

Calidad de vida en personas con hipertensión arterial en el municipio de San Gil

Quality of life in people with hypertension arterial in the municipality of San Gil

Karen Juliet Díaz Monsalve¹, Yeimy Liliana Hernández González², Martha Lucía Alonso Rodríguez³ y María Lucenith Criado Morales⁴.
malonso@unisangil.edu.co, mcriado@unisangil.edu.co

¹ Enfermera. Promoción y prevención. IPS Salud con Calidad. Barbosa.

² Enfermera. Promoción y prevención. ESE San Cayetano del Municipio de Guapotá, Santander

³ Enfermera. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Especialista en Salud Ocupacional. Docente Unisangil

⁴ Enfermera. Magíster en enfermería con énfasis en salud familiar. Coordinadora de Investigaciones Facultad de Ciencias de la Educación y de la Salud. Unisangil

Palabras clave

Calidad de vida, hipertensión, enfermedad crónica, afecto, signos y síntomas.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial en el municipio de San Gil (S.) en términos de estado de ánimo y manifestaciones somáticas. Fue un estudio de tipo descriptivo, se entrevistaron 104 personas con hipertensión arterial inscritas en 3 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del municipio. Para realizar el estudio se utilizó una ficha de datos socio demográficos y el cuestionario E"MINICHAL" para determinar la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial. De los 104 participantes, 75% (78) fueron mujeres, la edad estuvo entre 37 y 93 años con una media de 69 años. La procedencia: San Gil, 43,3% (45), estado civil:

casados, 51% (53) y seguridad social: subsidiado, 58,7% (61). En cuanto a la hipertensión arterial: la sistólica estuvo entre 100 y 160 mm Hg y la diastólica entre 60 y 90 mm Hg. El medicamento más administrado fue el ácido acetilsalicílico (ASA). En cuanto al estado de ánimo se destaca que la mayoría manifestaron realizar actividades sociales 79,8% (83) pero sienten que la vida es una lucha continua (90,3%) y en cuanto las manifestaciones somáticas, la mayoría indicó no presentar dolor en el pecho (68,3%) (71), sin embargo las personas han notado sequedad en la boca (63,5%) (66). Finalmente, la calidad de vida anotó que las medias de la dimensión de estado de ánimo ($6,855 \pm 3,755$ DE) se aproximan a los valores mejores de calidad de vida, también las manifestaciones somáticas ($4,26 \pm 3,07$ DE) se aproximan más a los valores mejores de calidad de vida, lo que evidencia que la calidad de vida de las personas con hipertensión arterial fue relativamente buena.

Keywords

Quality of life, hypertension, chronic disease, affect, signs and symptoms

Abstract

Hypertension is a risk factor of first order for the development of left ventricular hypertrophy, heart failure, myocardial infarction and angina pectoris, total mortality, cardiovascular mortality and sudden death. Accordingly, this research aims to determine the quality of life of people with hypertension in the town of San Gil (Santander) in terms of mood and somatic manifestations. A descriptive study, 104 people with hypertension were interviewed, they are enrolled in three IPS of the municipality. To perform the study, a socio demographic data sheet and a questionnaire "MINICHAL" was used to determine the quality of life of people with hypertension. In 104

participants, 75% (78) were female with age ranged from 37 to 93 years with a mean of 69 years. The San Gil origin 43.3% (45), marital status 51% (53) were married and 58.7% social security (61) subsidized. According to blood pressure: Systolic was between 100 and 160 mm Hg and diastolic was 60 to 90 mm Hg. The drug which was administered over acetylsalicylic acid (ASA). Regarding the mood stands out most social activities showed 79.8% (83) but feel that life is a struggle, 90.3% and somatic manifestations as most of them said don't present chest pain 68.3% (71), however people have noticed dry mouth 63.5% (66). Finally the quality of life scored stockings dimension of mood ($6,855 \pm 3,755$ DE) approximate the best possible quality of life also somatic manifestations (4.26 ± 3.07 SD) are closer to the best possible quality of life, evidence the quality of life of people with hypertension was relatively good.

Introducción

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, lo que obligó a investigadores a desarrollar diversos estudios que orienten científicamente su actuar con las personas que padecen enfermedades crónicas, considerando los cambios drásticos en los hábitos y estilos de vida que las personas deben realizar; los cuales implican reajustes psicológicos de gran impacto para ellas mismas en su calidad de vida (Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya, 2007, p. 205).

