

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

Escuela de Post-Grado

Dr. Luis Claudio Cervantes Liñán



TESIS

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, EL CONOCIMIENTO DE LA
ENFERMEDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES
HIPERTENSOS”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTADO POR:

Mg. JUAN SANDOVAL VÍLCHEZ

2015

La presente investigación está dedicada con mucho cariño, aprecio y amor a Dios, a la memoria de mis padres que fueron pacientes hipertensos, a mi esposa, mis hijos por su comprensión y apoyo constante para lograr mis objetivos en mi vida académica. Los amo y los tendré presente por siempre.

AGRADECIMIENTOS:

- A todos los pacientes hipertensos del Club de Hipertensos del hospital Arzobispo Loayza que formaron parte del trabajo de investigación.
- A mis profesores y colegas del Doctorado por la riqueza de las experiencias académicas compartidas.
- A mi estimado Doctor Julio Castro García, maestro de la Escuela de Postgrado de la UIGV por su asesoría y apoyo en la investigación.
- A Lic. César Elías Elías, por su experiencia en la orientación estadística.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1 Antecedentes de la Investigación.....	11
1.2. Marco Teórico.....	24
1.2.1. Calidad de vida	24
1.2.2. Conocimiento de la enfermedad.....	54
1.2.3. Factores de riesgo	62
1.3. Marco Conceptual	76

CAPÍTULO II: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Descripción de la realidad problemática	78
2.2 Delimitación del problema	82
2.3 Formulación del problema	82
2.4 Objetivos de la investigación	83
2.4.1 Objetivo General	83
2.4.2 Objetivos específicos	83
2.5 Hipótesis de investigación	84
2.5.1 Hipótesis general	85
2.5.2 Hipótesis específicas	85
2.6 Variables e indicadores	86
2.6.1 Operacionalización de variables	87
2.7 Justificación e importancia de la investigación	89

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación	91
3.1.1 Tipo de investigación	91
3.1.2. Diseño de investigación	91
3.2 Población y muestra	92
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	94
3.4 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	95

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Presentación y análisis de resultados	97
4.1.1. Presentación de resultados	97
4.2 Comprobación de hipótesis	103
4.2.1 Hipótesis General	103
4.2.2 Hipótesis Específicas	104
4.3 Discusión de los resultados	111

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	115
5.2 Recomendaciones.....	117
Bibliografía	118
Anexos	123

RESUMEN

El presente trabajo de investigación reporta los resultados de la Percepción de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos.

Investigación de tipo descriptiva y diseño utilizado fue descriptiva, transversal, correlacional. Se tomó una muestra no probabilística de 110 pacientes, a los cuales se les administró la encuesta sobre el conocimiento de la enfermedad hipertensiva, factores de riesgo relacionados con la enfermedad hipertensiva, y la escala de calidad de vida de Olson. Los datos fueron organizados y sistematizados, mediante un análisis estadístico aplicándose la prueba de coeficiente de correlación de Pearson, con un nivel de significancia de 0.05.

Los resultados indican que existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. De igual forma, relación directa entre las dimensiones: amigos, vida familiar y hogar, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad; dimensiones: bienestar económico, vecindario y comunidad de la calidad de vida, y los factores de riesgo; conocimiento de la enfermedad: tratamiento y calidad de vida; y conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud y los factores de riesgo

Palabras Claves: Calidad de vida. Conocimiento. Factores de riesgo. Hipertensión arterial. Enfermedad.

ABSTRACT

This research reports the results of the perception of quality of life, knowledge of disease and risk factors in hypertensive patients.

And descriptive research design used was descriptive, transverse and correlational. a nonrandom sample of 110 patients, who were administered the survey on awareness of hypertensive disease, risk factors related to hypertensive disease, and quality of life scale Olson was taken. The data were organized and systematized by statistical analysis applied test Pearson correlation coefficient, with a significance level of 0.05.

The results indicate that there is a direct relationship between the quality of life, knowledge of disease and risk factors in hypertensive patients attending outpatient at the Archbishop Loayza National Hospital. Similarly, direct relationship between dimensions: friends, family and home life, media, religion and health-related quality of life, and knowledge of the disease; dimensions: economic welfare, neighborhood and community quality of life and risk factors; knowledge of the disease: treatment and quality of life; and knowledge of the disease: Notions of disease, history of the disease, health status and risk factors

Keywords: Quality of life. Knowledge. Risk factors. Hypertension. Diseases.

RESUMO

O presente trabalho de investigação relata os resultados da percepção da qualidade de vida, o conhecimento da doença e dos fatores de risco em pacientes hipertensos.

A pesquisa relatada e o desenho utilizado foram do tipo descritivo, transversal, correlacional. Foi tirada uma amostragem não probabilística em 110 pacientes, nos quais foi feita uma enquete sobre o conhecimento da doença hipertensiva, fatores de risco relacionados com a doença hipertensiva e a qualidade de vida de Olson. Os dados foram organizados e sistematizados por uma análise estatística pela prova de coeficiente da correlação de Pearson, com um nível de significância de 0.05.

Os resultados indicam que existe uma relação direta em qualidade de vida, o conhecimento da doença e dos fatores de risco em pacientes hipertensos que assistem a consulta externa no Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Da mesma forma, a relação direta entre as dimensões: amigos, vida em família e lar, meios de comunicação, religião e saúde na qualidade de vida, e o conhecimento da doença, dimensões: bem-estar econômico, vizinhança e comunidade da qualidade de vida, e os fatores risco conhecimento da doença: tratamento e qualidade de vida, e conhecimento doença: noções da doença, antecedentes da doença, estado de saúde e os fatores de risco.

Palavras Chave: Qualidade de vida. Conhecimento. Fatores de risco. Hipertensão arterial. Doença.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge de la observación realizada en los pacientes que acuden al programa de control de la presión arterial que a pesar de tener un tratamiento médico, no disminuyen sus crisis hipertensivas, como sabemos los trastornos relacionados a la hipertensión tiene gran relevancia en nuestro medio no sólo por su alta incidencia sino por su papel como factor de riesgo, pudiendo estar asociados a problemas psicológicos.

Se ha postulado que el la calidad de vida asociada al estrés son fuente de un gran número de enfermedades, tanto de orden psíquico como orgánico. Dentro de este último grupo se encuentra la Hipertensión Arterial, considerada como el enemigo oculto, dadas las implicaciones que el riesgo conlleva, reflejado en el resultado de las estadísticas que muestran que un gran porcentaje de los accidentes cardio-cerebrovasculares tienen como víctimas a personas hipertensas. A esto se suma la alta incidencia que los estados de angustia, derivados de los estilos de vida inadecuados y del estrés, de los que padecen de Hipertensión Arterial (HTA) (Fernández, 2002).

En el campo de la Psicología de la Salud que perfilan el papel de los factores psicosociales en la génesis y evolución de la Hipertensión arterial (HTA) que evidencian la necesidad de la consideración de los mismos por los equipos multidisciplinarios encargados de la atención de los pacientes hipertensos (Amigo, 1998)

En la actualidad se realizan importantes esfuerzos dirigidos a su prevención, control y tratamiento, para lo cual se requiere de estrategias de acción multidisciplinarias. En este

sentido resulta de gran importancia el reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en la hipertensión arterial.

Los avances de la psiconeuroinmunología muestran que la calidad de vida, el estrés, la adherencia al tratamiento y las reacciones emocionales como la ansiedad, la ira o la tristeza presentan correlatos fisiológicos que son el resultado de complejos mecanismos, que bajo la influencia del sistema nervioso afectan a las secreciones glandulares, órganos, músculos y la sangre (Tobal, 1984). En esta línea investigativa, numerosos estudios muestran la relación entre factores emocionales y los denominados trastornos psicofisiológicos; dentro de ellos la hipertensión arterial ha sido uno de los más estudiados. Diversas investigaciones han tratado de encontrar un perfil psicológico del paciente hipertenso; sin embargo, el papel que se pueda atribuir a las variables psicológicas en el desarrollo y / o mantenimiento de la hipertensión arterial esta inconcluso en la medida que los resultados de las investigaciones no permiten dilucidar si dichas variables son causa o consecuencia de la enfermedad (Amigo, 1998).

Al respecto toda la evidencia experimental realizada sobre el concepto de personalidad hipertensiva es incompleta y está limitada por la selección de los sujetos a los grupos y por las propias limitaciones de las técnicas empleadas (Amigo, 1998). No obstante las limitaciones expuestas las variables que más se han estudiado vinculadas a la hipertensión son: el patrón de comportamiento tipo A, la ansiedad, la depresión y más recientemente la ira. Las investigaciones que han estudiado la relación entre hipertensión y ansiedad han aportado datos no muy precisos. Se parte del supuesto de que las personas con inadecuados estilos de vida y presencia de factores de riesgo están más propensas a presentar una activación psicofisiológica más frecuente y por tanto mayor probabilidad de padecer

trastornos hipertensivos. Esta hipótesis ha sido confirmada por diversos estudios en los que se han comparado sujetos normotensos e hipertensos (Tobal, 1984).

La Hipertensión arterial (HTA), por tanto, produce en nuestra sociedad un impacto sanitario, económico y social de magnitudes incalculables, que sólo podrá ser reducido si avanzamos en la prevención, el diagnóstico correcto, en el tratamiento adecuado y en el control óptimo de la tensión arterial de todos los pacientes hipertensos.

Nuestra investigación se centra en establecer la relación entre las variables de calidad de vida, conocimiento de la enfermedad y factores de riesgo en los pacientes hipertensos que acuden a su control a través de la consulta externa en el Hospital General Nacional Arzobispo Loayza de la ciudad de Lima.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1 Antecedentes de la investigación

a. A nivel nacional.

Castillo (1993) realizó un trabajo en el Instituto de Ciencias Neurológicas "Óscar Trelles Montes", sobre conocimientos y aptitudes de un grupo de 150 hipertensos mayores de 40 años y de nivel de riesgo de padecer accidente cerebrovascular, concurrentes a la atención ambulatoria de la institución. Se tomó este grupo considerando que se encuentran en riesgo de padecer accidentes cerebrovasculares, una de las complicaciones del prolongado padecimiento de la hipertensión arterial.

En los resultados, lo más resaltante es:

1) El tiempo de padecimiento está en relación directa con la edad, situación confirmada por numerosos estudios acerca de que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica no recuperable.

2) Predominio (80 por ciento) de conocimientos incorrectos y desacertados (47 por ciento) respecto a la hipertensión arterial como enfermedad causal de accidente cerebrovascular, condicionando aptitud inadecuada para su control (hábitos alimentarios incorrectos, ingesta de alcohol, tabaco, etc.) en los hipertensos investigados de más edad (76 a más años).

3) Tienen más tiempo de padecimiento: 16 a más años de hipertensión, y están con alto riesgo de padecer accidente cerebrovascular, en razón al mayor deterioro vascular. Su asistencia a la consulta externa no influye en la adquisición de conocimientos correctos y suficientes para el control de la enfermedad, y evitar así consecuencias graves, etc.

Menéndez (1996) llevó a cabo un estudio, que tuvo como objetivo determinar el Grado de conocimiento, estilo de vida en hipertensión arterial y su relación con los niveles de presión arterial. Por lo frecuente que es la patología hipertensiva y las complicaciones que se ven en los pacientes adultos mayores y al ver lo organizado que estaba el Programa de HTA en el IPSS, motivó al autor a realizar un estudio comparativo con el Centro Geriátrico Naval del Callao, y observar cómo era el comportamiento del nivel de conocimientos, estilos de vida y su relación. La muestra estuvo constituida por personas mayores de 60 años hipertensos, 62 para cada grupo. El tipo de estudio fue prospectivo, observacional, comparativo y transversal. Los métodos estadísticos usados en el análisis de los datos fueron de la chi cuadrado y Pearson, observándose lo siguiente: Los

pacientes del IPSS tuvieron conocimientos adecuados (predominaron las restricciones dietéticas y complicaciones) y practicaban los estilos de vida para el control de la HTA, a diferencia de los pacientes del CGN. El porcentaje mayor (51%) lo obtuvieron los pacientes del IPSS en cuanto a estilos de vida, y con niveles de presión arterial dentro de los rangos normales, un 44%; distinta situación ocurrió en los pacientes del CGN.

Delgado, Pezo y Espinoza (2002) realizaron un estudio transversal - aleatorio con la finalidad de medir la Magnitud del estrés y los estilos de vida condicionantes de enfermedad cardiovascular en universitarios de la UNSAAC. La mayoría de estudiantes presentó estilos de vida condicionantes de enfermedad cardiovascular muy inadecuados. El sexo masculino, el ciudadano, el de mayor edad y el que más años estudia en la universidad tuvieron más estilos de vida de riesgo para enfermar. Se describe, a continuación, los principales resultados de este trabajo: Se encontró diferencias estadísticas significativas en cuanto al efecto de la edad ($p=0.000$, $r=0.232$, $r^2=0.054$) y el número de años de estudio en la universidad ($p=0.003$, $r=0.18$, $r^2=0.029$) sobre el IMC. En los hábitos nocivos, se encontró que el 36.8% (110) de los alumnos afirman fumar diario u ocasionalmente; consumen alcohol un 63.9% (191), y drogas el 5% (15). De los que consumen alcohol el 52.4% (100/191) también fuman. Sólo se encontró diferencia estadística significativa entre sexos sobre los hábitos nocivos (ANOVA: $p=0.000$) y así mismo entre migración y dos hábitos nocivos (ANOVA: tabaquismo $p=0.045$, consumo de alcohol $p=0.011$). En cuanto a la actividad física sólo el 24.4% (73/299) de los alumnos refirieron realizar una actividad física de por lo menos 3 días a la semana de 30 o más minutos de duración. Al ser entrevistados respecto a los hábitos dietéticos, los alumnos refirieron un consumo calórico promedio de 1859.7 Kcal en las últimas 24

horas, mostrando una tendencia según el peso, a adelgazar y/o mantener el peso. Hubo diferencias estadísticas significativas entre sexos sobre el consumo calórico diario ($p=0.000$). También se encontró que el 28.4% (85) de los alumnos refieren incrementar habitualmente la cantidad de sal en los alimentos que se les sirve. En el test de autoevaluación de estrés (17), se encontró que la mayoría de alumnos tuvo algún grado de estrés 79.9% (239), siendo este predominantemente leve (57.5%), no hubo ningún caso con estrés severo. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre sexos, años de estudio, migración, ni edad.

Agusti (2006) realizó un estudio con el objetivo de determinar la Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú. Aplicó una encuesta y medida de presión arterial a población adulta de ambos sexos, mayores de 18 años en 26 ciudades, 10 en la costa, 4 en la selva y 12 en la sierra, localizadas a diferentes alturas a nivel del mar. En la sierra, fueron agrupadas por su altitud en menos y más de 3000 msnm. En total, quedaron 14 256 encuestas válidas. Intervenciones: La obtención de la muestra se realizó entre febrero y noviembre de 2004. La presión arterial fue obtenida con los mismos tensiómetros, de acuerdo a las recomendaciones establecidas. Para el diagnóstico de la presión arterial, se utilizó el criterio del VII Comité Nacional Conjunto. Los resultados son los siguientes: La prevalencia de hipertensión en la población general fue 23,7% (varones 13,4% y mujeres 10,3%). En la costa, la prevalencia fue 27,3%; en la sierra 18,8% y 22,1% en las altitudes menores y mayores de 3000 msnm, respectivamente; en la selva, 22,7%. En la sierra, al separar las ciudades cuya altura era por debajo de 3 000 msnm (metros sobre el nivel del mar) la prevalencia fue 18,8%, en las ciudades de menor altura, y sobre 3 000 msnm, la prevalencia fue

mayor, 22,1%. En las cuatro regiones, hay predominio del sexo masculino. Por otro lado, las ciudades con mayor y menor prevalencia en el país fueron: el Callao, con 34,5%, y Abancay, con 12,4%, respectivamente, como se observa en la figura 4, en ella se dispone las ciudades en relación a las tres regiones del país. En todas las ciudades, la hipertensión arterial fue de mayor prevalencia en el sexo masculino; excepto en Chachapoyas, Cajamarca, Cerro de Pasco y el Callao, donde este predominio no es significativo. A partir de la cuarta década de la vida, la posibilidad de desarrollar hipertensión fue mayor en la costa que en las otras regiones. Los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm; 55% de la población no sabía que era hipertenso; de quienes recibían tratamiento, solo 45,1% estaba compensado; la mayoría (82,2%) recibía tratamiento con los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) I. Se especula teorías en relación al hematocrito, vasodilatación e hipervascularización. Las conclusiones del estudio fueron las siguientes: La hipertensión es casi similar en las tres regiones del Perú. A partir de la cuarta década de la vida, la posibilidad de desarrollar hipertensión es mayor en la costa. Los hipertensos diastólicos fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm; más de la mitad de la población no sabía que era hipertenso y, de quienes recibían tratamiento, solo 45,1% estaba compensado; la gran mayoría recibía tratamiento con los inhibidores específicos de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) I. Asimismo, en la actualidad, hay una serie de factores importantes en el aspecto socioeconómico, demográfico y epidemiológico en las tres regiones del país, que contribuyen a explicar estos cambios, tales como el incremento de la población en las ciudades por la migración del campo a la ciudad, lo que trae la urbanización, con cambios en el estilo de vida, como la alimentación, el sedentarismo y la industrialización, que conlleva el incremento del estrés.

En el Perú, Ávila (2000) en Lima, estudió los conocimientos con respecto al padecimiento de la enfermedad hipertensiva y estilos de vida en pacientes hipertensos, mujeres de 60 años, con la finalidad de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de la enfermedad y el estilo de vida de los pacientes con hipertensión arterial.

Los resultados señalan que en relación al estilo de vida, con los niveles de hipertensión arterial, se observa que el 74% de pacientes hipertensos, tuvieron un estilo de vida favorable observando que no existe relación estadística, pues tanto los pacientes que practican un estilo de vida favorable donde los hábitos o formas de vida son positivos y aquellos pacientes que tienen hábitos desfavorables presentaron hipertensión arterial en el estadio uno. Por otro lado, entre los estilos de vida frecuentes que practica la población estudiada, figura el control de presión arterial, dieta adecuada, mayor actividad física y la ausencia de hábitos nocivos. Sin embargo los estilos de vida que se practican en menor frecuencia, son las relacionadas a la incorporación en forma lenta de la cama, conservación del equilibrio emocional y la realización de ejercicios de relajación. Este estudio concuerda con el realizado por Castro y González (2004) realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar el estrés en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial. Se estudiaron 40 personas y se constató la presencia de estrés como factor determinante de la enfermedad, en la totalidad de ellas, mientras en el 75 % se destacaron altos niveles de vulnerabilidad al estrés relacionados con su estilo de vida.

Debemos hacer la distinción ente los estilos de vida y la calidad de vida. Calidad de vida es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de

estándar o el nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social

Asimismo en Lima, Lazarte (2001) investigó los factores condicionantes de hipertensión arterial (niveles altos de colesterol, exceso de peso, inactividad, consumo de alcohol, tabaquismo), en pacientes de ambos sexos que asistían ambulatoriamente a consulta externa de cardiología de un Hospital del ministerio de salud, con padecimientos de hipertensión arterial, buscando identificar los factores que predisponen dichas patologías, mostrándose un elevado número de hipertensos sobre todo mujeres amas de casa que asisten espontáneamente a consulta médica, éste grupo fue ubicado entre los 52 a 69 años con hipertensión esencial o idiopática por ser de naturaleza indefinida, presumiblemente los orígenes del incremento de presión arterial estén en las obligaciones que impliquen ocupación del hogar ya que se desconocen las formas adecuadas de hacer frente a las situaciones determinando la acumulación de estados estresantes. Además Moreno, Araya y Vera, (2004), evaluaron el efecto de la intervención cognitiva sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos teniendo como objetivo diseñar y evaluar una intervención psicológica cognitivo conductual breve dirigida a un grupo de adultos mayores hipertensos para disminuir los niveles de presión arterial. Entre las técnicas utilizadas están la relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva y psicoeducación. Los resultados globales exhiben diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles. De esta forma se puede plantear que la intervención realizada resulta efectiva en la disminución de los niveles de la presión arterial.

Estos resultados concuerdan con la aplicación de otros programas cognitivos educativos como los que reporta Arrivillaga, Cáceres, & Correa, (2003) quienes desarrollaron un programa con el objetivo de determinar la efectividad de la intervención biopsicosocial para reducir los niveles de presión arterial. Esto se logra a través de los programas educativos y cognitivos. Con respecto a los resultados el grupo experimental (GE) disminuyó significativamente la presión arterial sistólica, mientras que la presión arterial diastólica no mostró diferencias estadísticamente significativas una vez aplicada la intervención, manteniéndose en niveles controlados.

En consecuencia. Este estudio respalda la evidencia que demuestra que las intervenciones biopsicosociales de corte cognoscitivo-conductual, en equipos interdisciplinarios, tienen efectos significativos en la reducción de los niveles de hipertensión arterial.

