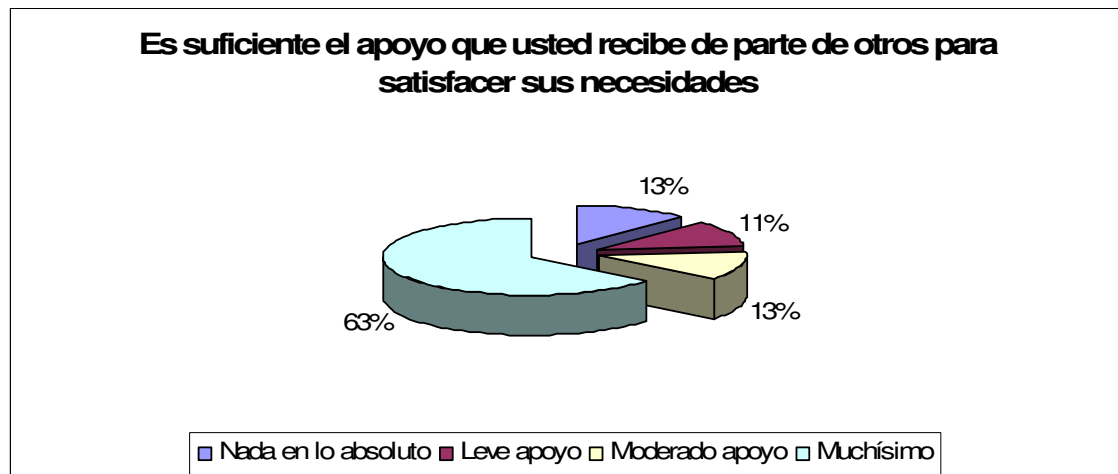


Fuente: investigación de campo.

En la figura 33 se observa que el 44% de la población dice que a su familia no le ocasiono nada en lo absoluto de aflicción/angustia, su enfermedad lo cual coincide con Ramírez, López Y Gaviria (2006)<sup>151</sup> en donde El apoyo de la familia a las personas del grupo estudiado estaba en continua contradicción: había en ellos una tendencia a la dependencia económica de los hijos y, por lo tanto, en la toma de decisiones familiares; pero en las entrevistas realizadas se evidenció soledad en ellos y que echaban de menos el apoyo familiar, lo cual resulta afectando el Bienestar psicológico y social de la persona con hipertensión, ya que en muchos casos las personas sienten que son una carga para la familia.

<sup>151</sup> RAMIREZ Y Cols Op.cit., p.26

**Figura 34. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que Ud. recibe para satisfacer sus necesidades? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 34 se observa que el 64% de la población tuvo muchísimo apoyo y el 12% tuvo un moderado apoyo para satisfacer sus necesidades, lo que se relaciona con Medina y Gómez (2003)<sup>152</sup>, concluyo que el apoyo familiar marca una influencia importante en el control de la hipertensión arterial por lo que la estructura y la organización familiar, seguirá siendo el apoyo más importante para los que envejecen por lo que se tendrá que trabajar para fortalecer la familia, reforzándola con recursos, información y educación para que apoyen a sus ancianos. De igual forma, se relaciona con el estudio de Cuevas (2003-2004)<sup>153</sup> en el que muestra que el 83,7% de los participantes referían disfrutar de una red de apoyo social formada por varias personas, frente al 5,5% sin ninguna clase de apoyo.

<sup>152</sup>MEDINA L, GÓMEZ V. Apoyo Familiar Y Control De Hipertensión Arterial En Pacientes Geriátricos. México. 2003

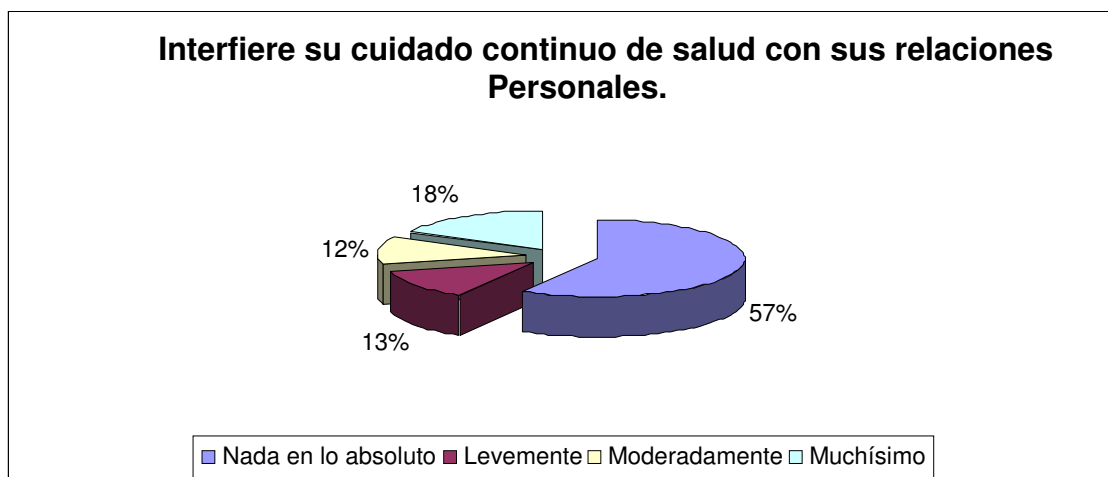
<sup>153</sup> CUEVAS. Op.cit., p.19

Ramírez, López Y Gaviria (2006)<sup>154</sup> afirma en su investigación que la composición de su grupo predominaba la familia nuclear con 53% (85 usuarios) y pertenecían a una familia extensa el 34% (55 usuarios). Estos datos evidencian un mayor porcentaje en la constitución de hogares con familia nuclear, lo que influye notoriamente en las relaciones interpersonales, los gastos económicos, los riesgos por hacinamiento y el déficit en el cuidado de las personas enfermas.

---

<sup>154</sup> RAMIREZ Y Cols., Op.cit., p.26

**Figura 35. ¿Interfiere su cuidado de salud con sus relaciones personales? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

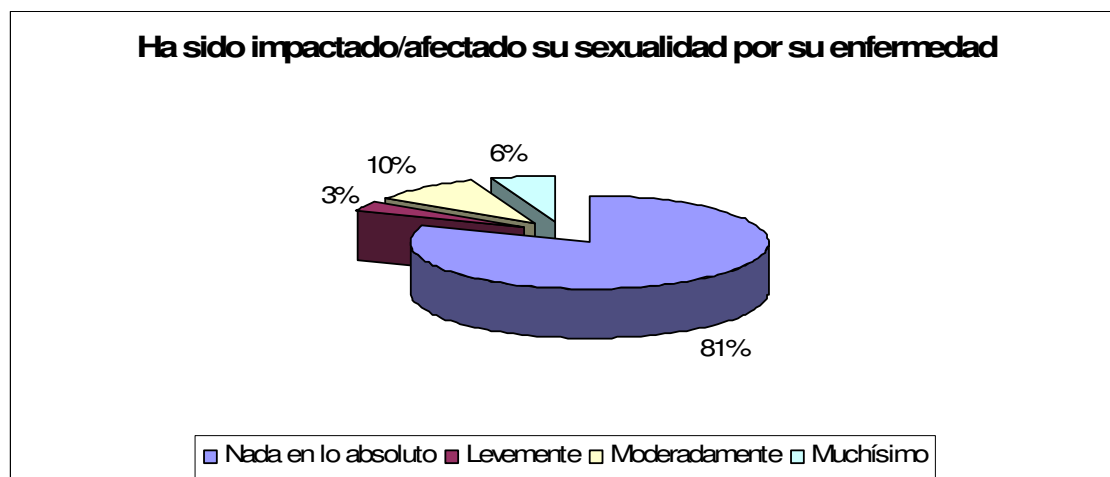
En la figura 35 se observa que el 57% de la población dice que el cuidado continuo de su salud, no interfiere con sus relaciones personales un 18 % dice que, interfiere muchísimo y un 12% dice que moderadamente, lo que difiere con Melchoirs (2004)<sup>155</sup> quien indica que socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad, las restricciones sexuales o dietéticas que pueden llevar a conflictos que contribuyen en la alteración del bienestar del paciente.

Lo cual indica que aunque sea alto el porcentaje de las personas hipertensas participantes en nuestro estudio que piensan que cuidado continuo de su salud no interfiere con sus relaciones personales, se debe tener en cuenta los

<sup>155</sup> MELCHOIRS, Ana Carolina. et al. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. Seguir Farmacoter. 2004. Citado por CUCUNUBA, Jobana. Calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de diabetes en el Centro de Atención Ambulatoria Cundí Santa Marta, Año de obtención.2007.

porcentajes negativos evidenciados que manifiestan un leve deterioro en las relaciones personales de la persona con enfermedad crónica.