Dentro de las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial es una enfermedad que compromete indistintamente todos los aspectos de la vida, causando alteraciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales, afectando la calidad de vida de las personas que la padecen y de sus familias (Trinidad y Zetina Aguilar, 2013).

Se entiende por calidad de vida la satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, relacionada con la presencia y gravedad de los síntomas propios de la enfermedad y/o asociados al tratamiento; los aspectos sociales, que comprenden las limitaciones funcionales que interfieren en la adaptación social de la persona enferma; y los aspectos psicológicos, alusivos a las reacciones emocionales como respuesta a la enfermedad, la hospitalización y/o afrontamiento de síntomas; en la medida que estos afectan o se ven afectados por su salud (Trinidad y Zetina Aguilar, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define la calidad de vida como: “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Para las personas que sufren alguna enfermedad, la calidad de vida se centra en su dolencia y las consecuencias de esta. Es por ello que la calidad de vida de la persona hipertensa está relacionada con las emociones y el estado físico, lo cual permite identificar en el individuo la percepción de su enfermedad y de tal manera tener una perspectiva de la enfermedad desde el punto de vista de quien la padece (Trinidad & Zetina Aguilar, 2013).

Dada la amplitud del concepto de calidad de vida, en esta oportunidad se estudia en términos del estado de ánimo del sujeto entendido como el “estado emocional que permanece durante un período relativamente largo. Se diferencia de las emociones en que es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento” (Pérez, 2010, p. 1). Y las manifestaciones somáticas son los signos y síntomas manifestados y evidenciados físicamente en las personas con HTA.

De otra parte, la HTA es definida como la elevación sostenida de la presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg (Colombia. Ministerio de Protección Social Colombia, 2007). La falta de control de la presión arterial y de otros factores de riesgo cardiovascular contribuye a un incremento de complicaciones cardiovasculares, que se constituye en la primera causa de muerte de los pacientes que padecen HTA.

Según la OMS, la HTA es una de las 3 causas que producen más mortalidad en la población mundial (Vásquez, 2004, p. 1). “Se calcula que en el 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares” (OMS, 2013, p. 1).

En Colombia, según las últimas estadísticas de la Organización Panamericana la Salud, la prevalencia de la HTA entre la población mayor de 15 años es de 12,6% y esta enfermedad constituye el pri-

mer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. La mortalidad de índole cardiovascular en Colombia alcanza una cifra de 176 por 100.000 habitantes (Gómez y Moreno, 2010, p. 394).

En el municipio de San Gil, en el 2011, el número aproximado de personas inscritas al programa de riesgo cardiovascular fue de 6.300 (Secretaría de Salud de San Gil, 2011). Es decir, el 10% de la población sufre problemas cardiovasculares; lo que amerita estudiar aspectos de su calidad de vida en el momento actual.

De acuerdo a Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya (2007), el diagnóstico de una enfermedad crónica como la HTA cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afecta el auto concepto desde el momento del diagnóstico (p. 209).

Se ha demostrado que los pacientes con HTA tienen menores puntajes de calidad de vida que la población general ya que reportan una percepción general de salud más baja que pacientes sin condiciones patológicas crónicas.

Los cambios en el funcionalismo y la percepción de bienestar no son explicados solo por la presencia de la HTA, las pautas de la terapia antihipertensiva basadas en los resultados de los estudios clínicos principales o más importantes estimulan los esfuerzos para disminuir la presión arterial a cifras menores de 140/90 mm Hg, pero solo 1 de cada 4 pacientes puede lograr dicha meta (Trinidad y Zetina Aguilar, 2013, p.10).

En virtud de lo anterior, el objetivo general de la presente investigación es determinar la calidad de vida de las personas con HTA en el municipio de San Gil, la cual servirá como herramienta de estudio para próximas investigaciones y así mismo para mejorar la atención de las personas con HTA en los programas de riesgo cardiovascular.

Metodología

El estudio fue de tipo descriptivo ya que se pretendió hacer una fiel imagen o representación del fenómeno estudiado ofreciendo una descripción detallada de las características socio demográficas y de calidad de vida de las personas con HTA (Grajales, 2000, p. 1).

El método a desarrollar es de corte transversal porque se estimó la magnitud de la calidad de vida de las personas con HTA en un momento dado, con abordaje cuantitativo (Grajales, 2000, p. 1).