Como se observa, los estudios realizados, refieren la existencia de factores psicológicos como el estrés, estilos de vida niveles de afrontamiento, tipo de personalidad y estrategias relacionados a la hipertensión. Nuestro estudio incluye los aspectos relacionados a la calidad de vida, conocimiento de la enfermedad y factores de riesgo como predisponentes a la hipertensión arterial.

b. En el extranjero

Parajón, Lupón, González, Urrutia, Altimir, Coll, Prats y Valle (2010) realizaron una investigación en donde plantearon como objetivo la aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida «Minnesota Living With Heart Failure» para la insuficiencia cardíaca en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitari

Germans Pujol. Badalona. Barcelona. España. La calidad de vida es, junto con la mortalidad y las hospitalizaciones, un objetivo importante en los estudios sobre insuficiencia cardíaca. El cuestionario «Minnesota Living With Heart Failure» es el instrumento más extensamente utilizado para valorarla en los trabajos de investigación. Nuestro objetivo ha sido conocer la calidad de vida mediante este cuestionario en una población general atendida en una unidad de insuficiencia cardíaca. Pacientes y método. Se evaluó a 326 pacientes en la primera visita. Hemos analizado la correlación entre la puntuación obtenida y diversos factores clínicos y demográficos. Resultados. La puntuación global fue relativamente baja (28). Encontramos una fuerte correlación ($p < 0,001$) con la clase funcional, el sexo (puntuaciones más altas en mujeres) y la diabetes. Hallamos también correlación con el número de ingresos durante el año previo ($p < 0,001$), la anemia ($p < 0,001$) y la etiología ($p = 0,01$), y una débil tendencia a aumentar con la edad ($p = 0,04$). Las puntuaciones más altas se observaron en pacientes valvulares (43) y las más bajas en pacientes con cardiopatía alcohólica (20) e isquémica (24). No hallamos correlación con el tiempo de evolución ni con la fracción de eyección de ventrículo izquierdo. Conclusiones. La aplicación del «Minnesota Living With Heart Failure» a una población general con insuficiencia cardíaca ha mostrado puntuaciones relativamente bajas. A pesar de ello, hemos encontrado una correlación importante de la puntuación obtenida con la clase funcional y con el número de ingresos en el año previo, lo que sugiere que el cuestionario refleja correctamente el grado de severidad de la enfermedad.

García, Rodríguez y Navarro (2010) en un estudio plantearon como objetivo determinar el impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. En el estudio sobre cuidadoras de Andalucía, casi la mitad de las 1.000 personas cuidadoras entrevistadas

opinaba que cuidar tenía consecuencias negativas en su propia salud en algún grado, y cerca del 15% percibía este impacto con una intensidad muy elevada, proporción que aumentó al 72% cuando se analizó separadamente el grupo de cuidadoras de personas con enfermedades neurodegenerativas. El impacto negativo en la esfera psicológica fue mucho más evidente y era percibido intensamente en una proporción de cuidadoras que duplicaba a las que percibían impacto en su salud física. Las cuidadoras mencionaban problemas concretos, como depresión o ansiedad (22%) y decían sentirse irritables y nerviosas (23%), tristes y agotadas (32%). En algunos casos, estos problemas se vivían como un cambio más permanente de personalidad y estado de ánimo, con sentimientos de insatisfacción y pérdida de ilusión por la vida. La morbilidad psíquica ha sido también identificada en otros estudios en cuidadores en nuestro medio. En un reciente trabajo en 215 cuidadores/as de pacientes atendidos por un servicio de hospitalización a domicilio, mayoritariamente mujeres de 55 años de edad media, se detectaron síntomas de ansiedad (32%) y depresión (22%), con un mayor riesgo cuanto mayor era la dependencia física y deterioro mental del paciente al que cuidaban, más tiempo llevaban cuidando y menor el apoyo social que percibían. Diversos estudios realizados obtienen cifras incluso más elevadas sobre la frecuencia de síntomas de malestar psíquico en las personas cuidadoras, y muestran igualmente una relación entre la presencia de malestar psíquico y el grado de dependencia del beneficiario. Aunque muchos de estos problemas no reciben atención sanitaria ni incrementan la frecuentación de los servicios, en algunos estudios sí se encuentra una relación entre la salud de la cuidadora y la utilización de servicios, pero es la sobrecarga subjetiva (y no la carga objetiva) el factor más directamente relacionado con dicha utilización. El análisis conjunto de varios indicadores pone de manifiesto que las personas que cuidan la salud de otros presentan con frecuencia, ellas mismas, una

salud precaria. La presencia de problemas crónicos de tipo físico afecta a más del 60% de las cuidadoras de Andalucía, con un peso muy importante de problemas potencialmente invalidantes, como los articulares y circulatorios. Como consecuencia de la alta prevalencia de problemas crónicos y de síntomas no específicos, más de un 20% de cuidadoras presentan dificultades para la realización de las actividades normales para su edad. En el 6% de los casos, la limitación es tan importante que la propia cuidadora requiere ayuda para realizar algunas actividades de la vida diaria. En el citado estudio andaluz se observan también claras diferencias en los indicadores de salud y de utilización de servicios sanitarios según la edad de las cuidadoras. Las cuidadoras de la «generación sándwich» (entre 50 y 64 años) presentan la mayor prevalencia de problemas emocionales y padecen con mayor frecuencia molestias o dolores. Más de un tercio de las cuidadoras mayores de 50 años se sienten pocas o nada satisfechas con su vida, con diferencias frente a las más jóvenes. De nuevo, es el grupo de 50 a 64 años el que presenta un grado menor de satisfacción en los aspectos de salud y bienestar, tiempo libre y relación con los amigos, mientras que las más jóvenes, en cambio, manifiestan estar poco o nada satisfechas con su vida laboral y su situación económica. Al contrario que ocurre con la edad, en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres cuidadoras en relación con la salud percibida o la utilización de servicios sanitarios.

Varo (2002) de la Unidad de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad de Navarra, planteo como objetivo investigar la relación de la Actividad física y estilos de vida sedentarios en la Unión Europea, en la que llega a la conclusión de que los ciudadanos europeos mantienen en términos generales un estilo de vida sedentario. El

dato que se desprende del estudio es que un 30 por ciento de la población europea no practica ninguna actividad física durante su tiempo libre. Además, el doctor afirma que este hábito está creciendo de manera “alarmante”, y que los europeos tienen una predilección elevada por los estilos de vida sedentarios, suponiendo esto un importante impacto en la mortalidad de la población. Según el experto, existen grandes diferencias geográficas, en el que España es uno de los países europeos más reacios a modificar sus hábitos sedentarios, y hay una elevada proporción de adultos contrarios a realizar cambios favorables en su nivel de actividad física, superior a la de los países del entorno europeo. El método que utilizó Varo para su estudio consistió en una encuesta sobre una muestra representativa de más de 15 000 europeos mayores de 15 años.

Mc Coll, Amador, Aros, Lastra, y Pizarro (2002) realizaron un trabajo con el objetivo de cuantificar la Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de Medicina. Se efectuó un estudio de corte transversal en 242 alumnos que constituyen el universo de estudiantes de 1° a 5° año de la carrera de Medicina, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Los factores de riesgo cuantificados fueron: inactividad física, sobrepeso y obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial. Los resultados son los siguientes: Luego de analizar estadísticamente sus valores, se encontró que el factor de riesgo de mayor prevalencia con un 88% es la inactividad física, cifras similares para hombres y mujeres y no encontrándose diferencias entre los cursos en estudio. El sobrepeso y obesidad, presentó una prevalencia de un 31,8%, siendo ésta mayor para hombres que para mujeres, pero no se encontraron diferencias entre los cursos. En cuanto al tabaquismo, éste presenta una prevalencia de 23,6%, siendo mayor para mujeres que para hombres, pero al cuantificar

la intensidad del hábito tabáquico, se observó que ésta era mayor en hombres. No se encontraron variaciones del hábito tabáquico entre los diferentes cursos. Por último, la presión arterial alta presentó una prevalencia de 4,6%, siendo mayor para hombres que para mujeres. El estudio concluye que la prevalencia de los factores de riesgo estudiados es alta.

Méndez (2005) llevó a cabo un estudio con el objetivo de conocer la Autopercepción sobre estilos y calidad de vida de los funcionarios de atención primaria de salud, y su variación dependiendo de factores sociodemográficos y laborales, y por otro, revelar la significancia e importancia que le atribuyen a la calidad de vida las/los funcionarios de atención primaria de salud. La investigación es un estudio cualicuantitativo transversal, descriptivo y correlacional, realizado en el equipo de salud perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Valdivia, en el periodo Julio-Diciembre del año 2004. Se determinaron los aspectos generales de percepción de bienestar y salud a través del III ítem del módulo individual de la Encuesta de Calidad de Vida del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) del año 2000. La percepción de calidad de vida en funcionarios(as) de dicho Departamento se llevó a cabo mediante una entrevista en profundidad semiestructurada. En los resultados cuantitativos destacó que el 73,9% de los funcionarios de atención primaria de salud se sienten satisfechos con su estilo de vida. El 47,8% refirió haber fumado en el último mes. El 44,4% de funcionarios con contrato indefinido deja fumar dentro del hogar ($P=0,03$). El 86,9% de los encuestados ha presentado uno o más episodios de estrés en su vida en general. Los resultados cualitativos revelaron que los funcionarios de salud entienden calidad de vida como una sensación de bienestar y que en la construcción de

este bienestar intervienen condicionantes laborales y familiares. La calidad de vida de los funcionarios de atención primaria de salud es superior a la población general en aspectos socioculturales ligados al ingreso y oportunidades, no obstante, las extensas jornadas laborales amenazan estos factores protectores. El trabajo incide en la percepción de calidad de vida de los funcionarios siendo esta asociación un conflicto de intereses permanente. Se pudo concluir que la calidad de vida del equipo de salud no es cualitativamente mejor en cuanto a estilos de vida y aspectos generales de bienestar y salud que la de la población general. La percepción y significancia de calidad de vida en el equipo de salud se enfrenta a la dualidad impuesta por la institucionalización y tecnocratización de los servicios de salud que se traduce en un discurso público de líneas gubernamentales y uno privado basado en las construcciones sociales.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Calidad de vida

1.2.1.1. Definiciones

El término “Calidad de vida”, se remonta al siglo pasado, a finales de la 2da guerra mundial, en las teorías del desarrollo económico y social (Keynesianas) que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional. Aunque en su momento se admitió como ideal social y económico que la calidad en el vivir era el resultado de la posibilidad de consumir y acumular, referente al crecimiento, siendo cuestionado por otras Escuelas y Disciplinas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

En 1995, Felce y Perry plantearon otras posiciones conceptuales sobre calidad de vida. A las tres conceptualizaciones propuestas por Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas la Calidad de Vida fueron definidas como:

La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.

La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

El concepto está emergiendo como un Principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

Grau (1998), nos refiere que si la calidad de vida es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto; cada uno debe ser considerado la persona

más capaz de sopesar satisfacciones e insatisfacciones con su vida. El papel de los factores psicológicos que condicionan el grado de satisfacción o bienestar es determinante para el proceso de evaluación. Así, desde el Campo de la Psicología, la calidad de vida se convierte en un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida; se centra en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma, al incorporar la dimensión subjetiva hay que subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener, 1984). Sin embargo, existen opiniones divergentes en relación a la satisfacción (Reimel, Muñoz, 1990), asociándola a factores intrínsecos (reconocimiento, progreso, autorrealización) y extrínsecos (status, salarios, seguridad), o conceptualizándola en términos de una actitud. Esto ha permitido examinarla bajo el prisma de diferentes modelos teóricos recientes: el modelo de medición perceptual de Rice y sus Colaboradores, los modelos basados en la teoría social-cognitiva de Bandura y Jeller, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, la teoría de la ecología del desarrollo de Bronfenbrenner, y otras propuestas. En síntesis nos encontramos aún en un camino incipiente que habrá de desarrollarse en los próximos años que puede servir de sustrato al enfoque psicológico en la conceptualización de la calidad de vida y su evaluación.

Según distintos autores, la Calidad de Vida se resume en un nivel de bienestar, felicidad, salud, comodidad y realización de alto rango en una persona. Hay autores como José Bello Gutiérrez (2005), que se refieren al concepto como lo mejor para la persona que se consigue mediante una buena ingesta de alimentos balanceados en los hábitos naturales del hombre.

En cambio para Armando J. Bravo (1996), la calidad de vida supone un estado del ser en una altura espiritual, moral y ética reconocida, que se ha formado a través de sus valores, trayectoria y cultura.

Para la Organización Mundial de la Salud, este concepto es: “La percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.

Así vemos que “calidad de vida” da lugar a un concepto esencialmente subjetivo y que depende de la visión de cada autor, pero lo que podemos ver es que hay coincidencias en todos ellos, en cuanto a que trata de un estado idóneo del hombre, que se puede lograr sólo con buenos hábitos, reflexión y organización personal.

Es así que ha desarrollado una amplia variedad terminológica para definir el concepto de calidad de vida incluyendo: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituyen una "buena vida". En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores ha sido el utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria (e.j. Neugarten y col., 1961). Estos índices exploran dimensiones absolutas y relativas de calidad de vida.

Recientemente, se ha producido una mayor concientización sobre la importancia de un enfoque fenomenológico del estudio de la calidad de vida mediante el cual se pregunta a las personas que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos en la vida (Bowling, 1998). En este enfoque, la calidad de vida no es sólo multidimensional, sino que también tiene en cuenta la experiencia vital de las personas tal como la interpretan ellas mismas y los demás. En

consecuencia, todo análisis cuantitativo debe complementarse con un análisis cualitativo para dar sentido al estudio de la calidad de vida de las personas mayores. Saber qué es lo que le preocupa a la gente es, desde luego, un ejercicio que requiere su tiempo, pero debe hacerse si se quiere dar sentido a la noción de calidad de vida a nivel individual. Esto es especialmente relevante para las personas con demencia que pueden necesitar diferentes tipos de estímulos, para ayudarles a exponer sus intereses y lo que les preocupa.

Las dificultades asociadas con la medida de la calidad de vida no deben ser una excusa para no poner en marcha nuevas políticas. Se cuenta ya con una serie de hechos:

- La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.
- Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.
- Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.
- Una vivienda y un entorno adecuado tiene una influencia positiva en la calidad de vida.
- Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida.
- La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad.
- Las privaciones económicas dañan sustancialmente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.

El término calidad de vida empieza a relacionarse con los cuidados sanitarios a mitad de los años setenta, cuando la atención sanitaria, influenciada por los cambios sociales, va restando importancia a la cantidad (mortalidad, morbilidad, etc.) para favorecer la calidad de la vida humana: aliviar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejorar relaciones sociales, autonomía, etc.

No existe consenso integral respecto al significado de la expresión “calidad de vida”, aunque parece obvio que, en cualquier caso, se trata de una denominación más amplia que el bienestar físico y social; en realidad se trata de un macro concepto que integra diferentes vertientes entre las que cabe incluir desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad, el estado de salud (físico, psíquico y social). En general, todas las definiciones de “calidad de vida” tienen dos elementos comunes: utilizan un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida.

Sin embargo, gran parte de las definiciones de calidad de vida son demasiadas globalizadoras y abstractas (y por tanto difíciles de operativizar), razón por la que Patrick y Erickson (1993) plantearon utilizar el término “calidad de vida” relacionándola con la salud (“Health Related Quality Life”), conceptualizándolo como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos o experiencias que una persona puede afrontar como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento. Éste término evita la medición de aspectos no directamente relacionados con la salud como la libertad o el medio ambiente.

Desde una concepción genérica la calidad de vida se identifica como bienestar general, compuesto por el bienestar social y el bienestar personal (López 1998). Se puede hablar, entonces, de una calidad de vida colectiva y una individual y, con ello, de dos dimensiones de estudio, una dimensión social -- de mayor connotación objetiva -- compuesta por los elementos físicos, materiales, sociales y ecológicos de los diferentes contextos ambientales del individuo, y una dimensión psicosocial -- de mayor connotación subjetiva -- formada, en lo esencial, por la percepción y evaluación de estos elementos por el propio hombre.

Para la psicología, la dimensión psicosocial de la calidad de vida reviste un interés especial, por la incidencia de los aspectos psicológicos en su determinación, y por tanto, constituye un tema relevante de investigación (Batista y cols. 1994; Campbell, Converse y Rodger 1999; Asón 2000; Skinner 2002; Mikulic y Arenas 2004; Zuleta y Gómez 2004; Contreras 2005). Para asumir el estudio de dicha dimensión psicosocial, autores como Prior y De la Poza (1988), Grau (1996), Moreno y Ximénez (1996), Pelechano (1999) y López (1999), coinciden en señalar diferentes problemáticas que deben enfrentar los investigadores, entre ellas:

Limitado marco teórico-conceptual de la categoría en la investigación psicológica

Insuficiencia en la definición de un carácter más estable que transitorio y cambiante de la calidad de vida

En el plano teórico-conceptual, diferentes autores (Fruntratt 1995; Moreno y Ximénez 1996; López, 1999; Grau 1996; Mikulic y Arenas, 2004; Palacios y Castro, 2005) reconocen la ausencia de un concepto de calidad de vida que se asuma por consenso en

nuestra ciencia, y se insiste en su diferenciación con otras categorías afines como el bienestar, la felicidad, la satisfacción y la salud, con las cuales se identifica erróneamente. Se reconoce, además, el limitado marco teórico del tema en la ciencia psicológica; razón por la cual Pelechano (1999) cataloga como insatisfactorio el estado de su desarrollo científico. Esta problemática se resalta con mayor agudeza para la psicología de orientación materialista dialéctica (Grau, 1996; y Díaz, 2002).

Las insuficiencias mencionadas repercuten tanto en la declaración del carácter más estable que transitorio y cambiante de la calidad de vida, como en la búsqueda de sus determinantes psicológicos, contribuciones importantes a las que está llamada la ciencia psicológica en el tema.

Respecto a la declaración del carácter estable vs cambiante de la calidad de vida; Batista, Blanch y Artés expresan: Una de las primeras cuestiones que es necesario resolver antes de plantearse la evaluación de la calidad de vida percibida es si ésta se debe a factores transitorios o alguna disposición personal. En el primer caso, sería inviable conseguir evaluar de forma fiable el constructo, por lo que sería inútil plantear un estudio científico del mismo. Pero si consideramos que la calidad de vida percibida supone la existencia de cierta disposición personal, ello implicaría una mayor estabilidad, y, por tanto, justificaría el interés por su medición (Batista, Blanch y Artés, 1994:340). Respecto a los determinantes psicológicos, Moreno y Ximénez (1996) exponen: La Psicología deberá centrarse en delimitar sus dominios, establecer sus determinantes, elaborar técnicas para su evaluación y determinar los programas de intervención en orden al logro de obtener un mejor nivel de calidad de vida para el individuo y la sociedad (Moreno y Ximénez 1996:1045).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y en un intento de contribuir en dirección de aminorar las problemáticas planteadas en los estudios de la dimensión subjetiva y personal de la calidad de vida, a continuación, daremos a conocer los fundamentos generales y las elaboraciones conceptuales para conducir el estudio de la dimensión psicológica de la calidad de vida.

1.2.1.2. Definición de Calidad de Vida Percibida – Vivenciada (CVPV)

Al tener en cuenta, como referentes teóricos centrales del modelo, las aspiraciones, las expectativas, y los logros, conceptos vinculados a las valoraciones sobre Calidad de Vida (medio utilizado para el estudio de la subjetividad), se formula el concepto teórico de la categoría como calidad de vida percibida vivenciada (a partir de aquí, CVPV), y se define como: La Calidad de Vida Percibida Vivenciada, es la expresión valorativa de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, presente en el individuo, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que se aspira y lo que se espera alcanzar, en correspondencia o no con los elementos importantes y jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la vida, y permiten a la persona el ajuste al medio en que vive y se desarrolla (Díaz, 1999). Es un estado que se va conformando como resultado de la valoración que hace el individuo de su vida, evaluada desde su integridad - o en aspectos particulares de ella - sobre la base de su subjetividad, determinada por un condicionamiento externo, pero que se configura desde su estructura y funcionamiento de manera única e irrepetible. Dicha valoración, por tanto, refleja no sólo cómo vive el individuo, sino también qué piensa de cómo vive, y cómo se siente viviendo así, aspectos que se sintetizan en el juicio global de Calidad de Vida y, en dependencia, determinan su ubicación en una categoría valorativa.

Se considera percibida - vivenciada en tanto el sujeto hace un reconocimiento cognitivo de lo que posee material o espiritualmente (que puede ser o no distorsionado), impregnado de cierto matiz inevitable afectivo. Pero en la medida en que lo percibido esté en correspondencia, o no, con lo esencial jerarquizado, con las principales aspiraciones y necesidades del sujeto, las vivencias psíquicas se hacen más o menos intensas, y participan en la valoración positiva o negativa de Calidad de Vida.

Actúan, entonces, en la valoración que se ofrece sobre la Calidad de Vida: factores cognitivos y afectivos estructurados en un determinado nivel de desarrollo personal en el momento de la evaluación.

1.2.1.3. Dimensiones

La Calidad de Vida Percibida Vivenciada, es la expresión valorativa resultante de la relación entre lo actual, lo aspirado y lo esperado, considerado dentro de lo esencial jerarquizado por el sujeto, y visto como lo verdaderamente importante.