**Figura 36. ¿Ha sido afectada su sexualidad por su enfermedad? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 36 se observa que el 52% de la población su sexualidad no ha sido afectada y un 29% ha sido afectado moderadamente, lo que infiere con Ferrer (2007)<sup>156</sup> en la que el 86% de la población, con independencia de si son hombres o mujeres, padecen problemas sexuales derivados de las consecuencias de una presión arterial superior a un valor de 140, diastólica, y de 90, sistólica.

Así lo revela un estudio realizado por alumnos del quinto curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria y dado a conocer en el XIII Congreso de Cardiología para Estudiantes que se celebra en Salamanca.

El estudio, dirigido por el jefe de la Sección de Cardiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), José de Berrazueta, señala que en los hipertensos se ve afectada la fase de excitación y 'aparecen dificultades en la lubricación vaginal y disfunción eréctil'.

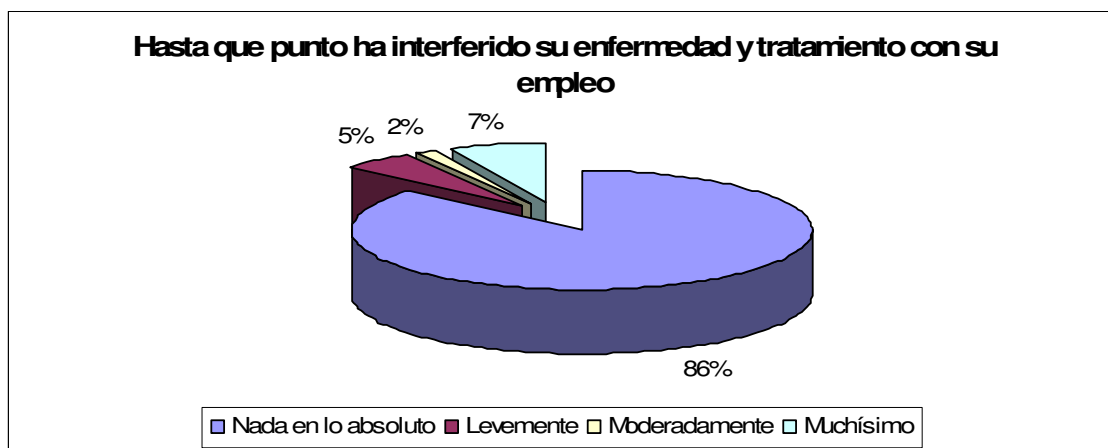
<sup>156</sup> FERRER, J. Op.cit., p.65

También añade la investigación que es frecuente los trastornos en el orgasmo, sobre todo entre las mujeres con una alta presión arterial.

La hipertensión lesiona el sistema circulatorio y además, agrega el estudio, 'se ha comprobado que algunos medicamentos que se emplean para su tratamiento repercuten de manera negativa sobre la erección', como sucede con los betabloqueantes, los sedantes y los diuréticos.



**Figura 37. ¿Hasta qué punto ha interferido su enfermedad con su empleo? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

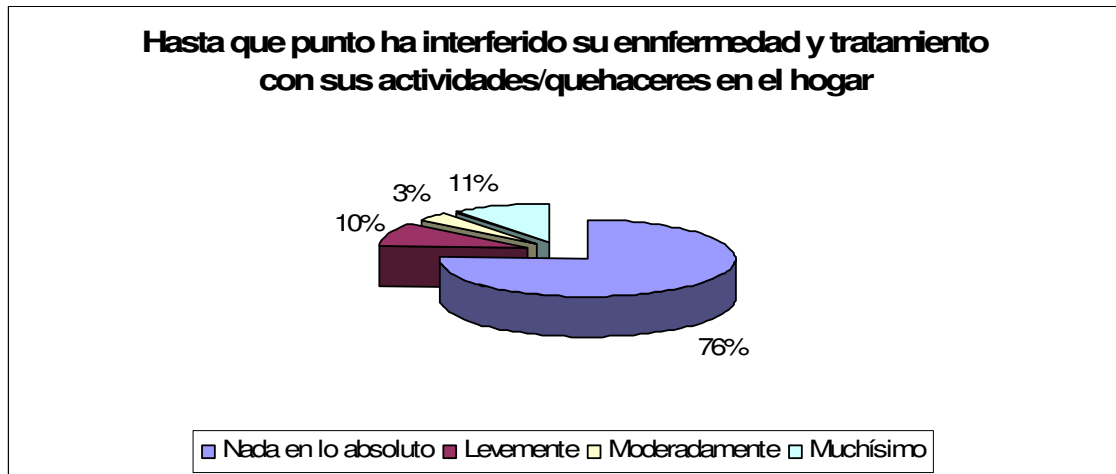


Fuente: investigación de campo.

La figura 37 muestra que el 86% de la población dicen que su enfermedad y tratamiento no a interferido en nada en lo absoluto con su empleo, relacionado esto con que las personas participantes en nuestro son adultos mayores y no se encuentran laborando actualmente, por lo que se dedican a las labores, relacionadas con los sucesos de su diario vivir. Los cual difiere con lo expresado por Espinosa y Cols (2005)<sup>157</sup> quienes consideran a la hipertensión como una “enfermedad hipocinética” (tendiente a realizar poco movimiento corporal), puede repercutir en sus actividades laborales, sociales, del hogar, personales, recreativas y de ocio. Es importante la evaluación de la máxima actividad física que realiza el individuo y cómo puede estar contribuyendo en su enfermedad.

<sup>157</sup> ESPINOSA A, JÁUREGUI E, JIMÉNEZ J, RAMÍREZ G, LÓPEZ J. Experiencia de la aplicación del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) en personas con hipertensión arterial. 2005

**Figura 38. ¿Ha interferido su enfermedad en el actividades/hogar? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

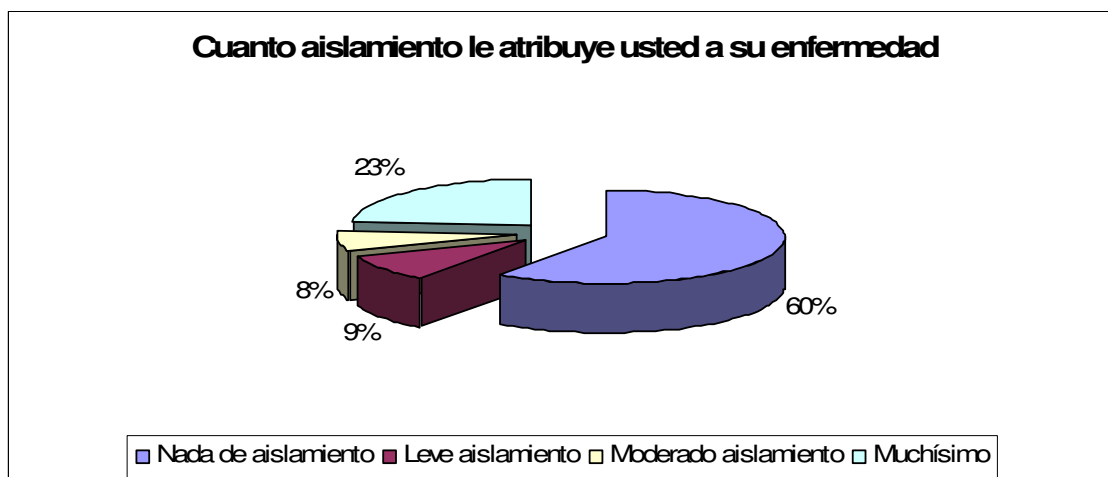


Fuente: investigación de campo.

En la figura 38 se observa que el 76% de la población manifiesta que su enfermedad y tratamiento no han interferido en lo absoluto con sus quehaceres en el hogar, teniendo en cuenta el predominio de el sexo femenino en nuestro estudio, no queriendo negar con esto el rol que algunos varones asumen en el cual se desempeñas el papel de señor del hogar de manera estupenda, se debe tener en cuenta que, los quehaceres en el hogar forman parte de la rutina del diario vivir con predominio en las mujeres. Los cual difiere con lo expresado por Espinosa y Cols (2005)<sup>158</sup> quienes consideran a la hipertensión como una “enfermedad hipocinética” (tendiente a realizar poco movimiento corporal), puede repercutir en sus actividades laborales, sociales, del hogar, personales, recreativas y de ocio. Es importante la evaluación de la máxima actividad física que realiza el individuo y cómo puede estar contribuyendo en su enfermedad

<sup>158</sup> Ibid., p.129.