Las personas con HTA inscritas en programas de riesgo cardiovascular de tres Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del municipio de San Gil eran al inicio de este estudio: en el Hospital Regional de San Gil, 700 hipertensos, en el Centro de Especialistas de Santander, 786 hipertensos, y en la IPS Finsema, 160 hipertensos. Entre ellas se seleccionó una muestra de 104 personas con HTA que cumplieran con los criterios de inclusión: mayores de 18 años, residentes en el municipio de San Gil e inscritas en el programa de riesgo cardiovascular de una de las tres instituciones.

El instrumento de recolección de la información fue el Minichal de Badia y Cols (2007), formado por 16 ítems, de los cuales 10 corresponden a la dimensión "Estado de Ánimo" (EA) y 6 a la dimensión "Manifestaciones Somáticas" (MS). Las preguntas hacen referencia a los "últimos 7 días" con cuatro posibles opciones de respuesta: 0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho. El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión (EA) y de 0 a 18 en la segunda (MS). La puntuación total del Minichal va de 0 (mejor nivel de salud) a 48 (peor nivel de salud). Es un cuestionario diseñado para ser llenado en un tiempo aproximado de 7.2 minutos. El Minichal cuenta con una fiabilidad de 0.92 y 0.75 respectivamente.

El objetivo del cuestionario es evaluar la calidad de vida en personas con HTA y el impacto del tratamiento antihipertensivo. Este instrumento se desarrolló para ser auto administrado pero en este estudio, en razón de la baja escolaridad de las personas con HTA, se aplicó mediante entrevista.

Además, al instrumento Minichal se le adicionaron variables *sociodemográficas* para caracterizar la población, como: edad, sexo, color de piel, procedencia, área y lugar de residencia, estrato, estado civil, seguridad social, régimen. También *Diagnóstico de Hipertensión arterial*: Tiempo del diagnóstico, cifra de tensión arterial al momento de la valoración, *Tratamiento*: farmacológico y medicamentos que toma para la hipertensión arterial.

Se elaboró una base de datos en Epidata, versión 3.1 (2013) con doble digitación de la información, para identificar y corregir los errores.

Se adelantó un análisis univariado, para variables cualitativas se calculó en porcentajes y para variables cuantitativas se calculó promedio y desviación estándar.

En cuanto a los parámetros de la tensión arterial se tuvieron en cuenta los establecidos por la OMS, según publicación del Ministerio de Protección Social (2005)

Tabla 1. *Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos según OMS BHS-ESH- ESC*

CATEGORIA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Alta	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

Fuente: British Hipertensión Society (BHS), European Society Hipertensión (ESH) European Society Cardiology (ESC), Sociedad Española de Hipertensión (SEH).

Para la realización de la investigación se tuvieron en cuenta las pautas y normas éticas de investigación establecidas, tanto internacionales como nacionales, para los estudios con seres humanos sustentadas en la resolución 8430 de 1993, como la aplicación del consentimiento informado (Colombia. Congreso de la república, 1993).

El tipo de riesgo que mantuvo la investigación fue mínimo por ser un estudio que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios (Colombia. Congreso de la República, 1993).

La prueba piloto permitió corregir que la tensión arterial solo podía ser tomada una vez y que el instrumento debía aplicarse en forma de entrevista por su complejidad.

Resultados

Resultados sociodemográficos

En total participaron 104 personas con hipertensión arterial. En cuanto al género, 75% (78) fueron mujeres y 25% (26) hombres. La edad estuvo entre un mínimo de 37 años y un máximo de 93 años, con una media de 69 años.

En cuanto a la procedencia, la mayoría era de San Gil con un 43,3% (45), le sigue Barichara, con el 9,6% (10), Mogotes con 6,7% (7) y 46,1% (48) de otros municipios de Santander.

El lugar de residencia era urbano en un 60.6% (63). La mayoría pertenecía al estrato 2 con 40,4% (42), sin embargo le sigue una buena proporción en estrato 1 con 33,7 (35).

En cuanto a estado civil, el 51% (53) de las personas estaban casadas y el 27,9% (29) viudas.

El régimen de seguridad social del 58,7% (61) es subsidiado.

Tabla 2. Aspectos sociodemográficos de los cuidadores

Característica	n=104	No	%
Género	Femenino	78	75%
Residencia	Urbano	63	60,6%
Estrato social	Nivel 1	35	33,7%
	Nivel 2	42	40,4%
	Nivel 3	23	22,1%
	Nivel 4	4	3,8%
Estado civil	Casado	53	51%
	Viudo	29	27,9%
	Soltero	14	13,5%
	Unión libre	5	4,8%
	Separado	3	2,9%
Régimen de salud	Subsidiado	61	58,7%
	Contributivo	43	41,3%

Fuente: Minichal. San Gil. 2011

Diagnóstico de hipertensión arterial

En cuanto al tiempo en años que llevaban las personas de haber sido informadas sobre su diagnóstico de hipertensión arterial, se pudo constatar que lo mínimo fue 1 año y lo máximo 38 años, para una mediana de 7 años con diagnóstico de hipertensión arterial.