Si lo actual esencial jerarquizado, es igual o aproximado a lo aspirado, o se espera alcanzar éste a corto, mediano, y aún a largo plazo, entonces la Calidad de Vida Percibida Vivenciada, se ubica en un rango positivo, bueno y aceptable.

Pero si lo actual no se corresponde con lo esencial jerarquizado, difiere de él, o lo que se aspira alcanzar (considerado como esencial jerarquizado) no se espera lograr a corto, mediano, o largo plazo, entonces la Calidad de Vida Percibida Vivenciada se ubica en un rango negativo, pobre y malo.

La dimensión tiempo en el concepto operacional revela el carácter dinámico y de proceso de la Calidad de Vida Percibida Vivenciada, y como factor, incide sobre las vivencias, ya que los plazos que se estiman para el alcance de metas y objetivos repercuten en el sentir emocional y en la valoración positiva o negativa de la Calidad de Vida. Mientras más cercanos se valoren los plazos, es más positiva la vivencia, y viceversa. El tiempo es, por tanto, una dimensión útil en la diferenciación de las categorías evaluadoras.

Cada uno de los componentes (o partes integrantes de la variable CVPV) mencionados anteriormente se define de la siguiente forma:

Lo actual es equivalente a la cuantía de bienes materiales o satisfacciones y logros espirituales que tiene el individuo, es decir, lo existente en el momento de la evaluación, sin ser necesariamente propuestos conscientemente por la persona mediante metas y aspiraciones. En él no se desestima aquello que se valora como fortalezas y adquisiciones para conservar el sentido de la vida.

Lo logrado son los aspectos que el individuo ha adquirido (material o espiritual), considerados importantes por él mismo, y que se han formulado a través de metas y objetivos que responden a sus intereses y necesidades, Este componente marca experiencias y vivencias emocionales que pueden asumirse como fortalezas o debilidades para la vida con calidad.

Lo aspirado es lo que no se tiene y lo que es considerado como algo importante o esencial planteado en metas o proyecto de alcance de manera consciente. Este aspecto incide sobre la fuerza incentivadora de la acción y revela la proyección futura del sujeto.

Lo esperado se define como la relativa certeza de alcanzar los bienes y satisfacciones que se desean tener y que se consideran importantes. Se vincula con las esperanzas, o no, de mejorías, mantenimientos, y con la visión positiva, en la relación con el medio interno o externo.

Lo esencial jerarquizado se atribuye a las cuestiones claves (materiales o espirituales) para el individuo (no sólo necesarias, sino aquellas consideradas prioridades individuales para sentirse bien y estar bien). Este componente contempla el ordenamiento de esas prioridades y los aplazamientos que se valoren como necesarios, si las exigencias del momento lo requieren.

1.2.1.4. Líneas de investigación sobre Calidad de Vida

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras. Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitucionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.

En el terreno de la Educación la investigación es aún escasa y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su Calidad de Vida. No obstante, los cambios transcendentales acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo que atañe a los alumnos con necesidades educativas especiales, han ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la calidad de vida. En este sentido, comienzan a desarrollarse estudios sobre los factores asociados a la efectividad de la escuela poniendo especial atención en aquellos que ejercen un efecto sobre el alumno, comienzan a tener cabida en el currículum nuevas áreas con un carácter menos académico que las tradicionales y más vinculado con la formación integral de la persona y la mejora de su calidad de vida, la tecnología de la rehabilitación pasa a formar parte del continuo de apoyos y servicios de que el sistema educativo dispone para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos con discapacidad y, desde el servicio educativo se adopta un enfoque de mejora de la calidad en el que la satisfacción del usuario, en este caso, el alumno, pasa a convertirse en un criterio de máxima relevancia.

A partir de la década de los 80 se adoptó también el concepto en el mundo del retraso mental y otras deficiencias relacionadas, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad. En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan. Por ello ha sido y es un concepto guía. La mejora de la Calidad de Vida es actualmente una meta compartida por muchos programas de desinstitutionalización y acceso al empleo normalizado por parte de las personas con discapacidad. Estos programas ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos y las técnicas de mejora de la Calidad (Schalock, 1997). Se ha constituido, por lo tanto, en un lenguaje común de quienes pretenden evaluar resultados.

CALIDAD DE VIDA CONCEPTUALIZACIONES (Borthwick-Duffy y Cols., 1992; Felce, 1995)	
Calidad de Vida = Calidad de las condiciones objetivas de la Vida.	Calidad de Vida = Satisfacción del individuo con sus condiciones de Vida.
Calidad de Vida = Calidad de las condiciones de vida + Satisfacción Personal.	Calidad de Vida = Satisfacción del individuo con sus condiciones de Vida + Satisfacción Personal + Valores Personales

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionadas con una vida de calidad, varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos

del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y en la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores. En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores.

Líneas Futuras, durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.

1.2.1.5. Fundamentos Teóricos sobre Calidad de Vida

Las reflexiones que se exponen a continuación, acerca de la calidad de vida, resultan esenciales para comprender el tema: La calidad de vida (CV), como fenómeno de

la realidad, se expresa entonces en estados o condiciones de existencia inferiores y superiores, con infinitas formas de mostrarse, todas irrepetibles y únicas, lo cual permite afirmar que toda personalidad representa un determinado estado de calidad y no siempre se expresa en estadios o formas de desarrollo superior, o en una condición de la existencia buena, feliz o placentera.

Así, por ejemplo, una persona con síndrome de Down muestra un estado de vida que no se considera superior para la condición humana, pero que constituye una determinada Calidad de Vida, en tanto representa una condición existencial que, por demás, puede contener formas más desarrolladas (positivas) o menos desarrolladas (negativas) en dependencia de la profundidad del síndrome en cuestión y de su situación social del desarrollo o, en otras palabras de las demandas y exigencias del contexto y del sistema de recursos personales existentes.

Por tanto, aceptar que la Calidad de Vida es inherente a todas las formas de existencia, es fundamento suficiente para estudiarla, definirla, investigarla, e intervenir respecto a ella, en enfermos crónicos, en pacientes en estadios terminales de su enfermedad, o que se someten a cuidados paliativos, en discapacitados físicos y mentales, etc., los cuales representan condiciones de existencia que no son consideradas como positivas o desarrolladoras. Esta postura expone la verdadera vocación humanista atribuible al concepto de Calidad de Vida, promovida en una larga y rica trayectoria investigativa en el campo de la salud, y resalta, además, la idea de evaluar la Calidad de Vida desde una óptica positiva para potenciarla y mejorarla a escala individual.

Asimismo, reconocer que las cosas están en constante movimiento, modificación, surgimiento y destrucción, pero mantienen determinada forma de existencia, o sea, su

calidad, hasta un tiempo determinado (Lenin s/a; Engels 1975), nos permite aseverar que el aspecto dinámico y la relativa estabilidad que se atribuyen a la Calidad de Vida como condición de la existencia deben tenerse en cuenta no sólo para el análisis de su mantenimiento, sino también para su valoración.

En esta dirección, se analiza que la personalidad está expuesta a la influencia de diferentes cambios (desfavorables o favorables, actuales o prospectivos, transitorios o irreversibles), y habría que analizar hasta dónde son capaces de afectar la esencia personal, y con ello, la Calidad de Vida del sujeto. De mantenerse la esencia, se mantiene con ella el estado de la calidad, y la relativa estabilidad de su valoración. El problema de la valoración de Calidad de Vida puede vincularse, entonces, al equilibrio entre lo esencial (cualitativo, distintivo, individual; diferente en cada hombre), y lo existente en el entorno capaz de mantener o no las esencias, independientemente de su cuantía objetiva. Por tanto, se admite la doble naturaleza (objetiva y subjetiva) del concepto de Calidad de Vida y, a la vez, se resalta el papel de lo subjetivo en su valoración.

Finalmente, la Calidad de Vida, como fenómeno observable, está determinada por múltiples factores integrados de manera compleja y holística, mostrándose de manera fenomenológica. Es, por consiguiente, susceptible de ser evaluada y de que se ofrezca una valoración al respecto. Al estudiar la valoración personal (Calidad de Vida Percibida Vivenciada) de dicha condición existencial (Calidad de Vida), se asume la concepción materialista dialéctica para el estudio de los procesos valorativos (Fabelo, 1989), como se expresa en el apartado siguiente:

La persona en su contexto concreto, como referente de partida en su análisis

La expresión holística y sistémica de la Calidad de Vida

La manifestación de la Calidad de Vida como estado

La doble naturaleza (objetiva y subjetiva) de la Calidad de Vida

La manifestación de la Calidad de Vida en estados cualitativos diferentes (no siempre superiores).

La expresión dinámica de la Calidad de Vida (posibilidades de cambio).

La relativa estabilidad de la Calidad de Vida vinculada a la esencia.

Resulta importante reiterar que el estudio de la Calidad de Vida desde un punto de vista valorativo, implica adherirse a una concepción pocas veces declarada que permite comprender qué factores y condiciones explican el proceso valorativo y sus resultados, los juicios valorativos, que Fabelo (1989) define como criterios de valor sobre cualquier objeto, fenómeno, o circunstancia de la realidad, y que se expresan en opiniones positivas o negativas acerca de ellos. Estos criterios de valor se forman bajo la influencia de la práctica, la cual, en su desarrollo, no sólo engendra el ser funcional de las cosas, su significado, su valor, sino también la capacidad subjetiva del hombre (Fabelo 1989). Este planteamiento permite entender la subjetividad desde posiciones materialistas dialécticas, desde las cuales los factores sociales tienen el reconocimiento necesario, con una fuerte presencia en los criterios valorativos.

De la concepción asumida se declaran, para la propuesta de modelo y su implementación metodológica, otras cuestiones de interés, cuya utilidad se declara a continuación:

La tendencia dicotómica de los juicios valorativos (positivos y negativos): Permite establecer cuatro categorías de análisis, dos para el polo positivo (bueno y aceptable), y dos para el negativo (pobre y mala).

La significación afectiva de las valoraciones, al reflejar la relación de significación que tienen los objetos y fenómenos de la realidad: Permite hacer énfasis en el aspecto vivencial al valorar la existencia, es decir, cómo se siente la persona; no sólo qué tiene, sino cuán importante para ella es lo que tiene.

La unidad de lo afectivo y lo cognitivo en las valoraciones: Permite entender la participación conjunta de procesos afectivos y cognitivos en unidad dialéctica y, por tanto, con expresiones complejas y diversas.

La relación entre lo social y lo personal en las valoraciones: Permite reconocer la participación de múltiples factores (culturales, sociales, etc.) en la valoración personal de la Calidad de Vida, es decir, su multi - determinación, y entender las relaciones de dependencia y relativa independencia entre lo social y lo personal.

Según este autor, la valoración es resultado de la de los más disímiles factores de la realidad objetiva y subjetiva, y exige analizar su vínculo con fenómenos como las necesidades, los intereses, los fines del sujeto, su experiencia precedente, sus puntos de vista, ideales, normas, concepción del mundo, es decir, su subjetividad. Esta subjetividad, expresada en aspiraciones, expectativas, vivencias, etc., o también llamada mundo interno personal, constituye, según Fabelo (1989), los determinantes psicológicos de los procesos valorativos, entre los que, sin embargo, no ha sido declarado específicamente cuál o cuáles pueden resultar más relevantes en la valoración de la vida con calidad, lo cual refuerza su formulación como problema científico a resolver (Díaz 2005).

Postulados generales de la psicología de orientación materialista dialéctica: la subjetividad. Asumir los postulados de la psicología de orientación materialista dialéctica, implica aceptar que en su desarrollo filogenético el hombre ha escalado

diversos niveles evolutivos que implican mayor perfección de la especie, por tanto, su psiquis se hace más compleja y, por consiguiente, los fines y metas de la humanidad se amplían y profundizan. Esta idea invita a pensar que la complejidad del nivel evolutivo de los individuos debe ser considerada premisa y condición para explicar y comprender la fuerza movilizadora del individuo puesta en función de concebir, estimar y mejorar su propia Calidad de Vida. Puede entonces aseverarse que el nivel de desarrollo personal influye en las estimaciones y valoraciones que se realicen sobre diferentes aspectos, de la Calidad de Vida. De esta forma, la valoración que sobre Calidad de Vida se realiza, se erige sobre la base del nivel de desarrollo de la personalidad y, por ello, la comprensión de la complejidad de la multi-determinación de la categoría Calidad de Vida exige partir de una concepción sobre la personalidad que pueda explicar aspectos tan complejos como el carácter sistémico en su formación y desarrollo, su expresión holística y su determinación histórico – cultural, entre muchas cuestiones debatidas sobre la personalidad (las que incluye su definición conceptual), que constituyen, todavía, problemas teóricos y metodológicos por resolver en la psicología.

Todos estos aspectos se ven reflejados y concebidos de alguna manera en la concepción general que la psicología de orientación materialista dialéctica tiene sobre la personalidad, y constituyen los referentes teóricos y prácticos para el estudio que se realiza. Una cuestión que requiere destacarse nuevamente por el valor que se le confiere en el modelo, es el aceptar la unidad entre lo cognitivo y lo afectivo, como un principio de la psicología de orientación materialista dialéctica, y en la que se declara, que ambos componentes se desarrollan bajo el influjo de las relaciones sociales y se integran de una forma única e irrepetible. Al respecto se comparte con González (1997)

que la unidad entre lo cognitivo y afectivo es compleja y requiere profundidad en sus análisis. Así, por ejemplo, pueden existir combinaciones muy complejas entre el pensar y el sentir, que no siempre exponen una unidad congruente, sin que ello presuponga una incongruencia ideó afectiva de tipo patológica. Se reconoce además, que ambos componentes pueden mostrar predominios diferentes desde el punto de vista personológico, lo que hace que existan personas más racionales y otras más afectivas en sus relaciones con los fenómenos de la realidad, con incidencia y repercusión en las valoraciones que se ofrecen sobre ellos. Ambos componentes se integran en la subjetividad y conforman la dimensión psicológica de la Calidad de Vida. Al integrarse exponen un determinado grado de equilibrio y armonía entre el pensar y el sentir que se traduce en el sentirse bien o aceptar la condición real de existencia.

No obstante, sentirse bien no debe ser considerado por los investigadores como la única arista importante para concebir una buena Calidad de Vida, ya que pueden coexistir, con el estado subjetivo, otros aspectos contemplados en el concepto de Calidad de Vida desde su multi-determinación, de manera negativa, ejemplo: condiciones de vida, aspectos ecológicos o medio ambientales, la capacidad funcional y física, etc., que representan los aspectos más objetivos, no por ello, menos importantes. Se reconoce que sentirse bien, a la vez, puede frenar la intervención en pro de desarrollos y mejorías, que sólo son viables si la persona siente la necesidad de cambios y, por ello, se le otorga el valor que amerita, además de reconocer que pudiera ser exponente de ajuste y equilibrio con el medio.

Desde lo psicológico, y desde una mirada científica, Calidad de Vida implica un balance dinámico entre estar bien y sentirse bien de acuerdo a estándares externos y internos, los primeros, enmarcados en el micro y macro mundo en que vive y se

desarrolla la personalidad, que incluyen cuestiones de tipo material, cultural, ideológico, político, de clase social y valores, que tienen un desarrollo histórico concreto, y que inciden de manera determinante en los referentes internos de las personas.

La Calidad de Vida se manifiesta, con un carácter integrador y holístico, dependiente no sólo de la calidad de las interacciones con el medio en que se desarrolla y vive el hombre, sino también de la multiplicidad de factores genéticos, biológicos, sociales y psicológicos que intervienen sobre ella, en su devenir histórico.

Los referentes expuestos, y las reflexiones filosóficas realizadas permiten a la autora elaborar el concepto que la identifica y guía en sus investigaciones y análisis, que se recoge a continuación.

El modelo elaborado para el estudio concibe la Calidad de Vida Percibida Vivenciada, con los siguientes atributos:

Constituye un sistema (por su configuración, manifestación, interrelaciones dimensionales y su doble naturaleza), donde el todo es más que la suma de sus partes.

Tiene una determinación histórico-social en su doble dimensión: social e individual

Se concibe desde un determinismo externo (reflejo de lo existente real, enmarcado en una época en determinada dimensión temporal, sociedad, cultura, aspectos objetivos y materiales), pero a través del prisma de lo individual y de la subjetividad (con un carácter activo), que es la que mediatiza la valoración positiva o negativa que tenga el hombre al evaluar su calidad existencial.

Se expresa holísticamente, a través de pensamiento (qué piensa de cómo vive), afectividad (cómo se siente viviendo así), y realidad (cómo vive), integrados en la

valoración positiva o negativa de la calidad de la vida, evaluada desde el punto de vista personal.

Muestra una tendencia más estable que transitoria o cambiante.

Integra componentes cognoscitivos y afectivos que, bajo diferente configuración personológica, arrojan diferente incidencia en la valoración que se ofrece.

Los aspectos distintivos del modelo elaborado para el estudio de la dimensión psicológica de la Calidad de Vida son:

La concepción de la relativa estabilidad en la Calidad de Vida y su valoración (Calidad de Vida Percibida Vivenciada).

El énfasis en el componente vivencial (cómo se siente la persona) al evaluar su condición de vida.

En su mitad superior se representa la Calidad de Vida Percibida Vivenciada, con el fin de destacar el objeto de estudio que en él se propone. En ella se representan sus dos componentes funcionales básicos de la personalidad, íntimamente relacionados: el cognitivo y el afectivo. El componente cognitivo, representado a través de percepciones, cogniciones y creencias, permite conocer qué piensa la persona de su condición existencial, y analizar la valoración cognitiva de la Calidad de Vida. El componente afectivo, representado a través de vivencias y emociones que expresan fundamentalmente el sentir de esa existencia, la significación de la realidad y la participación de los procesos afectivos en la valoración, permite indagar acerca de cómo se siente la persona en su condición existencial, y con ello, analizar la valoración afectiva de la misma. Ambas valoraciones (cognitiva y afectiva) se integran desde lo

subjetivo, y exponen un determinado grado de equilibrio y armonía entre el pensar y el sentir, que se traduce en un sentirse bien. Este estado subjetivo se vincula a la dimensión personal de la Calidad de Vida en el modelo que se elabora.

En la mitad superior izquierda bajo las siglas Calidad de Vida Percibida Vivenciada (CVPV), se representa la realidad, que participa de manera determinante en las apreciaciones y el sentir que expresa el sujeto, los que constituyen los referentes externos de la valoración. Esta realidad la conforman las condiciones materiales, sociales, ambientales y de toda índole, más cercanas a la persona y que responden al cómo vive el sujeto, con las cuales se establece una relación única e irrepetible. Representa, en síntesis, el micro medio lugar donde se desarrolla la vida de la persona, exponente de un medio más general, pero muestra cierta 'libertad' respecto a él, y representa a la sociedad, su cultura, su modo de vida, su desarrollo económico y social, el grupo o clase social, etc., conformando el macro mundo, el cual ejerce influencias también sobre la realidad cercana y en consecuencia en la valoración personal (Calidad de Vida Percibida Vivenciada).

La realidad y el medio son exponentes de la dimensión objetiva, la cual participa en la conformación de la condición real de la existencia (CV) y su valoración (CVPV), y traducen un estar bien, desde los aspectos objetivos y externos, que responden en el modelo a la dimensión social de la Calidad de Vida. Finalmente, se muestran, en la mitad inferior del esquema, que representa la Calidad de Vida, diferentes estados de existencia, diferentes desde su condición cualitativa, pero contienen niveles adaptativos en la relación individuo-medio desde los cuales pueden proyectarse esfuerzos de mejorar y lograr valoraciones positivas de Calidad de Vida. Se ordenan desde formas

inferiores, hasta formas superiores, representantes de desarrollos óptimos de la condición real de vida. En cada estado se conciben aspectos objetivos y subjetivos, exponentes de un estar y sentir, los cuales se ven incrementados en dirección positiva al estado de bienestar, visto como la expresión de un estar bien (material y socialmente) y un estar bien (espiritual y psicológicamente) en lo personal, donde individuo y sociedad se conectan en sus múltiples determinaciones para lograr una existencia plena y positiva.

La definición de una vida "buena", ha estado presente en las preocupaciones del pensamiento económico y social desde los tiempos de Aristóteles, Adam Smith y Karl Marx, no desarrollan el concepto de calidad de vida, pero consideran al trabajo, aunque con concepciones diferentes y opuestas en cierto sentido – como la fuente de la riqueza y responsable de las condiciones de vida. De modo que, la preocupación por la calidad de vida atraviesa el debate de las ciencias humanas, en particular de la filosofía, la economía, la sociología y, más recientemente, de las ciencias de la salud y la educación.

En una manera similar, la preocupación por la calidad de vida también ha estado presente en las preocupaciones por el desarrollo. Aparece tímidamente en la literatura de la década de 1950 en las sociedades industrializadas e irrumpe con relativa fuerza a finales de 1960 y principios de 1970. Especialmente, en vinculación con las teorías del bienestar y a búsqueda de articulación entre las políticas económicas y sociales e influenciado por los movimientos de calidad de los productos y prestación de servicios. Luego tiende a apagarse con la aparición del neoliberalismo, la preeminencia del

restablecimiento del equilibrio financiero y el surgimiento de los llamados "tigres asiáticos" como paradigma de conducción nacional.