**Figura 39. ¿Cuánto aislamiento le atribuye usted a su enfermedad? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

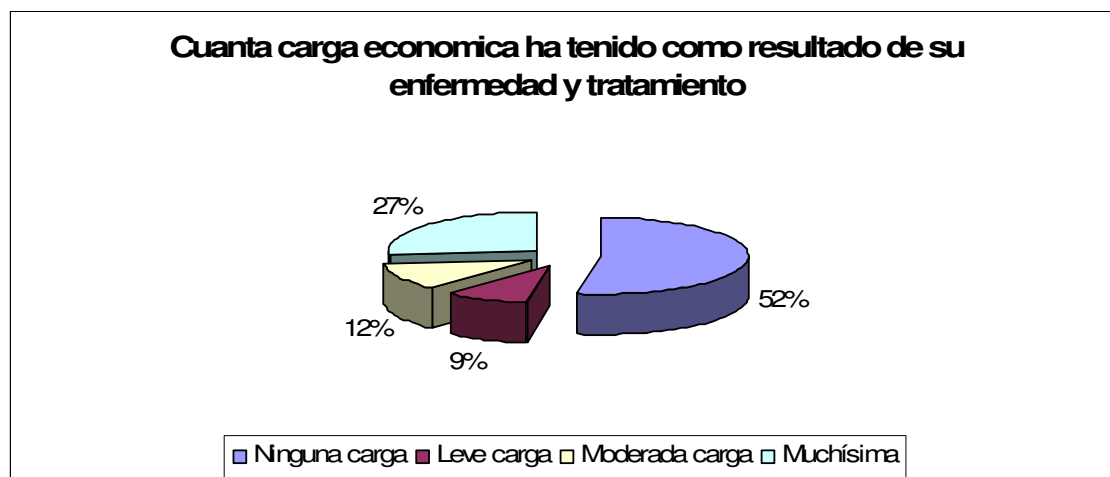
La figura 39 muestra que el 60% de la población no atribuye nada de aislamiento a su enfermedad, relacionado esto con el alto nivel de apoyo que reciben de otros para satisfacer sus necesidades, por consiguiente las redes de apoyo del municipio de Ciénaga ofrecen espacios dentro de el centro de el salud Marceliano Bruges, para que el adulto mayor tengan momentos de recreación y esparcimiento que potencian el rol social de la persona hipertensa

Según Sánchez Roberto (2002)<sup>159</sup> el aislamiento social se define por una tendencia a mantenerse distanciado de los demás, por inhibir a menudo la expresión de emociones y conductas en la interacción social, y por bajos niveles de soporte social percibido. Décadas de investigación han relacionado el aislamiento social y el bajo nivel de apoyo social percibido con el incremento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Las personas con alta inhibición social son propensas a inhibir sus sentimientos y la expresión de emociones negativas, se sienten tensas e inseguras en presencia de otros, a

<sup>159</sup> SÁNCHEZ.,Op.cit.p.66

menudo presentan poca asertividad, usan estrategias de afrontamiento de evitación y tienen pocas capacidades comunicativas.

**Figura 40. ¿Cuánta carga económica ha tenido como resultado de enfermedad y tratamiento? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 40 muestra que el 52% de la población dicen que no han tenido ninguna carga económica como resultado de su enfermedad y tratamiento, y un 27% dicen que muchísima, sopesado esto por la existencia de las redes de apoyo del municipio, que forman parte vital e importante en el control de la patología y prevención de la misma, recordemos además que los programas para pacientes hipertensos, proporcionan un cuidado moderado de la salud a la persona hipertensa, dependiendo esto directamente de la disciplina del paciente para asistir a sus respectivos controles, y modificando las conductas que puedan alterar su bienestar y empeorar su enfermedad crónica.

A la vez el porcentaje de personas que refieren que han tenido mucha carga económica, relatan que muchas veces, no se agilizan y desarrollan de manera armónica los procesos administrativos para realizar algunos chequeos muchas veces sugeridos en la consulta médica, por tomarse como signos de alarma,

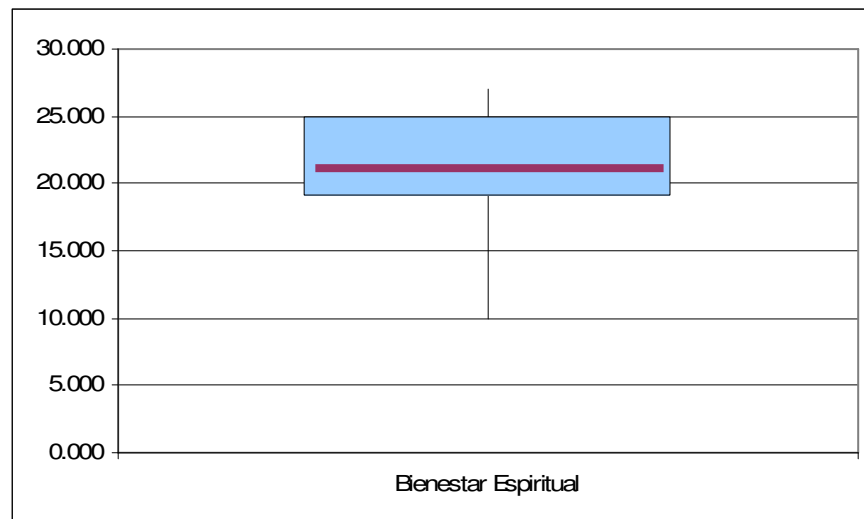
para posibles complicaciones. Lo que difiere con Chapuis y Cols (2006)<sup>160</sup> los que afirman que la hipertensión, representa una carga económica importante. En donde los pacientes hipertensos requirieron de hospitalización en al menos una ocasión en el 54% en un año y pacientes que acudieron de 2 a 10 veces al servicio de urgencias, lo que representa un costo elevado.

---

<sup>160</sup> CHAPUIS Y Cols.,Op.cit.p.65

#### 4.2.4 BIENESTAR ESPIRITUAL

**Figura 41. Boxplot del Bienestar Espiritual. Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 41 se observa que el mayor porcentaje se encuentra por encima de la media que en este caso es 21, lo cual indica una tendencia positiva, a la vez llama la atención los porcentajes negativos en actividades de participación religiosa, o actividades como la meditación, ya que estos son relativamente altos relacionándose con la incertidumbre que sienten con respecto hacia el futuro, ya que su bienestar espiritual, muestra un deterioro gradual y progresivo que puede afectar negativamente la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica, el tener pilares sólidos basados en la fe y la confianza en un ser supremo mantiene un bienestar espiritual saludable y equilibrado, en las personas con padecimientos crónicos ya que encuentran en Dios su apoyo incondicional, y claman su ayuda ante situaciones de adversidad aflicción o angustia causadas en un momento dado, por las posibles complicaciones de su patología.

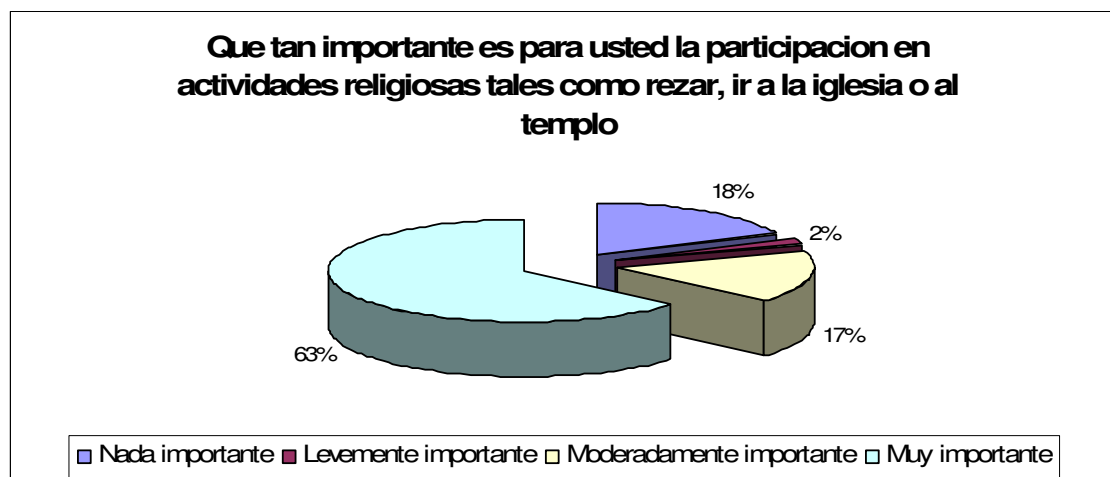
El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de EEUU (1997)<sup>161</sup> señaló en un comunicado que "algunas investigaciones anteriores han sugerido que la religión y la espiritualidad pueden tener un efecto protector de la salud en el resultado de las enfermedades".