La tensión arterial sistólica mínima fue de 100 mm de Hg y la máxima de 160 mm de Hg para una mediana de 128 mm de Hg.

Gráfica 1. Cifras de Tensión Arterial PAS

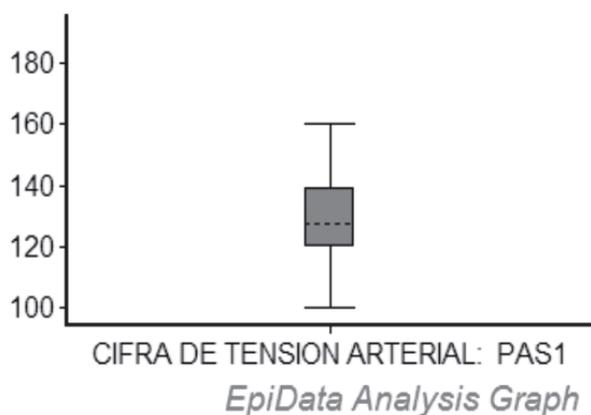


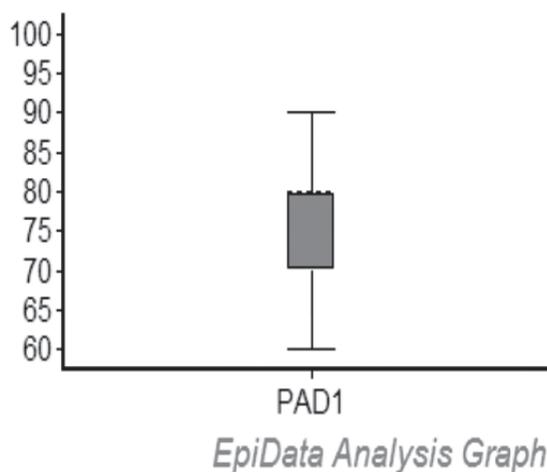
Tabla 3. Cifras de tensión arterial PAS

N	Min.	P10	P25	Median.	P75	P90	Máx.
104	100	110	120	128	140	150	160

Fuente: Minichal. San Gil, 2011

La tensión arterial diastólica mínima fue de 60 mm de Hg y la máxima de 90 mm de Hg, con una mediana de 80 mm de Hg.

Gráfica 2. Cifras de tensión arterial PAD



Fuente: Minichal. San Gil. 2011

Tabla 4. Cifras de tensión arterial PAD

N	Min.	P10	P25	Median.	P75	P90	Máx.
104	60	70	70	80	80	90	90

Fuente: Minichal. San Gil. 2011

Tratamiento farmacológico

En cuanto a los medicamentos que están consumiendo para la HTA indicaron: aspirina 50% (52), metoprolol 28,8% (30), enalapril 29,8% (31), hidroclorotiazida 25,9% (27), losartan 28,8% (30), furosemida 19,2% (20), nifedipino 7,6% (8), nimodipino 8,6% (9), amlodipino 14,4% (15), verapami-

lo 11,5% (12) y otros como captopril 4,8% (5), do-napril 0,96% (1), espironolactona 0,96% (1).

Además, el cuestionario incluía una pregunta a las personas hipertensas sobre si consideraban que la hipertensión arterial y el tratamiento afectaban su calidad de vida, la mayoría contestó que sí afecta su calidad de vida (73,1%) (76) y 29,9% (28) consi-deró que no afecta su calidad de vida.