Aunque en la Conferencia de Estocolmo sobre el Medio Ambiente, en 1972, se plantea el tema de la calidad de vida; éste no aparece en la declaración correspondiente. Posteriormente, en *Nuestro Futuro en Común* (1987) – mejor conocido como el Informe Brundlant – en la Conferencia de Río '92 y las iniciativas posteriores vinculadas al desarrollo sostenible se retoma el interés por la calidad de vida, al introducir el componente generacional, rescatando su particularidad desde el punto de vista ambiental de la calidad del entorno y asociado – principalmente – al ámbito de experiencias locales y de planificación urbana.

La literatura más difundida sobre calidad de vida se asocia tanto con fenómenos globales como el crecimiento económico (Clarke, 1977), el nivel de vida (Levi y Anderson, 1980 y Sen, 1987), el bienestar (Dasgupta, 1988), la expansión demográfica (Lassonde, 1997); como con los aspectos sectoriales del desarrollo, la productividad y los procesos y condiciones de trabajo (Drucker, 1983 y García, 1983), la vida en las ciudades (Velásquez, editor: 1988), la participación social y comunitaria, la práctica de vida saludable, la espiritualidad y la búsqueda de satisfacción de la felicidad o necesidades individuales (Morgan y Murgatroyd, 1994; Stanley, 1994; Holcombe, 1995; Diener, 1984) y se alude ampliamente a las dificultades para su medición (principalmente, Brock, 1995 y Milbrath, 1978), sin propuestas concretas de cómo resolver tales dificultades.

Menciones interesantes a la calidad de vida como expresión del desarrollo integral y no tanto de la cantidad disponible de bienes y servicios se encuentran en Toffer (1970) y de manera reiterada en los difundidos Informes de Desarrollo Humano del Programa de

Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD -de 1990 en adelante). Por su parte, Iglesias (1993: 13) señala que las insuficiencias en calidad de vida y en la formación de recursos humanos se plantean como uno de los principales obstáculos para un desarrollo más moderno, más competitivo y más dinámico en el futuro. No obstante, en ninguno de esos casos se desarrolla una propuesta conceptual clara sobre tales conexiones.

Tanto en publicaciones como en laboratorios, se encuentra una profusa literatura de investigaciones aplicadas de calidad de vida en el campo de la salud, lo que implica una redefinición -desde el punto de vista de la ética profesional- de las relaciones entre los profesionales de la salud y las personas aquejadas por enfermedades diversas, tales como dolencias respiratorias, hipertensión, trastornos neurológicos (el caso de la Epilepsia y el Mal de Alzheimer), enfermedades terminales (tales como el cáncer o el SIDA), el climaterio, personas con problemas de discapacidad, personas mayores, o bien con desórdenes traumáticos como producto de efectos de guerra u otras situaciones de violencia.

Sin lugar a dudas, el tratamiento más completo sobre calidad de vida –aun sin llegar a consideraciones concluyentes sobre su aplicabilidad práctica– aparece en la compilación bajo el mismo título de Martha Nussbaum y Amartya Sen. Ese libro es producto de la conferencia promovida por el WIDER (World Institute for Development Economics Research), de la Universidad de las Naciones Unidas, Helsinki, en 1988. Es publicado por primera cinco años después (1988) y la versión en español es editada en 1996.

Los autores citados arriba, proponen considerar aspectos sociales o humanos para definir y medir la calidad de vida de las personas, tales como la expectativa de vida, la educación, la salud, la satisfacción en el trabajo, la dignidad, las relaciones laborales,

familiares y entre los géneros y los valores que permiten presuponer que la vida es más que un conjunto de relaciones comerciales.

Destacan que cuando nos preguntamos acerca de la prosperidad de una nación o región del mundo y la calidad de vida de sus habitantes surgen una serie de preguntas, entre ellas: ¿Cómo determinar la calidad de vida? ¿Qué información requerimos? ¿Qué criterios son relevantes? Y señalan:

La prosperidad de una nación y la calidad de vida de sus habitantes, son aspectos indisolublemente ligados.

El problema es complejo y necesitamos saber, por ejemplo, de la esperanza de vida al nacer, de los cuidados de salud, de los servicios médicos y la educación -tanto su disponibilidad como calidad-, de las posibilidades de empleo, los derechos laborales y las relaciones de trabajo.

Necesitamos conocer las formas cómo la ciudadanía ejerce sus derechos, cómo se estructuran las relaciones entre mujeres y hombres y cómo esas estructuras facilitan o impiden otros aspectos de la actividad humana.

La revisión teórico-conceptual, de experiencias prácticas e indicadores, permite reafirmar que la calidad de vida de las personas denota procesos sociales complejos, con múltiples componentes. Su conceptualización, debe tener en cuenta las opiniones de las personas y su medición requiere de un sistema de indicadores, de validez relativa para cierta época histórica, contextos y variables. A esas aspiraciones, es que este trabajo que relaciona las dimensiones planteadas como se desarrollan en relación a la enfermedad.

"Son varios los movimientos que han estado relacionados con la calidad de vida. Por ejemplo, los economistas del desarrollo miden la calidad de vida de los países en vías de desarrollo por su renta per cápita, porcentaje de empleados, longevidad y educación. La psicología puede añadir otra medida -el bienestar subjetivo. No es bueno hacer a las personas más ricas si no se las hace también más felices". (Casas 1991: 657).

2.2.2.1.5 Indicadores personales de la calidad de vida

El estado de desempeño ocupacional (a nivel racional, y las actividades básicas cotidianas).

El estado psicológico (grado de ansiedad, depresión, y temores que perturban al paciente).

Estado de interacción social (capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones personales, tendientes a satisfacer la necesidad de socialización del ser humano).

El estado del ser físico (el grado de bienestar físico alcanzado por el individuo, y que se altera a causa de dolores y otros síntomas físicos).

Schipper (1990) plantea que si se modifica cada uno de esos factores individuales, se producen alteraciones de la calidad de vida del individuo, obteniéndose un nivel determinado de la misma como resultado de la unión de ellos. (Estévez, 1994).

Desde esta posición puede observarse de manera explícita el control de aspectos psicológicos pero generalmente asociados a un análisis que lleva a identificar aspectos patológicos presentes y a obviar el análisis de éstos en la supuesta normalidad, expresión de la insistencia y predominio de estudiar la calidad de vida desde un enfoque negativo y no positivo, asociado a la enfermedad.

El enfoque positivo se trabaja actualmente en España y otros países europeos, y constituye una tendencia de la psicología mundial, básicamente norteamericana, donde existe un llamado a la denominada "Psicología Positiva", de la cual se esperan importantes contribuciones para la salud humana, para el bienestar general y la calidad de vida. (Avía y Vázquez, 1999; Moreno, 2000).

La Psicología Positiva se centra fundamentalmente en la búsqueda de mecanismos y procesos que protegen la salud humana y que, de hecho, son frecuentemente valorados y encontrados de manera reiterada en poblaciones afectadas por problemas de salud. En el tema de la calidad de vida percibida, dichos mecanismos y procesos adquieren especial interés para explicar niveles positivos en la percepción y vivencia de esas personas con problemas de salud, a pesar de verse afectados constituyentes importantes de la calidad de vida como son la salud y los aspectos económicos.

Todo lo planteado hasta aquí, permite destacar que la ciencia psicológica está llamada a dar una importante contribución en el tema de la calidad de vida percibida, al aportar ideas y resultados que demuestren la participación de variables e indicadores psicológicos que influyan decisivamente sobre el juicio valorativo que se ofrezca sobre la calidad de vida de manera autónoma y personal, y que puedan ser analizados como determinantes psicológicos de la calidad de vida.

Ello contribuiría no solo a comprender la valoración realizada por cada individuo, sino que los propuestos serían los componentes psicológicos sobre los cuales se podría proyectar las estrategias de intervención, e intervenir eficazmente sobre la percepción y vivencia de la calidad de vida a escala individual.

La búsqueda de estos indicadores y determinantes desde una mirada unidimensional (es decir, propiamente psicológica), sin que ello implique un enfoque reduccionista, sino más bien desde una mirada multidisciplinar, y su análisis en el continuo salud-enfermedad, es una propuesta de estudio que resulta, a nuestro parecer, interesante y que se enmarca desde la dimensión esencialmente psicológica de análisis de esta categoría.

Por tanto, uno de los aportes teóricos y prácticos demandados en el tema por la ciencia psicológica, quien precisa de la formulación de indicadores y determinantes propiamente psicológicos, lo cual ha constituido motivo de interés y estudio por nuestra parte, lo que nos ha llevado a realizar estudios que se encaminan en esta dirección, y que quedan contemplados en reportes de investigación y otras publicaciones de esta autora, a las cuales se remite a los interesados.

1.2.2. Conocimiento de la enfermedad

La percepción de los factores de riesgo de la hipertensión depende del nivel de conocimientos que las personas tienen para conservar su estado de salud, es necesario que tengan un conocimiento de su enfermedad hipertensiva para evitar situaciones de riesgo y para prevenir la enfermedad. Como por ejemplo que tan peligrosa es la hipertensión, conocer los antecedentes familiares, su estado actual de salud y ser adherente en el tratamiento

Las enfermedades cardiovasculares han aumentado según se observa en el incremento de las consultas médicas de las personas adultas; esta situación causa graves perjuicios tanto a nivel personal y familiar, 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; es por ello que surge la motivación de conocer los diferentes factores de riesgo en la hipertensión de la persona adulta que acude a un hospital general de Lima.

1.2.2.1. La conducta de enfermedad

Es la condición que cause o pueda causar habitualmente que una persona se preocupe por sus síntomas y busque ayuda de acuerdo a (Buela-Casal y Caballo V. 1966:43-49).

Etapas:

- a. Percepción e interpretación de los síntomas
- b. Sensaciones físicas que de acuerdo al umbral del dolor y el nivel de sensibilidad de las personas pueden ser fuertes o débiles.

Depende:

- Diferencias individuales “Umbral”
- Factores situacionales “Accidentes”
- Estados emocionales, ánimo depresivo que influye en los procesos cognitivos.
- Asumir el rol de enfermo
- Búsqueda de ayuda
- Recuperación

1.2.2.2. Tareas de adaptación a la enfermedad

- a. Reconocer, aceptar y controlar los síntomas y prevenir las crisis, cuando sea posible.
- b. Aceptar o no el tratamiento.
- c. Mantener relaciones adecuadas con el personal sanitario.
- d. Conservar un equilibrio emocional razonable.
- e. Conservar la autoimagen y un sentido de control y competencia satisfactorios
- f. Conservar las relaciones con la familia y amigos
- g. Prepararse para un futuro incierto y acostumbrarse a vivir con esa incertidumbre.

1.2.2.3. Evaluación de la adherencia al tratamiento

Uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud es el no cumplimiento por parte de los pacientes de los regímenes prescritos, pudiéndose considerar un problema común de la psicología y de la medicina la falta de adhesión o seguimiento del tratamiento médico o conductual. Como afirma Agras (1985:65) es rara la terapia que no supone algún malestar para el paciente, desde los efectos emocionalmente perturbadores que pueden acompañar una psicoterapia, hasta los efectos físicos, a veces duros, de la cirugía o los fármacos y, por otra parte, toda terapia eficaz depende de la capacidad del paciente para elevarse al tratamiento pese a los inconvenientes, el miedo o el dolor.

La adherencia es un complejo fenómeno que comprende desde el inicio del propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo. Sobre este aspecto todo paciente debe tomar

conciencia de ello. Como señala Buceta (1990:123), la adherencia constituye el quinto hábito (junto a la dieta alimenticia, el consumo del tabaco, la falta de ejercicio físico y el abuso del alcohol) sobre el que intervenir para actuar sobre la disminución de las siete principales causas de la muerte; adherencia de diversas medidas favorecedoras de la salud : adherencia a la medicación, a los reconocimientos periódicos, a la práctica de estrategias conductuales, a los programas de rehabilitación física, a la limpieza regular de los dientes, etc..

El cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud (tomar una medicación, seguir una dieta alimenticia, hacer ejercicio, etc.) es una conducta y como tal está sujeta a las mismas leyes que controlan el aprendizaje y la emisión de las conductas y, por ello, es fundamental determinar las variables o factores que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar las estrategias para su implantación, lo cual supone previamente elaborar una estrategia de evaluación y disponer de instrumentos adecuados que nos permitan evaluar dicha conducta a fin de constatar hasta qué punto se ha seguido un tratamiento. Sandoval V.J (2009)

Es importante clarificar que al hablar de adhesión terapéutica, hacemos referencia al seguimiento de los tratamientos médicos como comportamentales a las intervenciones con fines preventivos (prescripciones para tomar parte en comportamientos que resultan protectores de la salud), y a los tratamientos en pacientes con afecciones crónicas, etc. La no adhesión terapéutica no se limitan a la medicación. Los problemas de falta de adhesión también se refieren al manteniendo por parte del sujeto de las conductas que resultan protectoras de la salud (uso de cinturones de seguridad en los automóviles, hacer ejercicio físico, realizar las tareas para casa durante el proceso de evaluación y modificación de conducta, etc.).

Para Meichenbaum y Turk en Buela y Casal, Caballo V. 1996:56, la adhesión cubre una variedad de conductas entre las que se encuentran:

- a) iniciar y continuar un programa de tratamiento.
- b) asistir a las horas de consulta y acudir a las revisiones,
- c) tomar correctamente la medicación prescrita
- d) mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control de estrés, alimentación con ejercicio físico, etc.).
- e) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario, 6) evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, etc.)

Es difícil estimar la magnitud real del problema, ya que al hablar del fracaso a la adherencia, lo estamos haciendo de un fenómeno múltiple pues son varios los fallos que pueden darse en el cumplimiento y estar en función el tipo de problema y de las características del tratamiento, siendo escasos los trabajos en los que se especifica cómo se ha definido el fallo.

La eficacia de un tratamiento depende en gran medida de que el cliente/ paciente siga las indicaciones del cambio, el incumplimiento de las instrucciones es muy frecuente, teniendo como efecto la exacerbación de los problemas o la progresión de la enfermedad; de hecho, una forma de conceptualizar la adhesión siguiendo a Gordis (1976) Citado en Buela y Casal, Caballo V. (1966:59), sería el punto debajo del cual no es probable que se alcance el resultado preventivo o terapéutico deseado. El incumplimiento de las prescripciones médicas, además de suponer que el paciente no alcanzara la mejoría, representa un alto coste económico, no solo por la cantidad de

medicinas que se utilizan y no se consumen, sino porque en muchos casos el enfermo tiene que ser hospitalizado al agravarse su dolencia como consecuencia de no haber cumplido las indicaciones prescritas en un primer momento. En la terapia de conducta se negocia con el cliente la realización de determinadas conductas dentro y fuera de las sesiones terapéuticas, como afirma Wilson (1980) la no adherencia a las prescripciones conductuales es, en la mayoría de los casos, obviamente, el fracaso terapéutico.

El problema de la adecuada posología de la medicación (consumo de la dosis justa en la forma y momentos indicados) es quizás es el más alarmante. La automedicación, los fallos en la ingesta y otros incumplimientos respecto a los productos farmacéuticos acarrearán toda una serie de consecuencias negativas (Macia, 1987:369-377) que se pueden resumir en:

- a. El enfermo que hace caso omiso o descuida la toma de medicación difícilmente se curará; a pesar de esta evidencia, el profesional de la salud debe ser consciente de los datos apuntados anteriormente sobre la falta de adherencia.
- b. No respetar la dosificación médica puede conducir a intoxicaciones, enfermedades iatrogénicas y otros efectos indeseables, al margen del abuso en la prescripción por sector importante de los médicos (Soler Insa, 1981), la automedicación es una práctica muy extendida en España, con el consiguiente riesgo de sobredosis, reacciones adversas, etc.
- c. El uso indebido de medicamentos supone un elevado coste socioeconómico, así, España ocupa el quinto lugar en el mundo en consumo de fármacos; la influencia de la publicidad la facilidad de acceso al mercado farmacéutico, la proliferación de laboratorios y preparados, las prescripción farmacológica masiva e innecesaria; la

carencia absoluta de educación sanitaria hacen que seamos un país con una elevada cuenta de gastos en farmacia y, al mismo tiempo, con un gran despilfarro de medicamentos. Aparte de los medicamentos que no se toman y caducan, muchos pacientes tienen que ser hospitalizados precisamente por incumplimiento (Gordis, en Buela- Casal 1996:58).

El incumplimiento se agrava al tratarse de regímenes de cierta duración y complejidad, según los niveles de insatisfacción del paciente con el médico. Cuando en el tratamiento, aparecen problemas derivados del mismo tratamiento y cuando la percepción del paciente de su propia vulnerabilidad a la enfermedad es grande.

Frente a esta situación, no pocos profesionales de la salud se limitan a sugerir, aconsejar cambios en nuestros hábitos de vida o costumbres o prescribir una medicación: “no beba tanto...”, “no debes fumar...”, “debería hacer algo de ejercicio...”, etc.; como afirman Costa y López (1986:98) se olvida que cambiar un comportamiento y ayudar a la gente a hacerlo debe ser responsabilidad del sistema de salud. Intervenir y elaborar estrategias para implantación de la conducta de adhesión supone previamente conocer las variables que afectan a estas conductas y disponer de instrumentos adecuados de medida que permitan la evaluación de dicha conducta. A continuación vamos a considerar brevemente los factores que afectan a la adherencia.

1.2.2.4. Factores que afectan la adherencia

Respecto a las variables del paciente relaciones sólidas entre el grado de satisfacción del paciente con el terapeuta y el régimen terapéutico y su nivel de adhesión; los sujetos insatisfechos tienen mayores posibilidades de no cumplir las

instrucciones de tratamiento. La forma en que los sujetos perciben la implicación del terapeuta, el régimen terapéutico y su enfermedad, tiene importantes implicaciones para la adhesión, siendo fundamental evaluar las percepciones, actitudes y expectativas del paciente acerca de su problema y de su tratamiento e incorporar una fase de reconceptualización que modifique las expectativas o creencias incorrectas del paciente.

La complejidad del tratamiento (número de medicamentos a consumir, frecuencia del consumo, combinación de distintos tipos de intervención, la duración del tratamiento, etc.) contribuye a facilitar errores y omisiones en el cumplimiento. Cuanto más complejas son las demandas de un tratamiento, peor será la adhesión al mismo, de igual forma, se puede afirmar que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo; asimismo, cuando se trata de un tratamiento farmacológico, los posibles efectos colaterales de los medicamentos al actuar como un estímulo aversivo pueden producir un descenso en la conducta de adhesión.

La falta de adhesión puede surgir a partir de cualquiera de las siguientes razones: 1) el paciente no sabe qué hacer, 2) el paciente no posee las competencias o recursos necesarios para realizar el régimen del tratamiento, 3) el paciente no cree disponer de las capacidades para poder realizar el tratamiento, 4) el paciente cuestiona la utilidad del tratamiento, 5) el régimen es demasiado exigente y el paciente no considera que los beneficios potenciales compensen los costos, 6) la adhesión es asociada a sensaciones adversas o no gratificantes, 7) la calidad de relación del paciente y el terapeuta es pobre, y 8) no hay continuidad en la atención.

1.2.3. Factores de riesgo

1.2.3.1. Definición

Se entiende por factor de riesgo una característica biológica, hábito o enfermedad, que permite identificar un grupo de personas con mayor riesgo que la población general para presentar una determinada enfermedad a lo largo del tiempo. Su identificación correcta permite realizar la prevención primaria de dicha enfermedad. Es una variable que aumenta la probabilidad de que un fenómeno suceda en una población o en un individuo.

1.2.3.2. Factor de riesgo modificable

Los estudios epidemiológicos realizados en el campo de los trastornos cardiovasculares han permitido identificar un conjunto de variables denominadas "factores de riesgo", relacionadas con la mayor incidencia de dichos trastornos. Estos factores de riesgo son: la edad, el sexo, la historia familiar de patología cardiovascular, la hipertensión, la hipercolesterolemia, una dieta rica en sal, la obesidad, la ingesta de alcohol, el consumo de tabaco, la inactividad física, etc. Sin embargo, hoy se sabe que la mejor combinación de todos estos factores de riesgo, deja sin explicar, aproximadamente, la mitad de los casos de morbi-mortalidad por enfermedad coronaria.

Existen claras indicaciones de que los factores psicológicos como la ansiedad, el stress, la ira, el patrón de personalidad predisponente etc., desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión, sea directamente por efectos sobre el

sistema cardiovascular o indirectamente por su influencia en los factores conductuales como: exceso de peso, uso excesivo de sal o de alcohol, falta de ejercicio físico, etc. (Donker, 1991). Parece existir una estrecha relación entre las reacciones de stress no adaptativas y la hipertensión.