---

<sup>161</sup> ESTUDIO del Centro Médico de La Universidad de Misisipi. Op.cit p.67



**Figura 42. ¿Qué tan importante es para usted su participación en actividades religiosas? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**

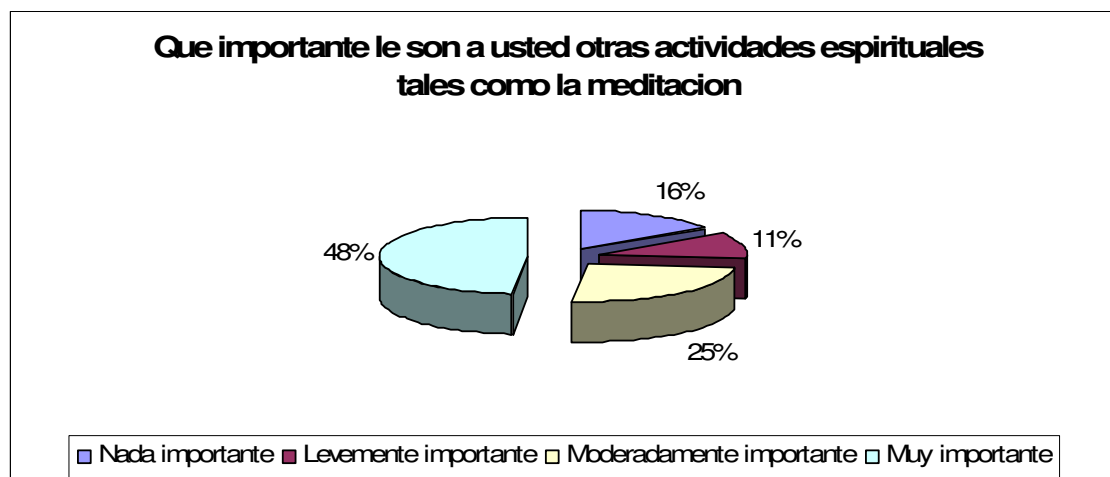


Fuente: investigación de campo.

En la grafica 42 se observa que el 63% de la población es muy importante la participación en actividades religiosas y para el 17% moderadamente importante, constituyendo este un aspecto positivo debido al impacto que causa en la calidad de vida. Según Montaner<sup>162</sup> ha puesto de relieve que los individuos que practican liturgias religiosas y siguen preceptos espirituales tienen una presión sanguínea significativamente inferior en comparación aquellas personas que son agnósticos o materialistas.

<sup>162</sup> MONTANER J. Nueva claves para entender la hipertensión. Nueva York 18 de mayo de 2006. Pág. 2

**Figura 43. ¿Es importante para usted la meditación? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



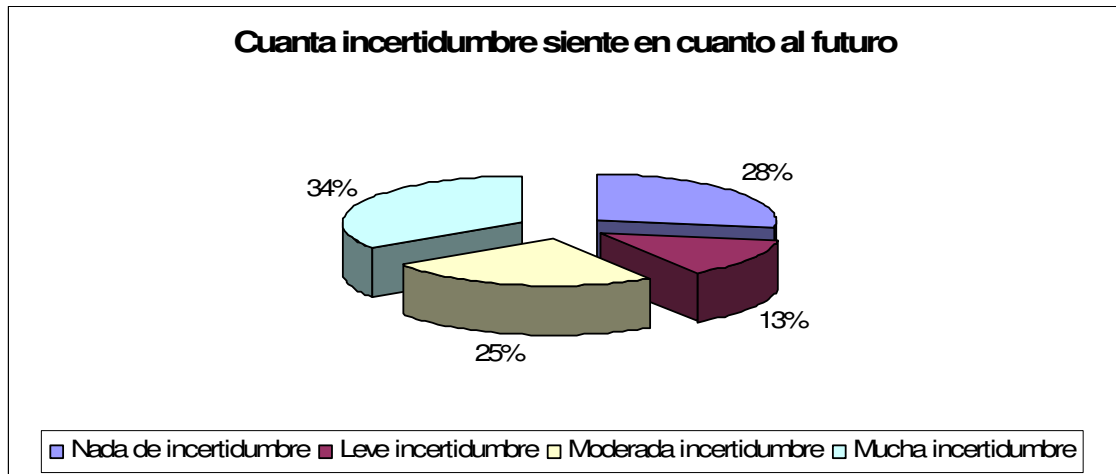
Fuente: investigación de campo.

En la figura 43 se observa que el 48% de la población es muy importante la meditación y el 25% tuvo meditación moderadamente importante.

Davidson (2006)<sup>163</sup> afirma que la meditación, una técnica de control que tiene sus raíces en Oriente, puede aportar beneficios para la hipertensión, los efectos secundarios de la medicación antirretroviral contra el HIV y el cáncer. La Asociación de Cardiología de los Estados Unidos, por su parte, recomienda a los pacientes que padecen hipertensión arterial que acompañen su tratamiento convencional con técnicas de meditación. Un estudio patrocinado por esta institución demostró que aquellos que meditaban al menos dos veces por día durante veinte minutos por cada sesión reducían de forma considerable su presión sanguínea.

163 Richard J. Davidson Revista Mundo, Médico Revista Oficial del Colegio Médico del Perú. 2006

**Figura 44. ¿Cuánta incertidumbre siente hacia el futuro? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008**

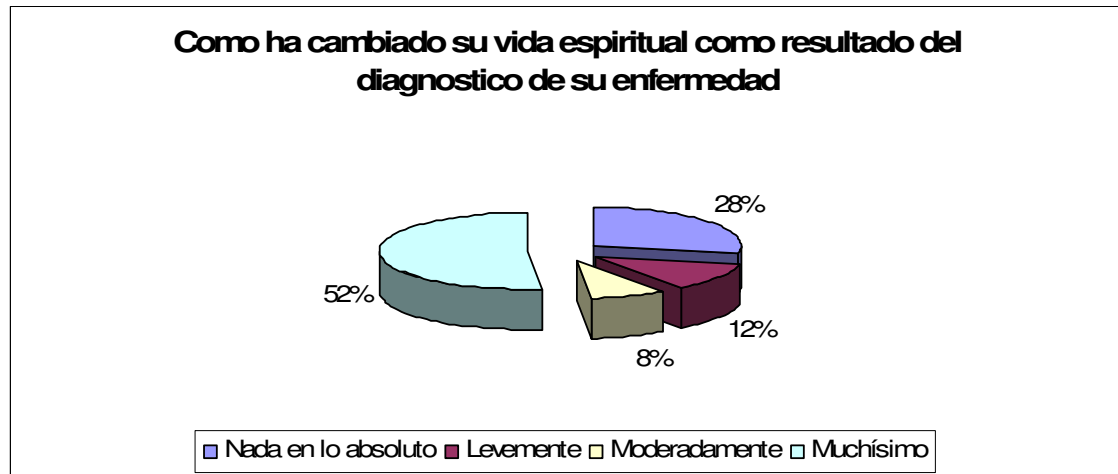


Fuente: investigación de campo.

En la figura 44 se observa que el 34% de la población tiene mucha incertidumbre en cuanto al futuro y el 28% dicen que nada de incertidumbre, lo que se asemeja a Ramírez, López y Gaviria (2006)<sup>164</sup> concluyo que el total de los usuarios el 63% encontraban agradable vivir y 53% tenían aún confianza en el futuro. Revelando esto el deterioro de el bienestar espiritual, afectando de manera negativa la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica.

<sup>164</sup> RAMIREZ Y Cols, Op.cit., p.26

**Figura 45. ¿Ha cambiado su vida espiritual como resultado del diagnóstico de su enfermedad? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

La figura 45 muestra que el 52% de la población dice que su vida espiritual a cambiado muchísimo como resultado del diagnóstico de su enfermedad, el 28% dice que no ha cambiado en lo absoluto, haciéndose evidente que la población aumento su inclinación a un ser supremo, en perspectiva de el padecimiento de una diagnóstico crónico, a la vez se produjo diferente efecto en los participantes que manifiestan que no ha cambiado su vida espiritual, demostrándose, debilidades en este bienestar, factor importante que debe ser tenido en cuenta, ya que para el paciente hipertenso, al no tener una base espiritual estructurada representaría una debilidad, por las posibles complicaciones de su patología .Todo esto aportara a que se pierda el equilibrio es este bienestar y se deteriore la calidad de vida.