Tabla 5. *Relación HTA-tratamiento y calidad de vida*

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	76	73,1%
No	28	29,9%
Total	104	100,0%

Fuente: Minichal. San Gil. 2011

Dimensión de estado de ánimo

Tabla 6. *Resultados dimensión estado de ánimo*

Característica n=104	No en lo absoluto 0		Sí algo 1		Sí bastante 2		Sí mucho 3	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Dificultades para conciliar el sueño	46	44,2	37	35,6	19	18,3	2	1,9
Dificultades para continuar actividades sociales	83	79,8	15	14,4	5	4,8	1	0,9
Dificultades para entenderse con la gente	90	86,5	12	11,5	1	0,9	1	0,9
Siente que no juega un papel útil en la vida	82	78,8	14	13,5	7	6,7	1	0,9
Es incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas	45	43,3	42	40,4	15	14,4	2	1,9
Se nota agobiado y en tensión	33	31,7	45	43,3	26	25		
Tiene sensación que la vida es una lucha continua	10	9,6	31	29,8	56	53,8	7	6,7
Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades	80	76,9	17	16,3	2	1,9	5	4,8
Se ha sentido agotado y sin fuerza	31	29,8	48	46,2	23	22,1	2	1,9
Ha tenido la sensación de que estaba enfermo	35	33,7	55	52,9	14	13,5		

Nota: Estado de ánimo: ítems 1 a 10 - Último ítem: independiente

*Valores: 0 mejor CVRS 3 peor CVRS.

Fuente: Minichal. San Gil. 2011

En cuanto a la dimensión del estado de ánimo, se puede observar que las personas con hipertensión arterial manifestaron realizar actividades sociales (79,8%) (83) y se sienten útiles en la vida (78,8%) (82), pero indicaron sentirse agobiados, en tensión, 68,3% (71), agotados y sin fuerza, 70,2% (73), sienten que la vida es una lucha continua, 90,3% (95) y se sienten incapaces de tomar decisiones, 56,7% (59).

Dimensión manifestaciones somáticas

Tabla 7. Resultados dimensión manifestaciones somáticas

Característica n=104	No en lo absoluto		Sí algo		Sí bastante		Sí mucho	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente	63	60,6	25	24	15	14,4	1	1
Se le han hinchado los tobillos	61	58,7	30	28,8	12	11,5	1	1
Ha notado que orina más a menudo	42	40,4	33	31,7	27	26	2	1,9
Ha notado sequedad en la boca	38	36,5	44	42,3	19	18,3	3	2,9
Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo	71	68,3	28	26,9	5	4,8		
Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	38	36,5	39	37,5	23	22,1	1	1

Nota: Manifestaciones somáticas: *Valores: 0 mejor CVRS 3 peor CVRS.

Fuente: Minichal. San Gil. 2011

La tabla 7 muestra que las personas con hipertensión arterial en su mayoría no presentan dificultades para respirar (60,6%) (63), ni hinchazón en los tobillos (58,7%) (61) ni dolor en el pecho (68,3%) (71). Sin embargo, sí presentan síntomas como orinar más a menudo (60,6%) (62), sequedad en la boca (63,5%) (66) y entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo (60,6%) (63).

Media de las dimensiones "estado de ánimo" y "manifestaciones somáticas"

Tabla 8. Resultados calidad de vida

MINICHAL	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	MÍNIMO	MÁXIMO
Estado de Ánimo	6,855	3,755	1,00	21,00
Manifestaciones somáticas	4,2621	3,0716	0,00	14,00
CVRS	11,076	5,8719	2,00	28,00

Fuente: Minichal. San Gil. 2011

Las medias de la dimensión de estado de ánimo ($6,855 \pm 3,755$ DE) se aproximan a los valores mejores CVRS (Calidad de vida en pacientes hipertensos relacionada con la salud), ya que responden a un valor mínimo de 1. Así mismo, las manifestaciones somáticas ($4,26 \pm 3,07$ DE) se aproximan más a los valores mejores de CVRS, que responden a 0. Los resultados de las medias de ambas dimensiones indican que los pacientes tienen buena CVRS, al estar sus valores más próximos al 0 que al 3.

Discusión

En relación con los datos sociodemográficos de las 104 personas con hipertensión arterial que participaron en el presente estudio, predominó el género femenino, como suele ocurrir en estos estudios (Trinidad y Zetina Aguilar, 2013; García, Leiva, Martos, García, Prados y Sánchez, 2011; Álvarez, Alfonso, Bonet y Romero, 2009; Selke, Marquis y Lebrun, 1998), probablemente porque las mujeres acuden más a consulta médica, según lo mencionan García et al. (2011) y por tanto tienden a preservar el autocuidado.

La edad promedio fue 69 años y el tiempo promedio en años en haber sido diagnosticado con hipertensión arterial fue de 7 años con resultados similares en el estudio de García et al. (2011).