Entre las características emocionales y de personalidad que evidencian mayor relación con la hipertensión, destacan la ansiedad y la ira. Para analizar la relación ansiedad-hipertensión, partiremos de un hecho constatado: los individuos con un alto rasgo de ansiedad tenderán a percibir más situaciones como amenazantes que los sujetos con niveles bajos en rasgo de ansiedad (Spielberger, 1966, 1972). En consecuencia, los sujetos con altos niveles de rasgo de ansiedad, se verán expuestos con mayor frecuencia a situaciones que les generen estados de ansiedad, lo que en última instancia supondrá una mayor y más frecuente activación fisiológica y, por tanto, mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos. De hecho, en distintos estudios los hipertensos muestran puntuaciones significativamente más altas que los sujetos de la población normal en rasgo de ansiedad y en otras variables exploradas, como reactividad en los distintos sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y ante las distintas áreas situacionales evocadoras de ansiedad (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1990; Miguel Tobal, 1993a y 1994; Casado, 1994).

El factor de riesgo modificable es aquel factor de riesgo que puede ser modificado por la intervención médico-sanitaria. Para el caso de la EVC isquémica, se definieron los factores de riesgo modificables como sigue:

a) *Diabetes Mellitus (DM)*: Paciente con diagnóstico previo de DM, o que durante su hospitalización se realice el diagnóstico por médico endocrinólogo o médico internista.

La diabetes multiplica por dos el riesgo del ECV, y parece que actúa de manera independiente de las otras consecuencias que puede tener. La importancia de otros factores como la obesidad, hiperlipidemias, estrógenos, alcoholismos, tabaquismo, etc. es menor que las anteriormente expuestas.

b) Hipertensión arterial (HTA): Paciente con diagnóstico previo de HTA, o que durante su hospitalización se realice el diagnóstico por médico cardiólogo.

La hipertensión arterial (HTA) es la causa tratable más importante de enfermedad cardiovascular (ECV): multiplica por seis el riesgo de enfermedad cardiovascular isquémica (ECVI). La arterioesclerosis es, después de la edad y la HTA, el tercer factor de riesgo más importante para la ECVI. La ateromatosis de un paciente no puede ser cuantificada, de ahí la importancia de valorarla indirectamente a través de los efectos que produce en los diferentes órganos: cardiopatía, isquemia en las extremidades, soplos vasculares, etc... El haber sufrido un AIT es el indicador que mejor se correlaciona con el riesgo de sufrir un infarto cerebral.

c) Cardiopatía de riesgo embólico: Paciente con diagnóstico previo de dichas cardiopatías, o que durante su hospitalización sean diagnosticadas por médico cardiólogo.

d) Dislipidemia: Paciente con diagnóstico previo de dislipidemia, o que durante su hospitalización se diagnostique la misma (Colesterol total mayor o igual a 200 mg%, Triglicéridos mayor o igual a 200 mg%, LDL-Colesterol mayor o igual a 130 mg%, HDL-Colesterol menor o igual a 35 mg%).

e) Enfermedad coronaria obstructiva crónica: paciente con antecedente de dicha entidad.

f) *Tabaquismo*: Definido como consumo de al menos un cigarrillo al día (Baena, 2003; Valery, 1998).

g) *Otros factores de riesgo*: Definidos según el caso y los estándares internacionales (Gil de Castro, 2000; Gorelick, 1999, 2001; Baker's Clinical Neurology, 2000; Adams, 1997).

1.2.3.3. Modificación de los factores de riesgo y control de la hipertensión

Tradicionalmente, la hipertensión ha sido tratada desde una perspectiva médica, con terapia farmacológica, que suele acompañarse con una serie de medidas higiénicas como son el consejo de reducir el stress, indicadores dietéticos, recomendaciones de aumentar el ejercicio físico y de abandonar o reducir el tabaquismo. Algunos autores recomiendan estas medidas no farmacológicas como primer paso de tratamiento en la hipertensión límite o *bordeline* (Shapiro y Jacob, 1983).

Sin embargo, en la práctica, tanto el cumplimiento de la prescripción farmacológica como de los restantes consejos, plantea problemas al enfermo hipertenso. Los estudios muestran que aproximadamente el 50% de los pacientes abandonan la medicación el primer año (Wilber y Batrow, 1972; Cadwell, 1979). Además, se estima que únicamente dos tercios del 50% que no abandona llegan a controlar adecuadamente su tensión (Mckegney et al., 1973). El incumplimiento del régimen dietético se estima igualmente muy alto, alrededor del 48%.

Actualmente, existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar los distintos factores de riesgo, mediante técnicas de

intervención psicológica. Estas investigaciones demuestran que la psicología puede ser utilizada como instrumento eficaz para modificar los distintos factores de riesgo (Lefebvre, 1987). Puede, en primer lugar, aportar un eficaz apoyo para abordar estos problemas, diseñando intervenciones conductuales que ayuden al paciente a superar las dificultades prácticas que entrañan, tanto la observancia del tratamiento farmacológico, como las restantes indicaciones.

En segundo lugar, intervenir en aquellas variables de índole psicológica relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión. De hecho, en los últimos 20 años se han utilizado un buen número de tratamientos no farmacológicos efectivos para el control de la hipertensión esencial (Blanchard, 1988). En líneas generales estos tratamientos incluyen entrenamiento en relajación y respiración, diversas modalidades de biofeedback, ejercicios de relajación, cambio de dieta y técnicas de control de stress. Miguel-Tobal y Fdez-Abascal (1984), Stamler (1989) y Donker (1991). Son muchas las técnicas psicológicas que han mostrado aisladamente su capacidad para reducir la presión arterial, sin embargo la tendencia actual es la del empleo de paquetes terapéuticos que incluyan un conjunto de técnicas, siendo esta la opción más satisfactoria.

Maass y Brengelmann (1979) realizaron un programa de intervención, con un grupo experimental de 8 sujetos y un grupo control de 5 sujetos, en el que se combinaban programas de observancia de la medicación, reducción del tabaquismo, control de dieta y ejercicio físico, así como un programa de control de stress. Tras la aplicación del programa, los datos mostraron una tensión arterial sistólica y diastólica significativamente más bajas en el grupo experimental que en el grupo control. Esta

tendencia se mantuvo a lo largo de todos los seguimientos efectuados (cada tres meses durante 21 meses

1.2.3.4. Hipertensión arterial (HTA)

Se acepta como HTA a la elevación crónica de una o de las dos presiones arteriales sistólicas o diastólicas (OPS, 1990; JNC V, 1993; Wyngaarden, Smith, y Bennett, 1994; Cordies, 1995).

Cuando se estudia la prevalencia de la hipertensión arterial en la costa, sierra y selva del Perú, claramente se hace notar la menor prevalencia en sierra y selva. Notable fue la observación de (Stockins B: 1991) en Milpo, una población situada a 4,100 metros de altura, al encontrar un prevalencia de sólo 1%. De los valores publicados se puede estimar una prevalencia promedio de 5% para la sierra y selva (12-16), y de 17% para la costa (Ruiz 1973), Mispireta (1980) y Palas (1993).

a. Clasificación

La HTA se puede clasificar de tres maneras distintas (JNC V, 1993; Cordies, 1995):

- Por el nivel de la lectura de la PA.
- Por la importancia de las lesiones orgánicas.
- Por la etiología.
- Por el nivel de la lectura de la presión arterial.

TABLA 1:*Valores normales y elevados de Tensión Arterial*

Edad	Sistólica HOMBRE		Diastólica HOMBRE		Sistólica MUJER		Diastólica MUJER	
	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta
16-18	105-135	145	60-86	90	100-130	140	60-85	90
19-24	105-140	150	62-88	95	100-130	140	60-85	90
25-29	108-140	150	65-90	96	102-130	140	60-86	92
30-39	110-145	160	68-92	100	105-140	150	65-90	98
40-49	110-155	170	70-96	104	105-155	165	65-96	105
50-59	115-165	175	70-98	106	110-170	180	70-100	108
60...	115-170	190	70-100	110	115-175	190	70-100	110

- Por la importancia de las lesiones orgánicas se dividen en: Fase I, II y III.

- **Fase I.** No se aprecian signos objetivos de alteración orgánica.

- **Fase II.** Aparecen, por lo menos, uno de los siguientes signos de afección orgánica:

La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es detectada por rayos X, electrocardiograma (EKG) y ecocardiografía.

Estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas.

Proteinuria y ligero aumento de la concentración de creatinina en el plasma o uno de ellos.

- **Fase III.** Aparecen síntomas y signos de lesión de algunos órganos a causa de la HTA en particular:

Corazón: Insuficiencia ventricular izquierda (IVI).

Encéfalo: Hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico: Encefalopatía hipertensiva.

Fondo de ojo: Hemorragia y exudados retineanos con o sin edema papilar. Estos son signos patognomónicos de la fase maligna (acelerada).

Hay otros cuadros frecuentes en la fase III pero no tan claramente derivados de manera directa de la HTA, estos son:

Corazón: Angina pectoris; infarto agudo del miocardio (IMA).

Encéfalo: Trombosis arterial intracraneana.

Vasos sanguíneos: Aneurisma disecante, arteriopatía oclusiva.

Riñón: Insuficiencia renal.

b. Clasificación según la etiología

Según la etiología la HTA se clasifica en las siguientes:

a) Hipertensión arterial secundaria

Es la hipertensión de causa conocida, aproximadamente se encuentra entre el 5 y el 10%. Es importante diagnosticarla porque en algunos casos pueden curarse con cirugía o con tratamiento médico específico (Wyngaarden et al., 1994; Guyton, 1992).

Estos pueden ser por carga de volumen con aumento del líquido extracelular (LEC).

Por vasoconstricción que da un aumento de la RPT.

Por combinación de sobrecarga de volumen y vasoconstricción.

Causas más frecuentes de HT secundaria.

1. - Renales

Enfermedad del Parénquima

- Nefritis crónica.
- Enfermedad poliquística.
- Enfermedad del colágeno vascular.
- Nefropatía diabética.
- Hidronefrosis.
- Glomerulonefritis aguda.

Renovascular

- Cualquier lesión que obstruya las arterias renales, tanto grandes; como chiquitas.
- Estenosis renal.
- Infarto renal y otros.

Trasplante renal.

Tumores secretores de renina.

2.- Endocrinas

- Suprarrenales

- Feocromocitoma.
- Aldosteronismo primario.
- -Producción excesiva de: DOC y 18OH-DOC y otros mineralocorticoides.
- Hiperplasia suprarrenal congénita.
- Síndrome de Cushing por tumoración suprarrenal, por tumores hipofisarios.
- Tumores cromafines extrasuprarrenales.

- Hiperparatiroidismo.

- Acromegalia.

3.- HT por embarazo.

4.- Coartación de la aorta.

5.- Trastornos neurológicos.

- HT intracraneana.

- Cuadriplejía.

- Envenenamiento por plomo.

- Síndrome de Guillain-Barré.

6.- Post-operatorio.

7.- Fármacos y sustancias químicas.

- Ciclosporina.

- Anticonceptivos orales.

- Glucocorticoides.

- Mineralocorticoides.

- Simpaticomiméticos.

- Tiramina e inhibidores de la MAO.

8.- Tóxicas

- Plomo.

- Talio.

- Mercurio.

c. Hipertensión arterial primaria

La HTA primaria, idiopática o esencial, se dice que aproximadamente del 90 al 95% de todas las personas que presentan HTA tienen HTA primaria. Este término significa simplemente que no se conoce causa orgánica evidente. Recientemente la OMS está considerando que se han acumulado suficientes conocimientos sobre las causas de la HT, lo cual justificaría abandonar el término de esencial y utilizar mejor el de primaria. (Nort, 1987; Wyngaarden et al., 1994; OPS, 1990).

La etiopatogenia no se conoce aún pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la HT primaria. (Braunwald et al., 1989; Wyngaarden, et al., 1994; OPS, 1990; Hernández, 1994; Berne y Levy, 1996). A continuación, se da una relación de las diferentes teorías que abordan tan compleja enfermedad:

- Factores genéticos.
- Factores alimentarios.
- Factores ambientales.
- Factores psicosociales.
- Síndrome de estrés y adaptativo de Selye.
- Teoría neurovisceral de Miasnikov.

- Iones de sodio-potasio y la ATPasa. Otros iones.
- Disbalance en la relación GMPc - AMPc.
- Sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- Prostaglandinas.
- Sistema kalicreína - kinina.
- Metabolismo de los glúcidos.
- SNS.
- Endotelinas.

Otros factores:

- Sedentarismo.
- Tabaquismo.

La obesidad y el hábito de fumar se plantean por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990) que pueden intervenir para explicar entre el 10 y el 15% de las variaciones de este fenómeno en la población general (Hernández, 1994).

c. Factores genéticos y ambientales

La teoría que primero y con más fuerza irrumpió en el campo científico acerca de este fenómeno, fue la planteada por Platt en la década del '60, donde proponía la existencia de un gen dominante aislado. Pickering rebatió la misma y planteó la existencia de influencias genéticas múltiples, la cual tuvo mayor aceptación.

En realidad, se han realizado diferentes estudios que refuerzan el papel de la herencia. Además, se ha encontrado una correlación más estrecha, entre la PA de los padres y de

sus hijos naturales que con la de sus hijos adoptados, compartiendo todos las mismas circunstancias ambientales.

Ahora bien, ¿Cuál pudiera ser ese factor genético que parece existir y que posibilita la aparición de la enfermedad? Existen varios planteamientos al respecto, pero hay dos que parecen tener mayor fuerza. Uno, que plantea que las personas propensas a padecer de HT primaria son las que nacen con una anomalía de la función renal relacionada con la reabsorción de sodio. El otro, aboga por que existe una anomalía congénita a nivel de la membrana celular que afecta la AT pasa sodio-potasio. Aún no se ha definido exactamente cuál es el problema, ni tampoco la importancia de los factores ambientales y la herencia, sin embargo, es de gran utilidad para el médico (Hernández, 1994):

- Establecer una vigilancia sobre la descendencia directa y los parientes más cercanos de los pacientes hipertensos.

- Evitar en lo posible los factores ambientales que agraven la HTA de estos pacientes, como son:

- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Consumo excesivo de alcohol, sodio, calorías y aguas blandas.
- Vida sedentaria.
- Ruidos excesivos (estrés ambiental).

Seguidamente, se analizan dos teorías que aunque diferentes presentan puntos de contacto (Hernández, 1994), y que además son pertinentes para los objetivos de nuestro estudio.

d. Hipertensión arterial y estilo de vida

Algunos estudios seleccionados sobre hipertensión y estilo de vida, muestran algunas características semejantes a aquellas mostradas con relación a las enfermedades coronarias. Tres de ellas son de interés clínico-epidemiológico, y muestran diferentes perspectivas en el manejo de esa enfermedad. En la comparación entre el nivel, o mejor aún, entre las frecuencias de HTA entre dos grupos de mexicanos, se observa una menor tasa entre aquellos que mantienen sus “raíces”, en comparación con los mexicano-americanos. Trabajan con la hipótesis de que esa diferencia debe buscarse en algunos elementos del estilo de vida menos moderno de los mexicanos pobres de la ciudad de México, como: mayor actividad física, menor tasa de obesos y menor ingesta de alimentos con altas tasas de grasa y carbohidratos (Haffner, Gonzales, Hazuda, Mykanene, y Stern, 1994).

La Clínica Mayo desarrolla un programa de HTA, en el cual, para cumplir las orientaciones de modo radical y efectivo, encuentra en los grupos de profesionales multidisciplinarios la mejor indicación para conducir adecuadamente el seguimiento medicamentoso de los pacientes, así como para modificar y garantizar la adopción de estilos de vida saludables, generando así menores tasas de mortalidad (Shultz, y Sheps, 1994).

En el campo de la hipertensión relacionada con accidentes cerebro-encefálicos, un estudio se pregunta sobre las diferencias étnicas entre negros y blancos. Se conoce la mayor frecuencia de esos eventos en la población negra. Ese trabajo se pregunta sobre las características que se han apuntado para explicar ese hecho, y, al describirlas, coloca en duda el poder explicativo del estilo de vida, del acceso a los servicios de salud, de las características genéticas, de la capacidad de respuesta a la medicación (Alter, 1994). No encuentran, por lo tanto, respuestas tanto en el análisis de las cuestiones clínicas como en el estilo de vida.

A pesar de que estos trabajos puedan no representar el universo de las cuestiones que rodean a la hipertensión arterial, puede verificarse, a través de los mismos, que por lo menos desde la perspectiva clínico-epidemiológica la adopción de la noción de estilo de vida se refiere a conductas, pasibles de ser trabajadas en el plano de la intervención médico-clínica.

1.3. Marco conceptual

Calidad de vida: Concepto utilizado para evaluar el bienestar fisiológico, psicológico y social, de individuos y sociedades

Factores de riesgo: Son aquellos factores que predisponen a las personas a contraer alguna enfermedad, incluyéndose en el denominado grupo de riesgo. En este estudio, la muestra pertenece a un grupo de riesgo, como es el de los usuarios con diagnóstico de HTA. Sin embargo, existen otros factores de riesgo que pueden ser condicionantes de otras enfermedades relacionadas con la HTA.

Hipertensión arterial: Denominada también Tensión Alta o Hipertensión (HTA), es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud. En algunos casos, puede haber mareos, sangrado por la nariz, o dolores de cabeza, pero no necesariamente.

CAPÍTULO II

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Descripción de la realidad problemática

La Hipertensión Arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de las personas y las poblaciones en todas las partes del mundo, representa por sí misma una enfermedad como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal y contribuye significativamente a la Retinopatía. (Pérez, Córdova, Santín, Lardrove y Macías, 1999).

En el caso de aquellas personas con diagnóstico de hipertensión arterial, de mantener los mismos estilos de vida que les son perjudiciales, aparte de no seguir con las prescripciones médicas en el tratamiento de su enfermedad, los riesgos a sufrir enfermedades coronarias o cerebrovasculares en el más corto plazo son mayores, con relación a personas que no padecen de hipertensión. La hipertensión arterial, de por sí, ya es un factor de riesgo condicionante de enfermedades coronarias y cerebrovasculares.

Las enfermedades coronarias surgen cuando las arterias coronarias, se estrechan o bloquean por una acumulación gradual de grasa (colesterol) dentro de las paredes arteriales, lo que provoca una reducción del flujo de sangre al músculo cardíaco. Esta acumulación de grasa recibe el nombre de “placa aterosclerótica” o simplemente “placa”. Si la placa estrecha el lumen (o conducto interior) de la arteria, puede dificultar la llegada de cantidades suficientes de sangre al músculo cardíaco. Si la placa reduce el flujo sólo levemente, puede no haber síntomas evidentes en reposo, pero a medida que aumentan la actividad o el estrés pueden aparecer síntomas tales como opresión torácica. Estos síntomas son señales de que el corazón tiene problemas. Un ataque cardíaco es el resultado de una obstrucción total de una arteria que puede lesionar el músculo cardíaco (FAO, 1997; Jaramillo, 2000).

Muchos de los factores que contribuyen a las enfermedades cardíacas pueden controlarse modificando el estilo de vida. Inadecuados estilos de vida pueden convertirse en factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad coronaria y un ataque cardíaco. Algunos de estos factores de riesgo, como ser varón o tener antecedentes familiares de enfermedad cardíaca, no pueden modificarse. Tener diagnóstico de hipertensión arterial constituye otro factor de riesgo condicionante de enfermedades coronarias. Sin embargo, es posible cambiar otros factores de riesgo, los referentes a estilos de vida nocivos como alcoholismo, tabaquismo, falta de ejercicio, sobrepeso, estrés, etc.; y esto reduciría de forma sustancial el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca (FAO, 1997; Jaramillo, 2000).

Por otro lado, la enfermedad cerebrovascular (ECV) es la causa del fallecimiento del 12%-15% de la población, lo que supone, tras el cáncer y otras enfermedades cardiovasculares, la tercera causa más frecuente de *exitus letalis* en los países industrializados. De los pacientes que sobreviven a un infarto cerebral, aproximadamente el 30%-40% tienen una incapacidad importante. La ECV es el proceso médico más frecuente de la mayoría de hospitales, y además es el más costoso en términos económicos. La ECV isquémica (ECVI) representa aproximadamente el 85% de todas las ECV (Antigüedad, 1998).

Entre los factores de riesgo de las ECV, al igual que con las enfermedades coronarias, también se incluyen la hipertensión arterial y otros, como los estilos de vida inadecuados (tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, etc.). A esto, hay que agregar la edad como factor de riesgo importante. Los infartos que ocurren en pacientes menores de 45 años suponen el 3%-5% del total; a partir de los 55 años, la incidencia se incrementa de manera casi exponencial. Este hecho y el incremento paulatino de la esperanza de vida de la población multiplican la importancia social de esta patología (Antigüedad, 1998).

El propósito de este estudio es determinar en qué medida se relacionan la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo como variables potenciales y cómo éstas condicionan la aparición la cronicidad y complicaciones de las enfermedades hipertensivas.

Uno de los mayores retos en el manejo de la Hipertensión Arterial es lograr una adherencia óptima al tratamiento para garantizar un adecuado control de las cifras tensionales y a largo plazo evitar la emergencia de las complicaciones cardiovasculares, cerebrales y renales los cuales forman parte de la historia natural de dicha entidad, La falta de adherencia

terapéutica es uno de los problemas más significativos con los que se enfrenta la práctica clínica y de los más importante en el control de la hipertensión (JAMA: 2003).