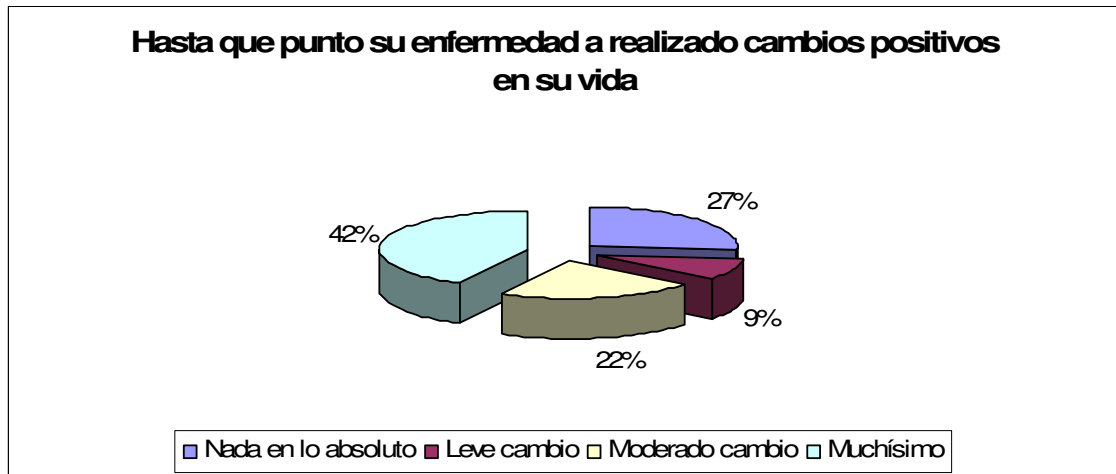
Según el Estudio del Centro Médico de la Universidad de Misisipi (1997)<sup>165</sup> La participación en actividades religiosas tiene un efecto positivo sobre la presión

<sup>165</sup> ESTUDIO del Centro Médico de La Universidad de Misisipi. Op.cit p.67

sanguínea, según un estudio presentado en la reunión de la Sociedad Estadounidense de Hipertensión, en Nueva York. Al término de un estudio hecho entre más de 5.300 personas de raza negra en EEUU, los investigadores del Centro Médico de la Universidad de Misisipi, en Jackson, encontraron otros efectos positivos de la religión entre los pacientes. "Las disparidades cardiovasculares entre los afroamericanos están ampliamente reconocidas", señaló en una declaración Sharon Wyatt, una de las investigadoras. "La hipertensión es un factor en el desarrollo de los males cardiovasculares entre los afroamericanos".

Las conclusiones de este estudio, muestran que la integración de la religión y la espiritualidad -la concurrencia a la iglesia y la oración- pueden proteger a los individuos expuestos al estrés y pueden demorar los efectos destructivos de la hipertensión. El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de EEUU señaló en un comunicado que "algunas investigaciones anteriores han sugerido que la religión y la espiritualidad pueden tener un efecto protector de la salud en el resultado de las enfermedades".

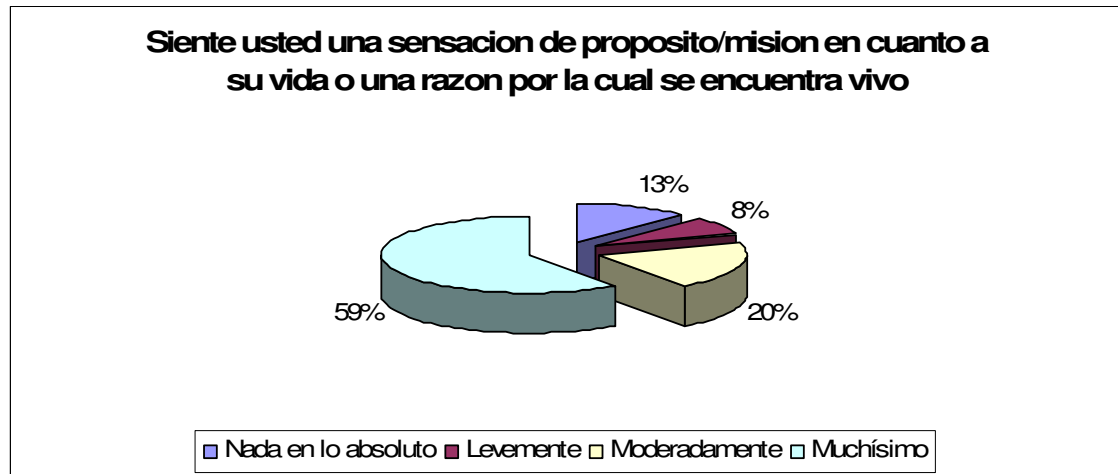
**Figura 46. ¿Hasta qué punto su enfermedad a realizado cambios positivo en su vida? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 46 se observa que el 42% de la población dice que su enfermedad a realizado muchísimos cambios positivos en su vida, un 27% dicen que nada en lo absoluto, y un 22% dicen que moderado cambio, relacionándose lo primero, a que las personas hipertensas participantes en nuestro estudio, han tenido una aceptable manejo del diagnostico crónico y las complicaciones que trae el convivir y adaptarse a su patología, a la vez un porcentaje negativo relativamente significativo muestra el deterior del bienestar ocasionando problema, para el equilibrio espiritual de la persona hipertensa.

**Figura 47. ¿Siente un propósito por la cual se encuentra vivo? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



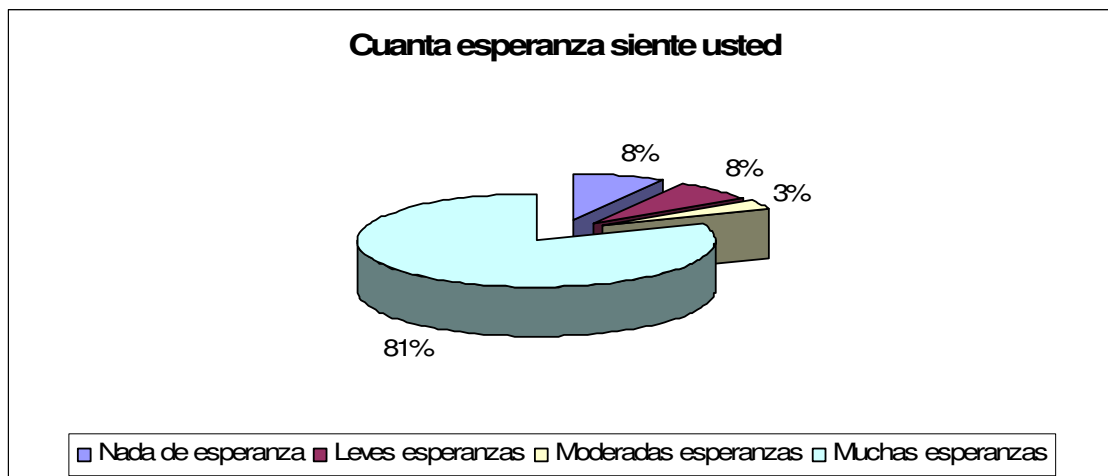
Fuente: investigación de campo.

En la figura 47 se observa que el 59% de la población siente mucha sensación de propósito o razón por la cual se encuentra vivo, un 20% dicen que moderadamente, relacionándose esto con el hecho de que manifiestan sentirse satisfechos con lo que han logrado en su vida personal y social. Según Zavala (2006)<sup>166</sup> encontró en su investigación que las personas expresaban que su fe les daba las fuerzas para sobrellevar su estado de salud hasta que Dios se los permitiera. A la vez según tongprateep (citado por Zavala 2006<sup>167</sup>) la espiritualidad fue como la fuerza impulsadora para los pensamientos, sensaciones, opiniones y las expresiones de los participantes.

<sup>166</sup> ZAVALA, Ma. del Refugio et al. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. En: Revista Aquichan. Chía, Colombia. Año 6, Vol. 6, No. 1 (Octubre 2006); (6) 821. Citado por CUCUNUBA, Jobana. Calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de diabetes en el Centro de Atención Ambulatoria Cundí Santa Marta, Año de obtención.2007.

<sup>167</sup> Ibíd. p. 143

**Figura 48. ¿Cuánta esperanza siente usted? Pacientes con Hipertensión Arterial del Centro De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008.**



Fuente: investigación de campo.