Es aceptado en los actuales momentos que la Calidad de Vida es un factor importante en la adherencia y el cumplimiento cabal del tratamiento antihipertensivo por lo que la administración de medicamentos que produzcan efectos secundarios desagradables podrían comprometer el control adecuado de la enfermedad y por consiguiente impedir la reversión del curso natural de la misma. Wiflund (1996). Asimismo, el impacto económico del tratamiento antihipertensivo en los pacientes puede ejercer un efecto negativo en el cumplimiento del tratamiento y este hecho es muy frecuente en nuestro país donde la mayoría de los pacientes hipertensos proviene de las clases socioeconómicas más deprimidas sumándosele el hecho cierto de que la mayor parte de los medicamentos antihipertensivos desarrollados en los últimos 10 años y que producen mínimos efectos secundarios son muy costosos y estas poblaciones no pueden adquirirlo.

Partimos de la hipótesis de que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor número de fármacos, hábitos nocivos (mayor número de factores de riesgo cardiovascular) e inadecuada percepción de los síntomas, le corresponde peor calidad de vida, mientras que a mejor nivel de control, y fármacos con menores efectos secundarios, hábitos positivos y una mejor percepción de los síntomas le corresponde mejor calidad de vida. Dado que los estudios anteriores previamente publicados no han relacionado todas estas variables con la calidad de vida de los pacientes, además se está incluyendo los factores de riesgo de la enfermedad y el conocimiento de la enfermedad.

En la actualidad se realizan importantes esfuerzos dirigidos a su prevención, control y tratamiento, para lo cual se requiere de estrategias de acción multidisciplinarias. En este

sentido resulta de gran importancia el reconocimiento de la influencia de factores psicosociales en la hipertensión arterial.

La Hipertensión arterial (HTA), por tanto, produce en nuestra sociedad un impacto sanitario, económico y social de magnitudes incalculables, que sólo podrá ser reducido si avanzamos en la prevención, el diagnóstico correcto, en el tratamiento adecuado y en el control óptimo de la tensión arterial en los pacientes que asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.2 Delimitación del problema

Espacial

La investigación se realizó teniendo como espacio en el Programa de Hipertensión Arterial del Hospital General Arzobispo Loayza.

Temporal

La investigación se desarrolló durante el año 2014, habiéndose iniciado en el mes de marzo concluyendo en el mes de diciembre el trabajo de campo consistió en la aplicación de instrumentos a la muestra.

Social

El trabajo de investigación se realizó con 110 pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.3. Formulación del problema

A partir de lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Problema General:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

Problemas específicos:

¿Cuál es la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

¿Cuál es la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?

2.4. Objetivos de la investigación

2.4.1. Objetivo General

Establecer la relación entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- b) Determinar la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- c) Determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- d) Determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

2.5. Hipótesis de investigación

2.4.1 Hipótesis general

- Existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el hospital nacional Arzobispo Loayza.

2.4.2 Hipótesis específicas.

- Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.
- Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.

- Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.
- Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.

2.5. Variables e indicadores

Calidad de vida

Conocimiento de la enfermedad

Factores de riesgos.

Variables a controlar:

- Edad: 30 a 60 años
- Género: Masculino y Femenino
- Estado Civil: Solteros y Casados
- Condición socioeconómica: Media y Media baja

Por otro lado las dimensiones e indicadores que muestran las distintas variables de trabajo son las siguientes:

Tabla 1:*Operacionalización de las variables*

VARIABLES	Dimensiones	Indicadores
CALIDAD DE VIDA	Bienestar económico	1. Medios materiales. 2. Capacidad económica. 3. Satisfacer la necesidad de vestido. 4. Disponibilidad económica. 5. Satisfacer las necesidades educativas. 6. Satisfacer las necesidades de salud. 7. Cantidad de dinero. 8. Cantidad de dinero para gastar en semana. 9. Capacidad adquisición de objetos personales.
	Amigos	10. Amigos en la zona donde vive. 11. Actividades que comparte con sus amigos. 12. Tiempo que comparte con sus amigos. 13. Amigos del trabajo. 14. Actividades que comparte con sus amigos del trabajo. 15. Tiempo que comparte con sus amigos del trabajo. 16. Número de amigos que tiene.
	Vecindario y comunidad	17. Facilidades a la comunidad para compras cotidianas. 18. Seguridad. 19. Espacios de recreación. 20. Facilidades para las prácticas deportivas. 21. Servicios del Centro de Salud. 22. Facilidades para acudir a una iglesia.
	Vida familiar y hogar	23. Relación afectiva con su esposo (sa). 24. Relación afectiva con su(s) hijo(s), (as). 25. Número de hijos (as). 26. Responsabilidades domésticas en la casa. 27. Capacidad de su hogar para brindarle seguridad afectiva. 28. Capacidad para satisfacer amor de miembros del hogar. 29. Tiempo que pasa con su familia. 30. Relación afectiva con sus padres. 31. Relación afectiva con sus hermanos. 32. Relación afectiva con sus sobrinos. 33. Apoyo afectivo que recibe de su familia extensa.
	Pareja	34. Tiempo que pasa con su pareja. 35. Actividades que comparte con su pareja. 36. Apoyo emocional que recibe de su pareja. 37. Apoyo emocional que le brinda su pareja. 38. Intimidad sexual con su pareja.
	Ocio	39. Cantidad de tiempo libre que tiene. 40. Actividades deportivas que realiza. 41. Actividades recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.). 42. El tiempo que tiene para descansar. 43. Actividades creativas que realiza.
	Medios de comunicación	44. Contenido de los programas de televisión nacional. 45. Contenido de los programas de la televisión por cable y satelital. 46. Contenido de los programas de radio. 47. Cantidad de tiempo que pasa escuchando radio. 48. Cantidad de tiempo en Internet revisando páginas no educativas. 49. Cantidad de tiempo revisando páginas por cuestiones educativas. 50. Cantidad de tiempo que pasa "chateando". 51. Calidad de las películas del cine nacional. 52. Calidad de las películas del cine extranjero.

CONOCIMIENTOS DE LA HIPETENSION	Religión	53. Frecuencia con que asiste al cine.		
		54. Calidad de las obras de teatro.		
		55. Frecuencia con que asiste al teatro.		
		56. Contenido de los periódicos.		
		57. Frecuencia con que lee los periódicos.		
		58. Contenido de las revistas científicas.		
		59. Contenido de las revistas no científicas.		
		60. Frecuencia con que lee revistas científicas.		
		61. Frecuencia con que lee revistas no científicas.		
		62. Vida religiosa de su familia		
63. Frecuencia de asistencia a misa.				
64. Relación con Dios.				
65. Tiempo que le brinda a Dios.				
66. Amor que le brinda a Dios.				
67. Actividades que organiza su templo o iglesia.				
68. Vida religiosa de su comunidad.				
CONOCIMIENTOS DE LA HIPETENSION	Salud	69. Su salud física.		
		70. Su salud psicológica.		
		71. La salud física de otros miembros de su familia nuclear.		
		72. La salud psicológica de otros miembros de tu familia extensa.		
		- Hipertensión arterial una enfermedad peligrosa		
		- Cifras de tensión arterial.		
		- Sube la tensión Arterial aparecen síntomas.		
		- Hipertensión arterial graves complicaciones		
		- Hipertensa acuda a la consulta médica		
		- Mejor momento para tratarnos es cuando nos sentimos mal		
- Tratamiento de la Hipertensión Arterial los medicamentos				
- Tratamiento medicamentos interrumpida en hipertensión arterial controlada				
- HTA enfermedad curable				
- Factores que pueden incidir en la aparición de la HTA.				
CONOCIMIENTOS DE LA HIPETENSION	Nociones de la enfermedad	- Familiar cercano padece hipertensión		
		- Familiar cercano tiene problemas de corazón		
		- Información acerca de su enfermedad		
		- Dolor en el pecho o en otra parte del cuerpo		
		- Familiar cercano tiene diabetes		
		- Familiar tiene el colesterol alto		
		- Familiar cercano ha sufrido un infarto, una angina de pecho, una trombosis cerebral o una embolia		
		- Familiar con sobrepeso u obesidad.		
		- Familia no da importancia a los síntomas de la enfermedad		
		- Familiar ha padecido de pie diabético a causa de la hipertensión.		
CONOCIMIENTOS DE LA HIPETENSION	Antecedentes de la enfermedad	- Problemas físicos a raíz de la hipertensión		
		- Dolencias el pecho en el último mes, en ejercicios.		
		- Perdido capacidad física		
		- Piensa que su enfermedad es incurable y que complicara su salud		
		- Padece otra enfermedad o problema de salud relevante		
		- Tiene diabetes		
		- No podrá soportar su enfermedad		
		- Tiene el triglicéridos alto		
		- Sufrido un infarto, una angina de pecho, una trombosis cerebral o una embolia		
		- Comunica al médico cualquier síntoma extraño.		
CONOCIMIENTOS DE LA HIPETENSION	Estado de salud	- Toma medicamento de forma regular para la hipertensión		
		- Medicación, médico le ha prescrito y sigue algún otro tratamiento para la hipertensión.		
		- Tratamiento alternativo o natural para su hipertensión		
		- Información de su tratamiento para su hipertensión		
		- Cambiar sus hábitos durante su tratamiento		
		- Dieta del consumo de frutas y verduras.		
		- Plan para aumentar la actividad física o el ejercicio físico		
		CONOCIMIENTOS DE LA HIPETENSION	Tratamiento.	- Toma medicamento de forma regular para la hipertensión
				- Medicación, médico le ha prescrito y sigue algún otro tratamiento para la hipertensión.
				- Tratamiento alternativo o natural para su hipertensión
- Información de su tratamiento para su hipertensión				
- Cambiar sus hábitos durante su tratamiento				
- Dieta del consumo de frutas y verduras.				
- Plan para aumentar la actividad física o el ejercicio físico				

FACTORES DE RIESGO	Presencia de factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Plan específico para reducir el consumo excesivo de alcohol - Plan para reducir o abandonar el consumo de tabaco. - Considera que solo dios puede curarlo Fumar Bebidas alcohólicas Café Consumido o consume drogas Consume alimentos ricos en calorías Sal en las comidas Reducido su consumo de sal por hipertensión Consume bebidas gaseosas Reducido su consumo de bebidas gaseosas por hipertensión
	No presencia de factores de riesgo	Consume Verduras y Vegetales Practica Ejercicio Físico Realiza actividades en el tiempo libre Cumple tratamiento medicamentoso para enfermedad Evaluación Nutricional relacionada a su enfermedad. Consume frutas ricas en calorías.

2.5 Justificación e importancia de la investigación

El estudio desde el punto de vista psicológico pretende ampliar la información sobre la calidad de vida, los factores de riesgo y el conocimiento de la enfermedad como una posibilidad para comprender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes hipertensos.

Este esfuerzo adquiere mayor sentido e importancia 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 los centros hospitalarios.

Los estudios publicados sobre calidad de vida e hipertensión arterial, indican que tienen a mayor edad, mayor nivel de estudios y mayor nivel laboral le corresponde unos mejores valores en la percepción de la calidad de vida.

Desde el punto de vista teórico la investigación nos va a permitir contrastar los hallazgos de las investigaciones anteriores con respecto al tipo de pacientes relacionados con nuestro medio de acuerdo a las variables estudiadas.

Desde el punto de vista clínico los resultados de la presente investigación pueden proveer un conocimiento que podría mejorar la adherencia al tratamiento antihipertensivo y lograr disminuir la incidencia de complicaciones cardiovasculares, cerebrales y renales.

Desde el punto de vista social nos va a permitir conocer el apoyo socio familiar en la enfermedad a fin de disminuir la mortalidad cardiovascular.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación está enmarcada dentro de la investigación descriptiva, Hernández, Fernández y Baptista (1999), precisan que una investigación descriptiva tiene como propósito identificar el grado de relación que existe entre dos o más variables en un contexto particular y pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y, después analizar la correlación.

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación es descriptivo, transversal, correlacional, ya que se describe los fenómenos de estudio, se realizó en un determinado tiempo, y que a la vez

busca la relación entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (1998) manifiestan que los diseños transversales recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, y los estudios correlacionales tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Diseño Específico

M: r x y z

Símbolo	Significado
M	Muestra de Pacientes
x	Medición de la variable Calidad de vida
y	Medición de la variable Conocimiento de la enfermedad
z	Medición de la variable Factores de Riesgo
r	Correlación de las variables

3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por 470 pacientes que forman parte del programa de Hipertensión arterial de un hospital nacional de Lima.

La muestra de la investigación estuvo conformada por 110 pacientes hipertensos que acuden al Programa de Hipertensión Arterial de un hospital nacional de Lima, durante el

primer semestre del año y que no hayan tenido acceso a la información con respecto a las variables de estudio. Pacientes que provienen del cono norte, sur, y este de la ciudad de Lima, y cuyo nivel socioeconómico de todos ellos es medio a medio bajo. Teniendo en cuenta el sexo masculino y femenino y la edad a partir de 30 años hacia adelante.

Selección de la muestra.

La muestra será seleccionada a través del método de muestreo intencional; es decir, las unidades de la muestra serán seleccionadas a criterio de la conveniencia del investigador (Hernández, 2003). Para efectos de aplicación del de los instrumentos de evaluación.

Criterios de inclusión:

Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, que estén con tratamiento farmacológico en el Hospital General Arzobispo Loayza.

Se consideraran aquellos con hipertensión arterial esencial o primaria (cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente, siendo por tanto un trastorno funcional.)

Pacientes que asisten regularmente al Programa de control de la Hipertensión Arterial en el primer semestre del año en el Hospital General Arzobispo Loayza

Criterios de exclusión:

Pacientes en riesgo a sufrir infarto cerebro vascular.

Pacientes con alteración mental diagnosticada (neurosis obsesiva, depresión, etc.)

Pacientes que presenten deficiencia mental demostrada (demencia senil, etc.)

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos psicológicos:

- Encuesta relacionada con el conocimiento de la enfermedad hipertensiva
- Encuesta de factores de riesgo relacionados con la enfermedad hipertensiva.
- Escala de calidad de vida de Olson.

Escala de calidad de vida: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982). Este instrumento fue seleccionado por ser el más utilizado en Lima, Perú (Anicama, Mayorga y Henostroza, 2001, Cornejo y Pérez, 2009; Díaz, Palacios, Morinaga y Mayorga, 2000; García, 2008; Grimaldo, 2003; Grimaldo, 2009). Fue adaptado para el presente estudio debido a las características de la muestra. Por ello, se amplió el número de ítems a 72. El objetivo del presente instrumento fue identificar los niveles de calidad de vida en diversos dominios.

Esta escala es una prueba de lápiz y papel, y los ítems son de tipo likert (1 = insatisfecho, 2= un poco satisfecho, 3 = más o menos satisfecho, 4 = bastante satisfecho y 5 = completamente satisfecho). Luego, se trabaja con las puntuaciones directas obtenidas; finalmente, dichas puntuaciones se convierten en centiles por medio de los baremos correspondientes. Su administración puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente 25 minutos. Las dimensiones que evalúa son las siguientes: Bienestar económico; amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud.

Respecto a las propiedades psicométricas, la Escala fue sometida a **validez** de contenido mediante el método de criterio de jueces, para lo cual se utilizó el Coeficiente V. de Aiken.

Con relación a la validez de constructo, se eligió el método de extracción de ejes principales. Para evaluar si se podía efectuar un análisis factorial sobre los ítems de calidad de vida, se empleó la medida de Kaiser-Meyer-Olkin de Adecuabilidad de la Muestra. Allí se apreció que el valor obtenido fue 0,822, lo cual sugirió que la matriz de correlaciones R de los ítems podía ser óptima para ser analizada factorialmente. De la misma manera, se aplicó la Prueba de Esfericidad de Barlett, la misma que indicó que las variables formaban patrones de correlaciones lineales identificables y, por lo tanto, podían ser factorizados por el análisis factorial. En cuanto al método de rotación, se eligió el Método Rotacional Promax. En cuanto a la determinación del número de factores, se observaron nueve factores extraídos que contenían el 59,41% de la varianza de los ítems.

Luego de aplicar el análisis factorial, se sugieren nueve factores extraídos, los cuales confirman la estructura teórica del instrumento. En el caso de la **confiabilidad**, se trabajó a partir del coeficiente Alfa de Cronbach (1951), para la muestra total, en donde se obtuvo ,95; para la muestra de varones se alcanzó un 0,95 y para las mujeres 0,94.

Confiabilidad de consistencia interna de la Escala de Calidad de Vida

Se realizó un análisis de confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida para nuestra investigación, a través del método de consistencia interna utilizando para ello el coeficiente de Cronbach. Se aprecia en la Tabla 1, después de eliminar los ítems 22, 25, 26, 41, 45, 51 y 57, porque sus correlaciones ítem-test inferiores a 0.20. Así, en el análisis final de encontró un alfa de Cronbach del 0.920, nivel considerado elevado (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004)

Encuesta relacionada con el Conocimiento de la Enfermedad Hipertensiva:

Confiabilidad de consistencia interna de la Encuesta relacionada con el Conocimiento de la Enfermedad Hipertensiva

Del mismo, se realizó un análisis de fiabilidad de la Encuesta relacionada con el Conocimiento de la Enfermedad Hipertensiva a través del método de consistencia interna utilizando para ello el coeficiente de Cronbach. Se aprecia en un análisis preliminar se obtuvo un alfa de cronbach del 0.512, indicando ello un nivel bajo de confiabilidad (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004); pero, en una análisis final donde se depuraron los ítems 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 38, 39 y 40, al obtener todos ellos correlaciones ítem-test inferiores a 0.20; así, en el análisis final de encontró un alfa de Cronbach del 0.743, nivel considerado aceptable.

Tabla de Análisis de confiabilidad de la Encuesta relacionada con el Conocimiento de la Enfermedad Hipertensiva alcanzados por los pacientes hipertensos (N=110)

Análisis preliminar Análisis final

	Análisis preliminar	Análisis final
Alfa de Cronbach	0.512	0.743
N de elementos	40	16

En la dimensión Conocimiento de la enfermedad el alfa de Cronbach es 0.60, nivel considerado bajo (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004).

En la dimensión Antecedentes familiares alcanzo un alfa de Cronbach de 0.72, nivel considerado aceptable de confiabilidad.

En la dimensión Estado actual de Salud, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.62, nivel considerado bajo (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004)

En la dimensión Tratamiento alcanzo una alfa de Cronbach de 0.66, nivel considerado bajo (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004).

Confiabilidad de consistencia interna de la Encuesta de Factores de Riesgo relacionados con la Enfermedad Hipertensiva

Encuesta de Factores de Riesgo relacionado con la Enfermedad Hipertensiva

De otro lado, se realizó un análisis de fiabilidad de la Encuesta de Factores de Riesgo relacionado con la Enfermedad Hipertensiva a través del método de consistencia interna utilizando para ello el coeficiente de Cronbach. Se aprecia en un análisis preliminar se obtuvo un alfa de Cronbach del 0.762, indicando ello un nivel bajo de confiabilidad (Murphy y Davishofer; citado en Hogan, 2004); sin embargo, en una análisis final donde se eliminaron los ítems 1, 4, 6 y 10, al obtener todos ellos correlaciones ítem-test inferiores a 0.200; así, en el análisis final de encontró un alfa de Cronbach del 0.804, nivel considerado moderado.

Confiabilidad Test-Retest de la Encuesta de Factores de Riesgo relacionados con la Enfermedad Hipertensiva

Para determinar la confiabilidad de la Encuesta de Factores de Riesgo relacionados con la Enfermedad Hipertensiva se aplicó la técnica test-retest, después de 01 mes, a través del coeficiente de correlación de Spearman ($p < 0.05$, el cual fue de 0.581, nivel considerado alto para las ciencias sociales (Cohen 1988; citado en Nolan y Heinzen, 2011).

Tabla de Confiabilidad Test – Retest de la Encuesta de Factores de Riesgo relacionados con la Enfermedad Hipertensiva alcanzados por los pacientes hipertensos (N=110)

		Test	Retest
	Rho	1	,581**
Test	Sig. (bilateral)		,003
	N	130	20

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Nivel Descriptivo: Las puntuaciones directas obtenidas de los instrumentos se presentan en tablas gráficas.

Nivel Inferencial: se ha utilizado el coeficiente de correlación Producto Momento de Pearson “r”, para relacionar las variables de estudio, con un nivel de significación del 5%.

El llamado coeficiente de correlación lineal (de Pearson) suele denotarse por: r, rxy ó Rxy; existiendo varias formas de calcularlo, uno de estos utiliza los puntajes directos o la fórmula que es la siguiente:

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2][n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

Para procesar los datos se ha utilizado el software estadístico SPSS 21 (Programa estadístico para ciencias sociales). Es necesario precisar que el software estadístico en mención aplica la técnica estadística utilizada en el estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación y análisis de resultados

4.1.1. Nivel descriptivo

En el nivel descriptivo se han utilizado las puntuaciones directas obtenidas por los pacientes en las variables investigadas; según el sistema de calificación y puntuación de los ítems tanto en las variables de estudio. A continuación se presentan los resultados en tablas y gráficas:

En la tabla 2 y Figura 1, podemos observar que la mayoría de pacientes Hipertensos, el 53,6% (59) desarrollan una calidad de Vida no óptima, y un 46,4% (51) una calidad de vida óptima. De una muestra de 110 pacientes que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Tabla 2:
Calidad de Vida en pacientes Hipertensos

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida no óptima	59	53,6
Calidad de vida óptima	51	46,4

n= 110

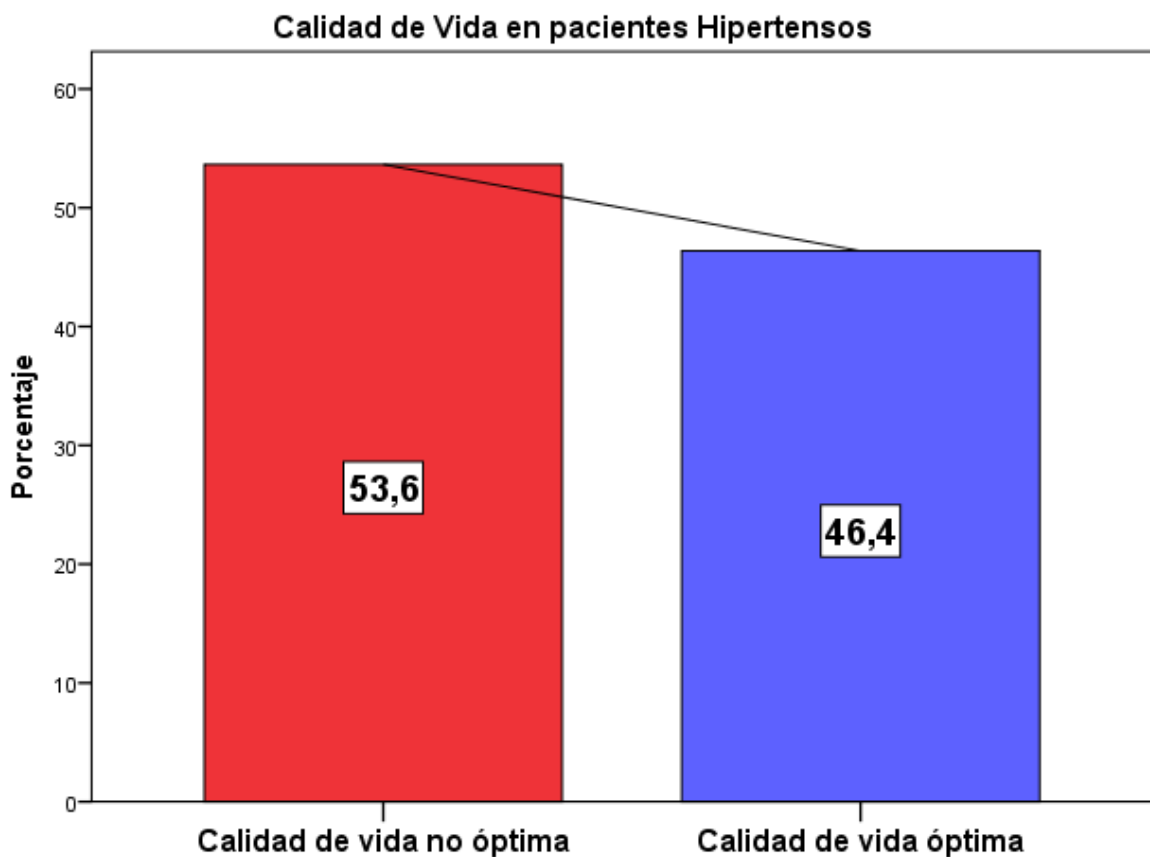


Figura 1: Calidad de Vida en pacientes Hipertensos

En la tabla 3 y Figura 2, podemos observar que la mayoría de pacientes con hipertensión arterial, el 69,1% (76) obtienen un nivel medio en el conocimiento de la enfermedad, mientras que un 30,9% (34) un nivel alto. De una muestra de 110 pacientes que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Tabla 3:

Niveles de conocimientos de los pacientes de la enfermedad de hipertensión arterial

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Alto	34	30,9
Medio	76	69,1
Bajo	0	0,0

n= 110

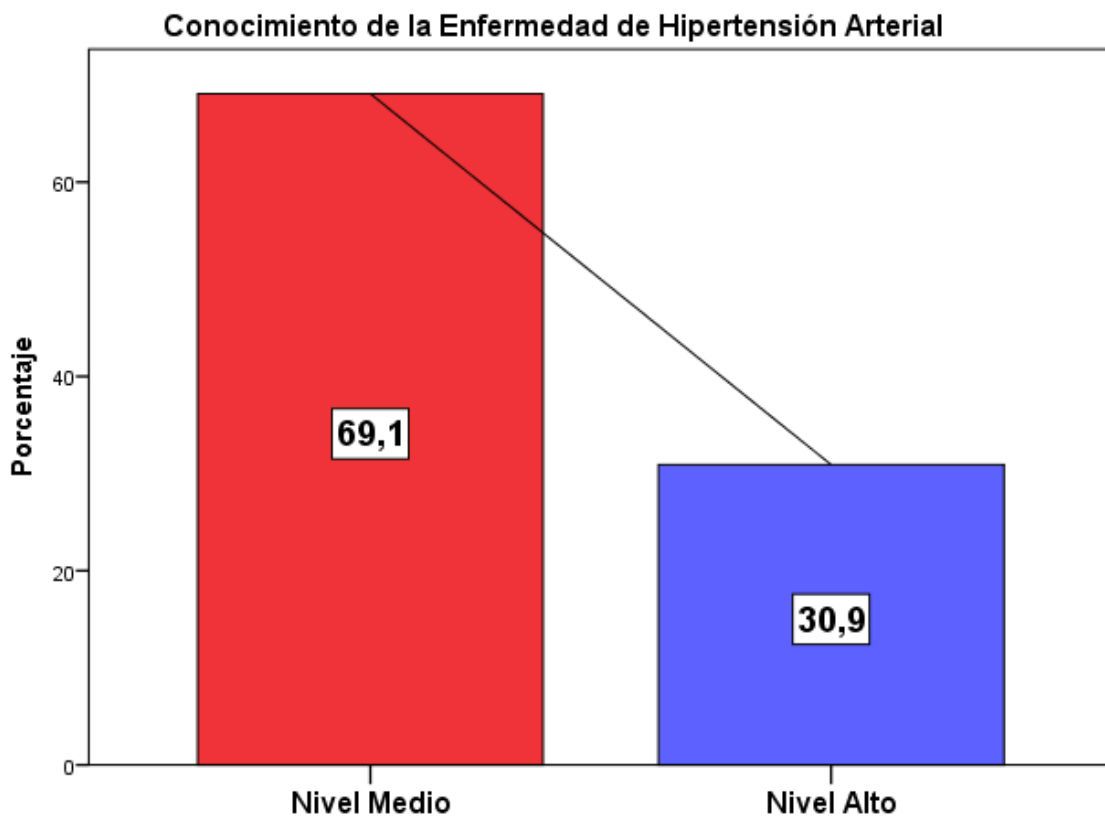


Figura 2: Niveles de conocimientos de los pacientes de la enfermedad de hipertensión arterial

En la tabla 4 y Figura 3, podemos observar que la mayoría de pacientes con hipertensión arterial, el 60,9% (67) no presentan factores de riesgo, mientras que un 39,1% (43) si presentan factores de riesgo. De una muestra de 110 pacientes que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Tabla 4:

Factores de riesgo en la Hipertensión Arterial

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No presentan	67	60,9
Presentan	43	39,1

n= 110

Factores de riesgo en la Hipertensión Arterial

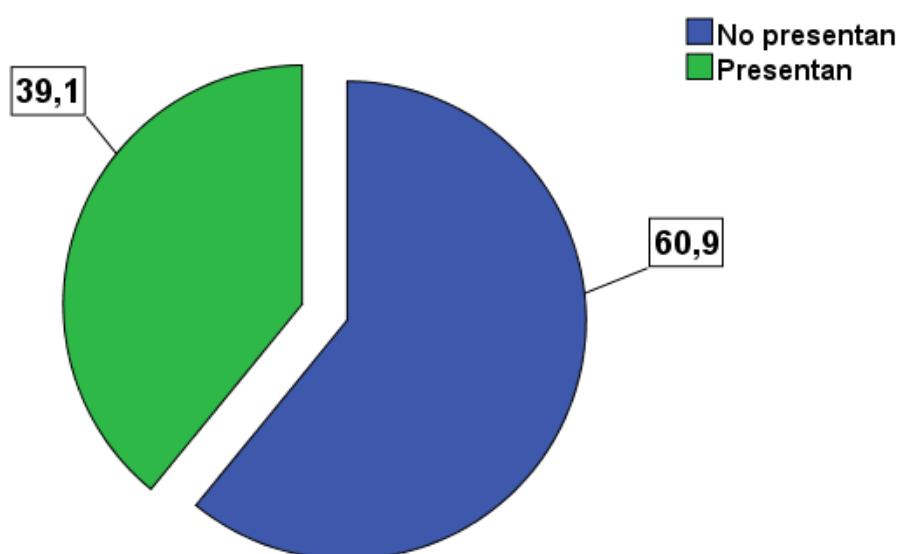


Figura 3: Factores de riesgo en la Hipertensión Arterial

4.1.2. Nivel Inferencial

En el nivel inferencial se utilizó la prueba del Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson “r” para determinar la relación entre las variables. En el procesamiento estadístico de los resultados se utilizó: software estadístico para ciencias sociales SPSS, versión 22.

Regla: Prueba de Contraste

El Sig. Nivel de significancia es significativo cuando: Sig. <0,05.

Es decir:

-Si Sig. Valor es menor e igual a 0,05 se rechaza la hipótesis nula Ho.

-Si Sig. Valor es mayor a 0,05 se acepta la hipótesis nula Ho.

4.1. Contrastación de hipótesis

4.1.1. General

Calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo.

Hipótesis Nula (Ho): No existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Hipótesis de Investigación (HG): Existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el hospital nacional Arzobispo Loayza.

Tabla 5:

Relación entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

	Calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad Factores de riesgo
Correlación de Pearson	,350**
Sig. (bilateral)	,000
N	110

En la tabla 5, según los resultados al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson se ha encontrado en la prueba de hipótesis general, un Sig.=0.000, valor que nos indica que es menor a 0.05 y, como tal, se acepta la hipótesis de investigación lo cual nos indica que existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Sin embargo, resulta necesario precisar que el coeficiente de correlación obtenido es positiva y una magnitud moderada $r= 0,350$.

4.1.2. Especificas

Dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad.

Hipótesis Nula (Ho): No existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Hipótesis de Investigación (H1): Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Regla: Prueba de Contraste

El Sig. Nivel de significancia es significativo cuando: Sig. <0,05.

Es decir:

-Si Sig. Valor es menor e igual a 0,05 se rechaza la hipótesis nula Ho.

-Si Sig. Valor es mayor a 0,05 se acepta la hipótesis nula Ho.

Tabla 6:

Relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad.

Dimensiones de la Calidad de vida		Conocimiento de la enfermedad
Bienestar económico	r	,134
	Sig. (bilateral)	,163
Amigos	r	-,292
	Sig. (bilateral)	,002
Vecindario y comunidad	r	,174
	Sig. (bilateral)	,070
Vida familiar y hogar	r	,196
	Sig. (bilateral)	,040
Pareja	r	-,290
	Sig. (bilateral)	,002
Ocio	r	,047
	Sig. (bilateral)	,425
Medios de comunicación	r	-,275
	Sig. (bilateral)	,004
Religión	r	,186
	Sig. (bilateral)	,050
Salud	r	,207
	Sig. (bilateral)	,030

En la tabla 6, según los resultados al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson se ha encontrado en la prueba de hipótesis valores sig. menores a 0.05 como tal, se acepta de manera parcial la hipótesis de investigación lo cual nos indica que existe relación directa entre las dimensiones: amigos ($p=0,002$), vida familiar y hogar ($p=0,040$), medios de comunicación ($p=0,004$), religión ($p=0,050$) y salud ($p=0,030$) de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad.

Dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo.

Hipótesis Nula (H₀): No existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Hipótesis de Investigación (H₂): Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Tabla 7:

Relación entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo.

Dimensiones de la Calidad de vida		Factores de riesgo
	r	-,171
Bienestar económico	Sig. (bilateral)	,050
	r	,140
Amigos	Sig. (bilateral)	,144
	r	-,222
Vecindario y comunidad	Sig. (bilateral)	,020
	r	-,152
Vida familiar y hogar	Sig. (bilateral)	,113
	r	,095
Pareja	Sig. (bilateral)	,325
	r	,055
Ocio	Sig. (bilateral)	,566
	r	,109
Medios de comunicación	Sig. (bilateral)	,257
	r	-,122
Religión	Sig. (bilateral)	,203
	r	-,050
Salud	Sig. (bilateral)	,604

En la tabla 7, según los resultados al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson se ha encontrado en la prueba de hipótesis valores sig. menores a 0.05 como tal, se acepta de manera parcial la hipótesis de investigación lo cual nos indica que existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico ($r=0,050$), vecindario y comunidad ($r=0,020$) de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida.

Hipótesis Nula (H₀): No existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Hipótesis de Investigación (H₃): Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Tabla 8:

Relación entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos.

Conocimiento de la enfermedad		Calidad de vida
	r	-,043
Nociones de la enfermedad	Sig. (bilateral)	,656
	r	,039
Antecedentes de la enfermedad	Sig. (bilateral)	,682
	r	,108
Estado de salud	Sig. (bilateral)	,259
	r	,355
Tratamiento	Sig. (bilateral)	,000

En la tabla 8, según los resultados al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson se ha encontrado en la prueba de hipótesis un valor sig. menor a 0.05 como tal, se acepta de manera parcial la hipótesis de investigación lo cual nos indica que existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: tratamiento (&=0,000) y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo.

Hipótesis Nula (Ho): No existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Hipótesis de Investigación (H4): Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Tabla 9:

Relación entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos.

Conocimiento de la enfermedad		Factores de riesgo
	r	-,364
Nociones de la enfermedad	Sig. (bilateral)	,000
	r	,350
Antecedentes de la enfermedad	Sig. (bilateral)	,000
	r	,430
Estado de salud	Sig. (bilateral)	,000
	r	-,072
Tratamiento	Sig. (bilateral)	,456

En la tabla 9, según los resultados al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson se ha encontrado en la prueba de hipótesis valores sig. menores a 0.05 como tal, se acepta de manera parcial la hipótesis de investigación lo cual nos indica que existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad ($p=0,000$), antecedentes de la enfermedad ($p=0,000$), estado de salud ($p=0,000$) y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

4.3. Discusión de los resultados

En este estudio se admitió como hipótesis general, que existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la misma que fue aceptada (ver tabla 5). Este resultado, nos indica que la forma de vida del grupo de pacientes está estrechamente vinculado al conocimiento que pueda tener acerca de la enfermedad y los factores de riesgo para la hipertensión arterial, al respecto Agusti (2006) en su estudio sobre la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú, la posibilidad de desarrollar hipertensión es mayor en la costa, y que hay una serie de factores importantes en el aspecto socioeconómico, demográfico y epidemiológico que contribuyen a la enfermedad, tales como el incremento de la población en las ciudades por la migración del campo a la ciudad, lo que trae la urbanización, con cambios en el estilo de vida, como la alimentación, el sedentarismo y la industrialización, que conlleva el incremento del estrés.

En cuanto a la relación de las hipótesis específicas se halló lo siguiente:

Hipótesis 1: Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la cual fue aceptada de manera parcial (ver

tabla 6). Es decir que el grupo de pacientes que padecen de hipertensión arterial son conscientes de su enfermedad y dependen en gran medida de la calidad de vida que puedan desarrollar en su contexto social, cuidado de salud, las relaciones interpersonales, distracciones y algunos aspectos sociodemográficos. Al respecto, Arrivillaga, Cáceres, & Correa, (2003) refieren que la existencia de factores psicológicos como el estrés, estilos de vida niveles de afrontamiento, tipo de personalidad y estrategias relacionados a la hipertensión.

Hipótesis 2: Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la cual fue aceptada de manera parcial (Ver tabla 7). Este resultado, nos indica que los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial están situacionalmente en riesgo de agravar su padecimiento o mejorar dependiendo de calidad de vida que desarrollen socialmente y personalmente. Al respecto, Lazarte (2001) precisa que los factores condicionantes de hipertensión arterial (niveles altos de colesterol, exceso de peso, inactividad, consumo de alcohol, tabaquismo), en pacientes con padecimientos de hipertensión arterial, y que presumiblemente los orígenes del incremento de presión arterial estén en las obligaciones que impliquen ocupación del hogar ya que se desconocen las formas adecuadas de hacer frente a las situaciones determinando la acumulación de estados estresantes.

Hipótesis 3: Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y la calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la cual fue aceptada de manera parcial entre el conocimiento de la enfermedad: tratamiento y calidad de vida (Ver tabla 8). Este resultado nos indica que en el grupo de pacientes que padecen de hipertensión arterial están conscientes que el tratamiento de la enfermedad depende significativamente de su calidad de vida. Al respecto, Ávila (2000) realizó un estudio los conocimientos con respecto al padecimiento de la enfermedad hipertensiva y estilos de vida en pacientes hipertensos, determinando la relación que existe entre el nivel de conocimiento de la enfermedad y el estilo de vida de los pacientes con hipertensión arterial, pues tanto los pacientes que practican un estilo de vida favorable donde los hábitos o formas de vida son positivos y aquellos pacientes que tienen hábitos desfavorables presentaron hipertensión arterial en el estadio uno, los estilos de vida frecuentes que practica la población estudiada, figura el control de presión arterial, dieta adecuada, mayor actividad física y la ausencia de hábitos nocivos.

Hipótesis 4: Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la cual fue aceptada de manera parcial entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, y los factores de riesgo (Ver tabla 9).

Es decir que los pacientes con hipertensión arterial tienen información acerca de las nociones, antecedentes de la enfermedad y cuidan de su salud ante posibles riesgos de enfermedades severas o asociadas. Al respecto, Castillo (1993) realizó un estudio sobre conocimientos y aptitudes de un grupo de hipertensos y de nivel de riesgo de padecer accidente cerebrovascular, confirmando que el tiempo de padecimiento está en relación directa con la edad, situación confirmada por numerosos estudios acerca de que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica no recuperable, y como enfermedad causal de accidente cerebrovascular, condicionando aptitud inadecuada para su control (hábitos alimentarios incorrectos, ingesta de alcohol, tabaco, etc.) en los hipertensos investigados de más edad (76 a más años), y que los tienen más tiempo de padecimiento: 16 a más años de hipertensión, y están con alto riesgo de padecer accidente cerebrovascular, en razón al mayor deterioro vascular. Su asistencia a la consulta externa no influye en la adquisición de conocimientos correctos y suficientes para el control de la enfermedad, y evitar así consecuencias graves, etc.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. En el estudio se determinó, que existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
2. Así mismo, se encontró relación directa entre la relación entre las **dimensiones: amigos, vida familiar y hogar, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad** en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
3. Se encontró relación directa entre la relación entre las **dimensiones: bienestar económico, vecindario y comunidad de la calidad de vida, y los factores de riesgo** en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. No habiendo relación entre amigos, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo.

4. De igual manera, se encontró que relación directa entre la relación entre el **conocimiento de la enfermedad: tratamiento y calidad de vida** en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. No habiendo relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, y calidad de vida. Esto implica mayor conocimiento del tratamiento mejor calidad de vida, así como menor conocimiento del tratamiento menor calidad de vida.

5. Por otro lado, se encontró relación directa entre la relación entre el **conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, y los factores de riesgo** en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. No habiendo relación entre el conocimiento de la enfermedad: tratamiento y los factores de riesgo.

5.2 Recomendaciones

1. Presentar el informe de la investigación realizada a las autoridades respectivas de la Hospital Nacional Arzobispo Loayza, especialmente al Servicio de cardiología para la toma de decisiones de las sugerencias, que mejoren la atención de los pacientes, mayor adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes hipertensos.
2. Potenciar el desarrollo actividades preventivas promocionales de salud mental en el Programa de hipertensión arterial a fin de mejorar la calidad de vida saludable, el desarrollo personal y la toma de conciencia de la enfermedad.
3. Sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de los fenómenos estudiados como señal de alerta y riesgo para la salud del grupo de pacientes, considerando además la metodología de investigación utilizada, generalizable para futuros estudios en instituciones privadas y públicas, con grupos de muestra similares.
4. Realizar un seguimiento sobre las implicancias del programa en los indicadores de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza a través del tiempo.

Referencias bibliográficas

- Agusti, R. (2006). Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Simposio: Hipertensión arterial. Artículo original. *Acta Medica Peruana*, 23(2), 69-75.
- Antigüedad, A. (1998). Enfermedades cerebrovasculares. Isquemia. *Medicine*, 7(90): 4180-4187.
- Baena, J. M. (2003). Factores de riesgos modificables para el accidente isquémico transitorio no cardioembólico. Estudios de casos y controles en población general. *Revista de Neurología*, 37 (3): 206- 210.
- Baker's Clinical Neurology (2000). Lippincott Williams & Wilkins.
- Berne, R. M., y Levy, M. N. (1996). *Principles of Physiology*. Missouri: Mosby-Year Book.
- Banegas Jr, Rodríguez Artalejo F, Graciani A. (1999) Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Prevalencia, conocimiento y control. *Hipertensión*; 16 (8): 315 – 322.
- Batista Foquet, J., Blanch, MJ. y Artés, JM. (1994). *Actitudes y calidad de vida*. En M. Álvaro (compilación). Propuesta de sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 313-374.