En la figura 48 se observa que el 81% de población dicen que sienten muchas esperanzas con respecto hacia el futuro, relacionándose esto con el alto nivel de apoyo que reciben de otros para satisfacer sus necesidades, y los cambios positivos que han tenido en su vida como consecuencia de su diagnóstico crónico.

Según Roca (2008)<sup>168</sup> La sabiduría popular reconoce que “la esperanza es lo último que se pierde” y que “mientras hay vida hay esperanza. Parece que tiene que ver con la afirmación de Richard Lazarus (Citado por Roca 2008)<sup>169</sup> de que “la esperanza es tan importante a la economía psicológica como si fuera un antídoto al desespero” o la elegante afirmación de Brunner de que “el oxígeno es a los pulmones lo que la esperanza al significado de la vida”. La esperanza -cuya esencia es compleja en tanto presupone el temor a lo peor pero la expectativa de que mas tarde o mas temprano las cosas irán mejor y, por ende, hay que trabajar para ello- es aplicable a cualquier situación en la

<sup>168</sup> ROCA., Op.cit.p.68

<sup>169</sup> Ibid., p. 144



cual algo es intensamente deseado pero las perspectivas de lograrlo son inciertas o ambiguas.

Para Roca (2008)<sup>170</sup> la esperanza, una de las mas complejas configuraciones emocionales, se caracteriza por una mezcla de optimismo uno de los más universales antídotos no sólo para hacerle frente a situaciones estresantes sino para lograr los más difíciles y aparentemente inalcanzables propósitos existenciales, las creencias positivas sobre el éxito y el fracaso el creer y sentir que los esfuerzos sostenidos, al estilo de “quien quiere puede”, conducen al logro de los más complicados propósitos y que el fracaso no es el fin del mundo, que del mismo es posible recuperarse y que, en el peor de los casos, es una experiencia única de aprendizaje, las ilusiones positivas el tener sueños y propósitos que conducen a la persona a una mejor salud psíquica y una positiva filosofía existencial, así como un buen sentido del humor. Este último, asociado a las emociones positivas que le acompañan resultan de excepcional valor en el afrontamiento de la adversidad en general y de la enfermedad crónica en particular, creando gratos espacios en medio de la adversidad (a modo de oasis en el desierto) que según recientes estudios (Walsh) parecen reforzar, no sólo el espíritu, sino también el sistema inmunitario de modo tal que estimulan el sanar y recuperarse de las mas serias enfermedades.

---

<sup>170</sup> Ibid., p. 144

## 5. DISCUSION

El grupo de pacientes con enfermedad crónica hipertensión, que asistieron al puesto de salud Marceliano Bruges, durante el mes de marzo del 2008 representaron un total de 120 se identificaron las siguientes características socio demográficas: con mayor prevalencia en mujeres que en hombres, siendo lo más afectados los adultos entre los 36 – 59 y mayor de 60 años, en su mayoría de nivel educativo y socioeconómico bajo, predominando el estado civil casado con una evolución de la enfermedad en su mayoría mayor de 3 años.

Para dar cumplimiento al objetivo del estudio la calidad de vida de pacientes con enfermedad crónica hipertensión, que asistieron al puesto de salud Marceliano Bruges, durante el mes de Marzo del 2008 se encontró una calidad de vida donde hay problema, evidenciado en algunos de los bienestar que la integra .

La calidad de vida de las personas con hipertensión en el puesto de salud Marceliano Bruges, Ciénaga se encontró en problema severo, en especial el bienestar físico manifestado por problemas como la fatiga, dolor y cambios en el patrón regular-normal del sueño, los pacientes consideraron su salud física general como aceptable.

En el bienestar psicológico, la alteración es significativa, se encontró problemas como aflicción, temor, ansiedad y depresión.

En el bienestar social, se encontró que los pacientes perciben que el cuidado de su salud no interfiere, con sus relaciones personales, empleo, o sexualidad y no le atribuyen aislamiento a su enfermedad, y sienten que es mucho el apoyo que reciben de otras personas para satisfacer sus necesidades.

En este estudio se encontró problema el Bienestar físico, en especial los síntomas de fatiga, dolor y los cambios en el patrón de sueño como problema severo, la salud física en general la clasifican como aceptable. Todo esto relacionado a que el mayor porcentaje de las personas que participaron en el estudio son mujeres, mayores de 60 años, indicando una tendencia negativa. De acuerdo a los anteriores resultados se puede decir que las personas con hipertensión que participaron en el estudio, necesitan mayor apoyo a nivel físico para satisfacer ampliamente sus necesidades y llevar una vida más confortable, estos hallazgos son difíciles de evaluar en la consulta si la persona no los expresa.

El bienestar psicológico se presenta menos alterado en este estudio, es importante resaltar aspectos que se encuentran alterados en este bienestar, como es la calidad de vida se percibe como aceptable, cambios en el aspecto emocional con sentimientos y sensaciones como, ansiedad, aflicción, angustia ocasionada por la patología. Como se evidencia la ansiedad es un factor desencadenante de la elevación de las cifras normales de tensión arterial, ya que produce un estado de excitación constante en el individuo. Todos estos aspectos influyen en el bienestar psicológico, debido a que a medida que van apareciendo ocasionan la pérdida del equilibrio emocional, este conjunto de necesidades, muestra la necesidad de elaborar intervenciones que permitan el abordaje a estos pacientes.

En el bienestar social, se encontró sin problema, teniendo en cuenta que este contempla, las preocupaciones sociales, en esta línea se revela la aflicción causada a los familiares de la persona hipertensa, afectando la percepción de los demás, es decir la manera en que es visto por otras personas, se observa que la mayoría de nuestros pacientes, no se encuentran laborando, ni mantienen una vida sexual activa, dado esto a que son en su mayoría, personas mayores de 60 años.

El Bienestar espiritual no se encontró alterado, sopesado esto por el predominio del sexo femenino, mayores de 60 años siendo inherentes a ellas el apego a la religión y el aferrarse a un ser supremo, siendo más sensibles y tolerantes, por consiguiente se observó, que un porcentaje significativo de nuestro estudio presentó muchísimo cambios en su vida espiritual y cambios positivos como resultado de su enfermedad, algunos reafirmaron sus creencias y fortalecieron su fe, teniendo sensación de propósito, siendo personas llenas de mucha esperanza, se presenta una cifra importante en cuanto a incertidumbre con respecto al futuro.

## 6. CONCLUSION

Este trabajo de investigación describe la calidad de vida de la persona con hipertensión arterial del puesto de salud Marceliano Bruges, evaluando todas sus dimensiones: bienestar físico, bienestar social, bienestar psicológico, bienestar espiritual y las características socio demográficas de la población, en el que se evidencia:

- Entre las características socio demográficas se encontró que el género que prevalece en la población objeto de estudio es el femenino, con un 72% de la muestra; el 52% de la población son mayores de 60 años con nivel de estudio bajo debido a que en su mayoría tienen una primaria incompleta; en el estado civil, casado y unión libre predominaron relacionado con el apoyo y la relación con el cuidador.
- En el bienestar físico, se encontró alterado por la influencia que tiene en este el padecimiento de algunos síntomas como la fatiga y el dolor entre otros. La percepción que tienen las personas con hipertensión arterial de su salud física en general es mala por que el mayor porcentaje se encuentra entre mala y aceptable. En este punto de debe tener en cuenta la edad de los participantes (mayores de 60) considerándose adultos mayores.
- En el bienestar psicológico, se muestra una alteración debido a que la mayoría las personas perciben su calidad de vida como aceptable; y se encuentran sentimientos como ansiedad, desesperación, depresión y angustia entre la población.

- Respecto al bienestar social, la persona con hipertensión arterial cuenta con un buen sistema de apoyo, a pesar de ser una patología que requiere un cuidado continuo, este no interfiere con las relaciones interpersonales, en cuanto a lo económico, la enfermedad no ha acarreado mas carga debido a los servicios de salud con los que cuentan.
- En el bienestar Espiritual, se encuentra una tendencia positiva, teniendo en cuenta que para las personas hipertensas es importante su parte religiosa, y piensan que su vida espiritual a cambiado significativamente luego del diagnostico de su enfermedad y que esta a traído cambios positivos a su vida; a la vez se debe tener en cuenta los aspectos negativos relacionados con esta dimensión, ya que la mayoría de los participantes sienten mucha incertidumbre con relación al futuro.