- Bolton-Smith, C.; Woodward, M., y Tunstall-Pedoe, H. (1992). The Scottish Heart Health Study. Dietary intake by food frequency questionnaire and odds ratios for coronary heart disease risk. II. The antioxidant vitamins and fibre. *Eur J Clin Nutr.*, Feb;46(2):85–93.
- Castillo, T. (1993). *Conocimientos y aptitudes de hipertensos mayores de 40 años y de nivel de riesgo de padecer accidente cerebrovascular*. (Tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. UPCH. Lima, Perú). (Acceso 18 de Noviembre del 2014).
- Cordies, L. (1995). *Hipertensión Arterial: Definiciones y clasificaciones*. Ciudad de la Habana: Ciencias.
- Delgado, A., Pezo, M., y Espinoza, E. (2002). *Estrés y estilos de vida condicionantes de enfermedad cardiovascular en estudiantes de la UNSAAC*. *Situa*, 11 (21): 36-39.
- Donker, F. J. (1991). *Tratamiento psicológico de la hipertensión*. En G. Buena-Casal y V.E. Caballo (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Díaz Y., Vázquez L. y Díaz IB. (1994). *Calidad de vida percibida vivenciada en pacientes con IMA*. (Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología. Universidad Central de Las Villas). (Acceso 18 de Noviembre del 2014).
- Díaz Corral, I. (2001). La calidad de vida, reto y necesidad en el mundo contemporáneo actual. *Revista Santiago* N° 94, Vol. 3. Ediciones Universidad de Oriente, 51 – 67.
- Díaz, I.; Díaz, Y. y Vázquez, L. (1996). *Calidad de vida percibida y vivenciada en pacientes con infarto agudo de miocardio*. Cuba.
- El Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, la revista JAMA 2003:289.

(DOI 10.1001/jama.289.19.256. En Boletín Médico de Postgrado. Venezuela, Vol. XX N° 4 Octubre – Diciembre 2004

Estévez Hernández, T. A. (1994). "Calidad de vida y dolor en pacientes oncológicos preterminales". (Tesis para optar por el título de Licenciada en psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana). (Acceso 18 de Noviembre del 2014).

González, U., Grau J. y Amarillo M.A. (1997). La Calidad de vida como problema de la Bioética. Sus particularidades en la salud humana. Revista Bioética desde una perspectiva cubana. Centro Félix Várela. La Habana: 279- 285.

López Martínez, A. (1997). Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación entre estrés y calidad de vida. España: Editorial Promolibro, 39 – 69.

Miguel-Tobal, J. (1993). *Ansiedad y trastornos cardiovasculares*. Comunicación presentada en el II Congreso de Psicología Conductual. Palma de Mallorca, 2-5 de Abril.

Miguel-Tobal, J. J. (1993). *Ansiedad y trastornos cardiovasculares*. Comunicación presentada en el III Congreso Internacional " Latini Dies " de las Asociaciones de Terapia Comportamental y Cognitiva de los Países de Lengua Latina. Toulouse, 6-8 Mayo.

Mikulic, I. y Arenas, N. (2004). Evaluación de la calidad de vida percibida en población marginal. Una experiencia con 30 integrantes de familias residentes en la Villa 31 de Ciudad de Buenos Aires.

Mispireta A y Mispireta J (1980): *Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú*. Hipertensión arterial. México: Médicas Actualizadas S.A.

- Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) (1990). *La hipertensión arterial como problema de salud comunitario*: Oficina Sanitaria Panamericana. V.3, 1-3.
- FAO (1997). *Grasas y aceites en la nutrición humana. Consulta FAO/OMS de expertos*. (Estudio FAO Alimentación y Nutrición - 57). Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/v4700s/v4700s00.HTM> [30 May 2008]
- Gil de Castro, R. (2000). *Factores de Riesgo del Ictus Isquémico. I Factores de Riesgo Convencionales*. Revisión. *Revista de Neurología*, 31 (4): 314- 323
- Gorelick, P. (1999). *Prevention of First Stroke. A Review of Guidelines and a Multidisciplinary Consensus Statement From the National Stroke Association*. *JAMA*, March 24/31, Vol 281, N° 12
- Guyton, A. C. (1992). *Tratado de Fisiología Médica*. Nueva York: Interamericana.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw- Hill.
- Jaramillo, N. (2000). *La enfermedad coronaria*. Disponible en: http://www.contusalud.com/cnt_main.shtml [31 May 2008]
- Méndez, C. (2005). *Estudio de la calidad de vida en funcionarios(as) de Atención Primaria de Salud del Departamento de Salud Municipal de Valdivia*. Año 2005. Tesis presentada como parte de los Requisitos para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura. Valdivia, Chile.
- Menéndez, C. (1996). *Influencia de los conocimientos y estilo de vida en mayores de 60 años con hipertensión arterial*: Centro Geriátrico Naval y el IPSS. Tesis de Licenciatura en Enfermería. UPCH. Lima, Perú.
- Nort, A. (1987). *Hipertensión Esencial*. Clin Med.

OPS (1994). *Las Condiciones de Salud en las Américas*. Public. Cient., 549.

Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional de Hipertensión (OMS – SIH) (2007). *Estadística sobre las enfermedades cardiacas*.

Pattala, R., Karisto, A. y Berg, M. A. (1994). *Consistency and Variation in Unhealthy Behaviour among Finnish Men, 1982-1990*, Soc. Sci. Med., 39(1): 115-22.

Pereira Ramírez, Y. y otros (2002). *La autovaloración y los estilos de afrontamiento: determinantes psicológicos de la calidad de vida percibida-vivenciada*. (Tesis para optar el Título de Licenciatura en psicología Universidad de Oriente. Santiago de Cuba). (Acceso 18 de Noviembre del 2014).

Sandoval Vílchez J. (2009) *Psicología de la salud*. Fondo editorial Universidad inca Garcilaso de la Vega Lima Perú

Stamler, J., Caggiula A. y Grandits, G. (1997). *Relación de alcohol de masa corporal, la fibra de nutrientes, y la ingesta de cafeína para la presión arterial en la intervención especial y grupos de atención habitual en el Ensayo de Intervención Múltiple Risk Factor*. Am J Clin Nutr; 65 (Supl 8): 338-365

Shapiro, A. P. y Jacob, R. G. (1983). Enfoques no farmacológicos para el tratamiento de la hipertensión. *Revisión Anual de Salud Pública*, 4, 285-310

Varo, J. J. (2002). *Actividad física y estilos de vida sedentarios en la Unión Europea*. (Tesis para optar el Título de Maestría en salud publica en la Universidad de Navarra). (Acceso 18 de Noviembre del 2014).

Wilber, J. A. y Batrow, J. G. (1972). *Hipertensión: Un problema Comunidad*. American Journal of Psicología de Investigación, 52, 653-663

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: Mg. JUAN SANDOVAL VILCHEZ

AREA: CLINICA

ESPECIALIDAD: DOCTORADO EN PSICOLOGIA

TITULO: “PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HIPERTENSOS”

PROBLEMA	JUSTIFICACION	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODO	INSTRUMENTOS
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en</p>	<p>La finalidad de la presente investigación es desde un punto de vista teórico describir la relación de la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes que padecen de hipertensión arterial en un hospital general.</p> <p>Desde un punto de vista práctico los resultados permitirán comprender la relación que existe en las variables utilizadas como objeto de estudio.</p> <p>La importancia del presente</p>	<p>Objetivo General: Establecer la relación entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p>Objetivos específicos: a) Determinar la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida</p>	<p>Hipótesis general: - Existe relación directa entre la calidad de vida, el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en los pacientes hipertensos que asisten a consulta externa en el hospital nacional Arzobispo Loayza.</p> <p>Hipótesis específicas. - Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio,</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE 1.- Dimensiones de la calidad de vida: Bienestar económico, Amigos, vecindario y comunidad, Vida familiar y hogar, Pareja, Ocio, Medios de comunicación, Religión, Salud</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Conocimiento de la enfermedad en los</p>	<p>En cuanto al tipo descriptivo correlacional en el que se consideran tres variables de estudio (calidad de vida, conocimiento de la enfermedad y factores de riesgo).</p> <p>Diseño específico Descriptivo – transversal Correlacional.</p> <p>Diseño Específico</p>	<p>Escala de calidad de vida de Olson y Barnes Esta escala es una prueba de lápiz y papel, y los ítems son de tipo Likert (1 = insatisfecho, 2= un poco satisfecho, 3 = más o menos satisfecho, 4 = bastante satisfecho y 5 = completamente</p>

<p>pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p> <p>¿Cuál es la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento de la enfermedad:</p>	<p>estudio radica en conocer y determinar cómo estos pacientes de acuerdo a los resultados de las variables puedan afrontar la enfermedad y evitar situaciones que compliquen su salud física y que les permita actuar en forma madura, tener una adecuada adherencia al tratamiento y desarrollo profesional y personal.</p> <p>Cabe mencionar que los pacientes en este proceso de enfermedad incurren en errores constantes, no percibiendo los riesgos de la enfermedad y además mejorar sus actitudes que permita darle un sentido más positivo a su vida, estabilidad emocional, seguridad, confianza y respeto; asumiendo con responsabilidad y compromiso los retos que se</p>	<p>familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p>b) Determinar la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p>c) Determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de</p>	<p>medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y el conocimiento de la enfermedad en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.</p> <p>- Existe relación directa entre la relación entre las dimensiones: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.</p> <p>- Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de</p>	<p>pacientes hipertensos de acuerdo a los antecedentes familiares, estado de salud y tratamiento.</p> <p>-Riesgos en los pacientes hipertensos.</p>	<p>M: r x y z</p>	<p>satisfecho). Luego, se trabaja con las puntuaciones directas obtenidas; finalmente, dichas puntuaciones se convierten en centiles por medio de los baremos correspondientes.</p> <p>Encuesta relacionada con el conocimiento de la enfermedad hipertensiva</p> <p>Encuesta de factores de riesgo relacionados con la enfermedad hipertensiva.</p>
---	--	--	---	---	--------------------------	--

<p>Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza?</p>	<p>proponga el tratamiento de su enfermedad</p>	<p>la enfermedad, estado de salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p>d) Determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p>	<p>salud, tratamiento y calidad de vida en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.</p> <p>Existe relación directa entre la relación entre el conocimiento de la enfermedad: Nociones de la enfermedad, antecedentes de la enfermedad, estado de salud, tratamiento y los factores de riesgo en pacientes hipertensos que asisten a la consulta externa en el Hospital General Arzobispo Loayza.</p>			
---	---	---	--	--	--	--

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

(Olson y Barnes, 1982)

A continuación le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marque la alternativa que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas. No olvide responder a todas las preguntas:

Qué tan satisfecho está con:	Respuestas				
	Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
Bienestar económico					
1. Los medios materiales que tiene su vivienda para vivir cómodamente.					
2. Su capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada.					
3. Su capacidad económica para satisfacer la necesidad de vestido de su familia.					
4. Su disponibilidad económica para satisfacer las necesidades recreativas de su familia.					
5. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades educativas de su familia.					
6. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades de salud de su familia.					
7. La cantidad de dinero que tiene para gastar diariamente.					
8. La cantidad de dinero que tiene para gastar el fin de semana.					
9. La capacidad económica para la adquisición de objetos personales "de lujo".					
Amigos					
10. Los amigos que frecuenta en la zona donde vive.					
11. Las actividades (fiestas, reuniones, deportes) que comparte con sus amigos en la zona donde reside.					
12. El tiempo que comparte con sus amigos de la zona donde vive.					
13. Los amigos del trabajo.					
14. Las actividades que comparte con sus amigos del trabajo.					

15. El tiempo que comparte con sus amigos del trabajo.					
16. El número de amigos que tiene.					
Vecindario y comunidad					
17. Las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas.					
18. La seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno.					
19. Los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en su comunidad.					
20. las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.).					
21. Los servicios que le brinda el Centro de Salud más cercano a su hogar.					
22. Las facilidades para acudir a una iglesia.					
Vida familiar y hogar					
23. La relación afectiva con su esposo (sa).					
24. La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as).					
25. El número de hijos (as) que tiene.					
26. Sus responsabilidades domésticas en la casa.					
27. La capacidad de su hogar para brindarle seguridad afectiva.					
28. Su capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar.					
Qué tan satisfecho está con:	Respuestas				
	Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
29. El tiempo que pasa con su familia.					
30. La relación afectiva con sus padres.					
31. La relación afectiva con sus hermanos.					
32. La relación afectiva con sus sobrinos.					
33. El apoyo afectivo que recibe de su familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).					
Pareja					
34. El tiempo que pasa con su pareja.					
35. Las actividades que comparte con su pareja.					

36. El apoyo emocional que recibe de su pareja.					
37. El apoyo emocional que le brinda su pareja.					
38. La intimidad sexual con su pareja.					
Ocio					
39. La cantidad de tiempo libre que tiene.					
40. Las actividades deportivas que realiza.					
41. Las actividades recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.).					
42. El tiempo que tiene para descansar.					
43. Las actividades creativas que realiza (pintura, dibujo, manualidades, etc.).					
Medios de comunicación					
44. El contenido de los programas de televisión nacional (señal abierta).					
45. El contenido de los programas de la televisión por cable y satelital (señal cerrada o privada).					
46. El contenido de los programas de radio.					
47. La cantidad de tiempo que pasa escuchando radio.					
48. La cantidad de tiempo que pasa en Internet revisando páginas no educativas.					
49. La cantidad de tiempo que pasa revisando páginas por cuestiones educativas.					
50. La cantidad de tiempo que pasa "chateando".					
51. Calidad de las películas del cine nacional.					
52. Calidad de las películas del cine extranjero.					
53. La frecuencia con que asiste al cine.					
54. Calidad de las obras de teatro.					
55. La frecuencia con que asiste al teatro.					
56. El contenido de los periódicos.					
57. La frecuencia con que lee los periódicos.					
58. El contenido de las revistas científicas.					
59. El contenido de las revistas no científicas.					
60. La frecuencia con que lee revistas científicas.					
61. La frecuencia con que lee revistas no científicas.					

Religión					
62. La vida religiosa de su familia					
63. La frecuencia de asistencia a misa.					
64. Su relación con Dios.					
65. El tiempo que le brinda a Dios.					
66. El amor que le brinda a Dios.					
67. Las actividades que organiza su templo o iglesia.					
68. La vida religiosa de su comunidad.					
Salud					
69. Su salud física.					
70. Su salud psicológica.					
71. La salud física de otros miembros de su familia nuclear (esposo(a), hijo(s), (as).					
72. La salud psicológica de otros miembros de tu familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).					

ENCUESTA RELACIONADA CON EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene frases referentes al modo en que usted vive actualmente, o a sus hábitos personales. Trate de responder a cada frase de la manera más exacta posible, sin dejar de contestar ninguna.

Nº	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	SI	NO
1	Es la hipertensión arterial una enfermedad peligrosa		
2	Las cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg se consideran normales.		
3	En todas las personas, cuando sube la tensión Arterial aparecen síntomas? (dolor de cabeza, ruidos en los oídos, palpitaciones)		
4	La hipertensión arterial nos puede llevar a graves complicaciones		
5	Si la persona es hipertensa y se siente bien, es necesario que acuda a la consulta médica		
6	El mejor momento para tratarnos es cuando nos sentimos mal		
7	El tratamiento más importante de la Hipertensión Arterial es con medicamentos		
8	El tratamiento con medicamentos podemos interrumpirlo cuando la hipertensión arterial está controlada		
9	Cree usted que la HTA es una enfermedad curable:		
10	Considera como factores que pueden incidir en la aparición de la HTA: (Enfermedades renales, Enfermedades infecciosas, Factores dietéticos Enfermedades del corazón, Preocupaciones y/o Estrés)		
	II. ANTECEDENTES FAMILIARES		
11	Algún familiar cercano padece hipertensión		
12	Algún familiar cercano tiene problemas de corazón		
13	Recibió información acerca de su enfermedad		
14	Sintió dolor en el pecho o en otra parte del cuerpo		
15	Algún familiar cercano tiene diabetes		
16	Algún familiar tiene el colesterol alto		
17	Algún familiar cercano ha sufrido un infarto, una angina de pecho, una trombosis cerebral o una embolia		
18	Tiene algún familiar con sobrepeso u obesidad		

19	Su familia no le da importancia a los síntomas de la enfermedad		
20	Algún familiar ha padecido de pie diabético a causa de la hipertensión		
	ESTADO ACTUAL DE SALUD		
21	Tiene Ud. problemas físicos a raíz de la hipertensión		
22	Le ha dolido el pecho en el último mes, cuando no está haciendo ejercicio		
23	Siente que ha perdido capacidad física		
24	Piensa que su enfermedad es incurable y que complicara su salud		
25	Padece actualmente de alguna otra enfermedad o problema de salud relevante		
26	Tiene Ud. diabetes		
27	Siente que no podrá soportar su enfermedad		
28	Tiene Ud. el triglicéridos alto		
29	En algún momento de su vida, ha sufrido Ud. un infarto, una angina de pecho, una trombosis cerebral o una embolia		
30	Le comunico al médico cualquier síntoma extraño		
	TRATAMIENTO		
31	Actualmente, ¿toma Ud. algún medicamento de forma regular para la hipertensión		
32	Actualmente, además de la medicación, ¿su médico le ha prescrito y sigue algún otro tratamiento para la hipertensión		
33	Utiliza un tratamiento alternativo o natural para su hipertensión		
34	Le informaron de su tratamiento para su hipertensión		
35	Le es fácil cambiar sus hábitos durante su tratamiento		
36	Una dieta específica de aumento del consumo de frutas y verduras?		
37	Mantiene un plan para aumentar la actividad física o el ejercicio físico		
38	Mantiene un plan específico para reducir el consumo excesivo de alcohol?		
39	Mantiene un plan para reducir o abandonar el consumo de tabaco?		
40	Considera que solo dios puede curarlo		

**ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene frases referentes al modo en que usted vive actualmente, o a sus hábitos personales.

	FACTORES	SI	NO
1	Usted frecuentemente Fuma		
2	Ocasionalmente consume bebidas alcohólicas		
3	Usted toma Café		
4	Ha consumido o consume drogas		
5	Consume alimentos ricos en calorías (Carnes rojas, grasas, frituras, hamburguesas, etc.)		
6	Añade sal en las comidas cuando ésta ya está en la mesa		
7	Ha reducido su consumo de sal desde que sabe que tiene hipertensión		
8	Consume Ud. habitualmente bebidas gaseosas		
9	Ha reducido su consumo de bebidas gaseosas desde que sabe que tiene hipertensión		
10	Consume Verduras y Vegetales (más de 5 veces por semana)		
11	Practica Ejercicio Físico (Monta Bicicleta, Corre, Trota, Caminata, etc.		
12	Realiza actividades realiza en el tiempo libre que no requieren actividad física (Lectura, televisión)		
13	Cumple Ud. el tratamiento medicamentoso para su enfermedad		
14	Ha tenido una evaluación Nutricional relacionada a su enfermedad		
15	Consume frutas ricas en calorías (plátanos, uvas, chirimoyas, higos, mango)		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está aparentemente en condiciones de ser evaluado y participar en las pruebas a realizar

He leído, entendido y llenado completamente este cuestionario respondiendo a todas las preguntas:

El Propósito de la aplicación de las pruebas

Es con la Finalidad de establecer el perfil de riesgo cardiovascular e hipertensión, el abajo firmante del presente documento, consciente en someterse a las siguientes pruebas:

1. Cuestionario de calidad de vida
2. Encuesta relacionada con el conocimiento de la enfermedad hipertensiva
3. Encuesta de factores de riesgo relacionados con las enfermedad hipertensiva

Beneficios que esperan obtener con las pruebas

Estas pruebas nos permitirán valorar científicamente su calidad de vida, su perfil de riesgo **CARDIOVASCULAR**, e hipertensión arterial, es decir, determinar psicológicamente el riesgo que Ud. tiene de padecer una enfermedad de tipo cardiaca que lo pueda conducir a complicaciones de su enfermedad.

Confidencialidad y uso de la información obtenida

Con los resultados obtenidos se determinará su perfil de riesgo cardiovascular, dándole consejería en pro de mejorar su estado de bienestar. Los registros de los datos serán usados con fines académicos, en el cual su identidad no será revelada.

Preguntas

Si Usted tiene alguna duda e inquietud acerca de los procedimientos implementados en las pruebas al personal responsable de las mismas, le solicitamos nos lo haga saber para poderse lo explicárselo mejor.

Libertad de consentimiento

La vinculación en el presente estudio es voluntaria, usted está en todo el derecho de participar o de renunciar a los procedimientos planteados anteriormente. De aceptar la participación, afirma que:

"Yo _____, identificado con DNI. No. _____ de _____ años, he leído atentamente este documento y entiendo plenamente los procedimientos de las pruebas. Doy mi consentimiento para someterme a estas pruebas psicológicas"

Firma: _____ Fecha: _____