## 7. RECOMENDACIONES

- De acuerdo con los resultados de la investigación, se muestra la importancia, de realizar un trabajo multidisciplinario, para brindar un abordaje integral a la persona hipertensa con el fin de intervenir significativamente los bienestar que se encontraron con algún problema y contribuir a la mejora de la calidad de vida.
- Crear una guía de intervención holística para la persona con hipertensión, teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, incluyendo así abordaje psicológico en línea con el abordaje físico, social y espiritual que cause un impacto en el estilo de vida y por ende en su calidad de vida, al generar conductas adecuadas para el mantenimiento de la salud, el cual sea gestado por el programa de enfermería de la universidad del magdalena.
- Investigar en los demás programas de promoción y prevención que ofrece el puesto de salud Marceliano Bruges con el fin de optimizar el cuidado.
- Se hace necesario elaborar e implementar dentro del club de hipertensos estrategias de control que busquen la prevención y eviten la aparición de factores como los encontrados en la investigación que puedan causar en el paciente una crisis, que lo conduzca al inapropiado cuidado de su salud.
- Teniendo en cuenta la importancia que tienen los mecanismos de apoyo para el paciente, se sugiere que en los controles realizados por el personal

de enfermería, se abra un espacio en donde los familiares, o cuidadores del paciente puedan solucionar conflictos o aclarar inquietudes, sobre los posibles problemas de convivencia entre la persona con enfermedad crónica, y su entorno.



## BIBLIOGRAFIA

ALVEAR M, L.; BES G, C.; SÁNCHEZ A.: Salud pública y enfermería comunitaria. Volumen I. Mc Graw-Hill-interamericana. Madrid 1996.

ARMARIO P, BANEGAS J, CAMPOS C, DE LA SIERRA A., GOROSTIDIS M., HERNANDEZ R.; Guía Española de Hipertensión Arterial, 2.005.

ATENCIÓN Primaria 98. Bases de datos sobre recursos asistenciales, Normativos y de investigación. Jano, Medicina y humanidades. Extra abril 1998. Ediciones Doyma.

BARRERA E, CERÓN N, ARIZA M, Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial, 2000.

BORNACELLY L. GÓMEZ E. Calidad de Vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en terapia de Hemodiálisis, 2006.

CASTRO V, GÓMEZ DH, NEGRETE SJ, TAPÍA CR. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública de México, 1996; 38(6):438-46.

CUCUNUBA, Jobana. Calidad de vida del paciente con enfermedad crónica de diabetes en el Centro de Atención Ambulatoria Cundí Santa Marta, Año de obtención.2007.

CUEVAS Francisco, Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes.2004.

DEPARTAMENTO de planeación metropolitana. Anuario estadístico metropolitano 1993; p 8.

FERRELL, B. G.V., Y GRANT, M.M. Nursing research into quality of life. Quality of Life Research, 1992. Pág. 341-348.

FERRELL B, ONS/ Bristol Myers. La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer. Julio 1996, Volumen 23, Número 6.

FERRER J. Uno De Cada Cuatro Enfermos Que Sufren Hipertensión Abril 27/2007.

GALLI D. Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo; 2004.

GIL P, G.; CALERO R, J.; DOMÍNGUEZ C, M.: Medicina Preventiva y Salud Pública. 1994.

JARILLO M, MORENO F, RODRIGUEZ J., LAZARO P; Calidad de Vida e hipertensión arterial, 1985.

KAPLAN N: Manejo de la hipertensión. Manual del manejo de la hipertensión. Dallas Texas. 4ª edición. Editorial Emis. 1998.

LARRAÑAGA Osvaldo. Las brechas de salud y las desigualdades en el ingreso.2003, pág. 31.

La Revista Iberoamericana de Educación, Ética y formación universitaria.

L. MAYA S. Componentes De La Calidad De Vida En Adultos Mayores 1997.

LEGETIC B, Consultora de OPS/OMS en Promoción de la Salud y Enfermedades no Transmisibles. Junio 2001.

LIBOA C. Calidad de vida en pacientes con en EPOC e impacto del entrenamiento físico. Departamentos de enfermedades respiratorias, Pontificia Universidad Católica de Chile. Marzo 2001.

LOLAS Fernando, Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuente en las normas escritas. Rev. Méd. Chile v.129 n.6 Santiago jun. 2001.

MARTÍ N, G; CANUT L, M.T.: Enfermería Psico-social. Serie Manuales de Enfermería. Salvat Editores S.A. Barcelona 1991.

MEDINA L, GÓMEZ V. Apoyo Familiar Y Control De Hipertensión Arterial En Pacientes Geriátricos. México. 2003.

MOLERIO O. a GARCIA G. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial Universidad Central de las Villas Rev. Cubana Med 2004; p 4.

MONTANER J. Nueva claves para entender la hipertensión. Nueva York 18 de mayo de 2006. Pág. 2.

MONTGOMERY P, DENNIS J, Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad (Revisión Cochrane traducida), 2002.

PIERINI F. dolor en adultos mayores.2003.

PÓLIT y HUNGLER, Investigación científica en ciencias de la salud. Mc Graw Hill. Sexta edición. 2003. Pág. 410- 484.

RAMIREZ Marta, LÓPEZ María, GAVIRIA Dora Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un Programa de hipertensión arterial. Medellín. Vol.24, No.1 (Mar.2006)

RICHARD J. Davidson Revista Mundo, Médico Revista Oficial del Colegio Médico del Perú. 2006.

RODRÍGUEZ Álvarez Cristobalina - MARCO María; Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes; 2003-2004.

RUILOPE L, congreso de 'Prevención integral del riesgo cardiovascular. Marzo 15 /2006.

SÁNCHEZ B. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Aquichan, Vol. 4 2004.

SCHWARTZMANN Laura - Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales- Universidad De La República Oriental Del Uruguay; 2003.

TORREBLANCA, RF, SÁNCHEZ, CL, MARTÍNEZ, BM, BARRÓN, R Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública de México 1998; pág. 40.

VINACCIA S, OROZCO L. Universidad de San Buenaventura Medellín, Aspectos psicosociales asociados a calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Junio del 2005.

WYATT Sharon. Nueva claves para entender la hipertensión.

# ANEXOS

## ANEXO A

### ESCALA SOBRE CALIDAD DE VIDA PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Direcciones: Estamos interesados en saber como la experiencia de tener enfermedad Crónica afecta su calidad de vida. Favor de contestar todas las preguntas a continuación basándose en su vida **en este momento**.

Favor marcar con un círculo el número del 1 a 4 que mejor describa sus experiencias:

#### Bienestar Físico

Hasta que punto son los siguientes un problema para usted:

1. Fatiga/Agotamiento

<b>ningún problema</b>	1	2	3	4	<b>Problema severo</b>
----------------------------	---	---	---	---	----------------------------

2. Cambios de apetito

<b>ningún problema</b>	1	2	3	4	<b>Problema severo</b>
----------------------------	---	---	---	---	----------------------------

3. Dolor (es)

<b>ningún problema</b>	1	2	3	4	<b>Problema severo</b>
----------------------------	---	---	---	---	----------------------------

4. Cambios en dormir

<b>ningún problema</b>	1	2	3	4	<b>Problema severo</b>
----------------------------	---	---	---	---	----------------------------

5. Estrenimiento

<b>ningún problema</b>	1	2	3	4	<b>Problema severo</b>
----------------------------	---	---	---	---	----------------------------

6. Nausea / asco

<b>ningún problema</b>	1	2	3	4	<b>Problema severo</b>
------------------------	---	---	---	---	------------------------

7. Cambios en el sistema reproductivo (Menstruación, fertilidad, Impotencia)

<b>ningún problema</b>	1	2	3	4	<b>Problema severo</b>
------------------------	---	---	---	---	------------------------

8. Clasifique su salud física en general:

<b>Sumamente mala</b>	1	2	3	4	<b>Excelente</b>
-----------------------	---	---	---	---	------------------

### Asuntos Referentes al Bienestar Psicológico

9. Que tan difícil es para usted **contender/lidiar** con su vida como resultado de su enfermedad y tratamiento?

<b>nada difícil</b>	1	2	3	4	<b>muy difícil</b>
---------------------	---	---	---	---	--------------------

10. Que tan buena es la **calidad de su vida**?

<b>Sumamente mala</b>	1	2	3	4	<b>Excelente</b>
-----------------------	---	---	---	---	------------------

11. Cuanta **felicidad** siente usted?

<b>absolutamente ninguna</b>	1	2	3	4	<b>muchísima</b>
------------------------------	---	---	---	---	------------------

12. Se siente **en control** de las cosas en su vida?

<b>nada en lo absoluto</b>	1	2	3	4	<b>completamente</b>
----------------------------	---	---	---	---	----------------------

13. Hasta que punto **le satisface** su vida?

<b>absolutamente nada</b>	1	2	3	4	<b>completamen te</b>
-------------------------------	---	---	---	---	---------------------------

14. Como clasificaría su capacidad actual para **concentrarse o recordar** cosas?

<b>sumamente mala</b>	1	2	3	4	<b>Excelente</b>
---------------------------	---	---	---	---	------------------

15. Que tan **útil** se siente?

<b>nada en lo absoluto</b>	1	2	3	4	<b>muchísimo</b>
--------------------------------	---	---	---	---	------------------

16. Ha causado su enfermedad o tratamiento cambios en su **aparencia**?

<b>nada en lo absoluto</b>	1	2	3	4	<b>muchísimo</b>
--------------------------------	---	---	---	---	------------------

17. Ha ocasionado su enfermedad o tratamiento cambios en su **autoconcepto** (la manera en que usted se percibe/se ve)?

<b>nada en lo absoluto</b>	1	2	3	4	<b>muchísimo</b>
--------------------------------	---	---	---	---	------------------

**Cuanta aflicción / angustia le ocasiono los siguientes aspectos de su enfermedad y tratamiento?**

18. **El diagnostico inicial**

<b>nada de aflicción / angustia</b>	1	2	3	4	<b>Muchísima aflicción / angustia</b>
---	---	---	---	---	---



19. **Los tratamientos para su enfermedad** (tales como la quimioterapia, radiación o cirugía)

<b>nada de aflicción / angustia</b>	1	2	3	4	<b>Muchísima aflicción / angustia</b>
---	---	---	---	---	---

20. **El tiempo desde que su tratamiento terminó**

<b>nada de aflicción / angustia</b>	1	2	3	4	<b>Muchísima aflicción / angustia</b>
---	---	---	---	---	---

21. **Cuanto ansiedad / desesperación tiene?**

<b>nada de aflicción / angustia</b>	1	2	3	4	<b>Muchísima aflicción / angustia</b>
---	---	---	---	---	---

22. **Cuanto depresión / decaimiento siente usted?**

<b>nada de aflicción / angustia</b>	1	2	3	4	<b>Muchísima aflicción / angustia</b>
---	---	---	---	---	---

**Hasta que punto tiene miedo / temor a:**

23. **Futuros exámenes diagnósticos** (tales como rayos x o exploración ultrasónica)

<b>nada en lo absoluto</b>	1	2	3	4	<b>muchísimo</b>
--------------------------------	---	---	---	---	------------------

24. **Un segundo diagnóstico de otra alteración**

<b>nada en lo absoluto</b>	1	2	3	4	<b>muchísimo</b>
--------------------------------	---	---	---	---	------------------

25. **Retroceso en su enfermedad**

nada en lo absoluto      1            2            3            4            **muchísimo**

26. **Entiende el retroceso de su enfermedad**

nada en lo absoluto      1            2            3            4            **muchísimo**

**Preocupaciones Sociales**

27. Cuanta aflicción / angustia le ha ocasionado su enfermedad a su **familia** ?

nada en lo absoluto      1            2            3            4            **muchísimo**

28. Es suficiente el nivel de **apoyo** que usted recibe de parte de otros para satisfacer sus necesidades?

nada en lo absoluto      1            2            3            4            **muchísimo**

29. Interfiere su cuidado continuo de salud con sus **relaciones personales**?

nada en lo absoluto      1            2            3            4            **muchísimo**

30. Ha sido impactado / afectado su **sexualidad** por su enfermedad?

nada en lo absoluto      1            2            3            4            **muchísimo**

31. Hasta que punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con su empleo?

**nada en lo absoluto**      1            2            3            4            **muchísimo**

32. Hasta qué punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con sus actividades/quehaceres en el hogar?

**nada en lo absoluto**      1            2            3            4            **muchísimo**

33. Cuanto **aislamiento** le atribuye usted a su enfermedad y tratamiento?

**ninguno**            1            2            3            4            **muchísimo**

34. Cuanta **carga económica** ha tenido como resultado de su enfermedad y tratamiento?

**ninguna**            1            2            3            4            **muchísima**

### Bienestar Espiritual

35. Que tan importante es para usted su participación en **actividades religiosas** tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?

**nada importante**      1            2            3            4            **muy importante**

36. Que importantes le son a usted otras **actividades espirituales** tales como la meditación?

**nada importante**      1            2            3            4            **muy importante**

37. Como ha cambiado su vida espiritual como resultado del **diagnostico de su enfermedad?**

**nada en lo absoluto**      1      2      3      4      **muchísimo**

38. Cuanta **incertidumbre/duda** siente usted en cuanto el futuro?

**nada de incertidumbre**      1      2      3      4      **mucha incertidumbre**

39. Hasta que punto su enfermedad a realizado **cambios positivos** en su vida?

**nada en lo absoluto**      1      2      3      4      **muchísimo**

40. Siente usted una sensación de **propósito / misión** en cuanto a su vida o una razón por la cual se encuentra vivo?

**nada en lo absoluto**      1      2      3      4      **muchísimo**

41. Cuanta **esperanza** siente usted?

**nada de esperanza**      1      2      3      4      **muchas esperanzas**

La escala de Liker fue adaptada por el grupo de Docentes de la línea de investigación Cuidado al paciente crónico. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional. Con autorización de la Dra. Bety Ferrel, abril 20 de 2006.

## ANEXO B

### CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Por favor lea cada una de las siguientes preguntas y responda cada una de ellas. Su información es de tipo confidencial

#### 1. GENERO

- (1) Masculino  
 (2) Femenino

- (2) Empleado(a)  
 (3) Trabajo independiente  
 (4) Estudiante  
 (5) Otra \_\_\_\_\_

#### 2. EDAD

- (1) Menor de 17  
 (2) De 18 a 35  
 (3) De 36 a 59  
 (4) Mayor de 60

#### 7. NIVEL SOCIOECONÓMICO

- (1) Bajo = Estratos 1 y 2  
 (2) Medio bajo = Estrato 3  
 (3) Medio = Estrato 4  
 (4) Medio alto = Estrato 5  
 (5) Alto = Estrato 6

#### 3. SABE LEER Y ESCRIBIR

- (0) No  (1) Sí

#### 8. TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE ACTUAL ENFERMEDAD CRÓNICA QUE PADECE:

- (1) 0 A 6 MESES  
 (2) 7 A 18 MESES  
 (3) 19 A 36 MESES  
 (4) MAS DE 37 MESES

#### 4. GRADO DE ESCOLARIDAD

- (1) Primaria incompleta  
 (2) Primaria completa  
 (3) Bachillerato incompleto  
 (4) Bachillerato completo  
 (5) Técnico  
 (6) Universidad incompleta  
 (7) Universidad completa  
 (8) Ninguna escolaridad

#### 9. No. DE HORAS QUE UD. CREE REQUIERE AYUDA DE UN CUIDADOR:

- (1) Menos de 6 horas  
 (2) 7 a 12 horas  
 (3) 13 a 23 horas  
 (4) 24 horas

#### 5. ESTADO CIVIL

- (1) Soltero(a)  
 (2) Casado(a)  
 (3) Separado(a)  
 (4) Viudo(a)  
 (5) Unión libre

#### 10. TIENE COMO APOYO UN ÚNICO CUIDADOR

- (0) No  (1) Sí

#### 6. OCUPACIÓN

- (1) Hogar

#### 11. RELACIÓN CON LA PERSONA QUE LO CUIDA

## ANEXO C

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Proyecto:** “Calidad De Vida De La Persona Con Hipertensión Arterial Del Puesto De Salud Marceliano Bruges Ciénaga 2008-I

“Yo \_\_\_\_\_ declaro que soy mayor de Edad, vivo en la ciudad de Ciénaga, y asisto al puesto de salud Marceliano Bruges, el cual ha sido seleccionado para realizar el proyecto de investigación con las personas con hipertensión arterial y se me ha pedido que participe en la investigación que se lleva a cabo a lo cual acepto. El objetivo de este proyecto es conducir una encuesta en la cual identifique la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial

Yo acepto ser encuestada/o. El beneficio que recibiré es información acerca de la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial con el fin de mejorar la atención que se les brinda a los pacientes.

Entiendo que tengo la libertad de hacer preguntas y negarme a participar en el estudio sin sanción alguna y que esta decisión se mantendrá en la confidencialidad.<sup>171</sup>

---

<sup>171</sup> RUBIO,F, MACHADO, K, TIRADO,D. Calidad y satisfacción de vida del adulto mayor Santa marta 2007