Según la clasificación de los niveles de presión arterial en adultos del Ministerio de Protección Social (2007, p. 167), las cifras de tensión arterial sistólica del presente estudio estuvo entre 100 mm de Hg, considerada óptima y la máxima de 160 mm de Hg clasificada en estadio 3, y una mediana de 128 mm de Hg, además un percentil 75 con 140 mm de Hg, así que la mayoría de personas con hipertensión arterial registraron cifras normales de presión arterial sistólica.

En cuanto a las cifras de tensión arterial diastólica, la mínima fue de 60 mm de Hg clasificada como óptima y la máxima de 100 mm de Hg considerada en estadio 2, (Ministerio de Protección social, 2007, p. 167), para una mediana de 80 mm de Hg y un percentil de 90 de 90 mm de Hg. En consecuencia, se puede decir que en la mayoría de personas hipertensas la presión arterial diastólica estuvo también dentro de lo normal.

Lo anterior contradice el estudio de Zetina y Trinidad (2013), quienes afirman que “las pautas de la terapia antihipertensiva basadas en los resultados de los estudios clínicos, estimulan los esfuerzos para disminuir la presión arterial a cifras menores de 140/90 mm Hg, pero solo 1 de cada 4 pacientes puede lograr dicha meta”. Y en este estudio la presión arterial diastólica todas las personas la tenían controlada y la presión arterial diastólica un 75% la tenía en cifras de 140 mm de Hg y menos.

En cuanto a las cifras de tensión arterial, están controladas en el presente estudio, lo que indica mejores resultados en la calidad de vida, ya que según Selke (citado en Gómez, García, Gómez y Mondragón, 1998), los pacientes con presión arterial controlada tienen mejor calidad de vida que aquellos con presión arterial no controlada.

El 100% de la muestra consumía medicamentos así como en el estudio realizado por García et al. (2011) y en el estudio de Zetina y Trinidad (2013), hubo un porcentaje considerable de personas que consumían algún tipo de fármaco para la hipertensión (98,3%).

Al final, las medias de la dimensión de estado de ánimo ($6,855 \pm 3,755$ DE) y las manifestaciones somáticas ($4,26 \pm 3,07$ DE) fueron resultados bajos en comparación con el estudio realizado por Melchior, Janeiro, Pontarolo, Oliveira, Paula (2010), que indicaron el estado de ánimo en 69,1% (66,1 a 72,2) y manifestaciones somáticas en 69,9% (66,5 -73,2).

Con respecto a la dimensión del estado de ánimo, se puede observar que las personas con hipertensión arterial manifestaron realizar actividades sociales (79,8%) (83) y se sienten útiles en la vida (78,8%) (82), pero indicaron sentirse agobiados, en tensión, (68,3%) (71), agotados y sin fuerza (70,2%) (73) y sienten que la vida es una lucha continua (90,3%) (95) y se sienten incapaces de tomar decisiones (56,7%) (59).

Y en cuanto a la dimensión manifestaciones somáticas, las personas con hipertensión arterial en su mayoría no presentan dificultades para respirar (60,6%) (63), ni hinchazón en los tobillos (58,7%) (61) ni dolor en el pecho (68,3%) (71). Sin embargo, sí presentan síntomas como orinar más a menudo (60,6%) (62), sequedad en la boca (63,5%) (66) y entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo (60,6%) (63).

Al final, la calidad de vida relacionada con la salud indicó en este estudio que ($11,076 \pm 5,87$ DE), contrario al estudio de Melchiors et. al (2010), el promedio de la CVRS medida por el puntaje total del Minichal fue 69,7 (SD = 19,2 de 66,9 a 72,4), es decir, el presente estudio marcó mejor calidad de vida que el de Melchiors et. al.

Conclusiones

En cuanto a la caracterización sociodemográfica se puede decir que las personas con hipertensión arterial participantes fueron mujeres casadas adultas mayores.

En cuanto a la dimensiones de estado de ánimo, de acuerdo con las respuestas dadas los ítems que evidencian mayor alteración relacionada con la hipertensión fueron:

- 6. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? (43,3%) Sí, algo.
- 7. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua? (53, 8%) Sí, bastante.

- 9. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas? (46,2%) Sí, algo.
- 10. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? (52,9%) Sí, algo.

En manifestaciones somáticas sobresalieron los ítems:

- 14. ¿Ha notado sequedad de boca? (42,3%) Sí, algo.
- 16. ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo? (37,5%) Sí, algo.

En términos generales, las personas con hipertensión arterial señalaron que la calidad de vida está afectada por la hipertensión y el tratamiento (73,1%).

Finalmente, los resultados de las dos dimensiones (estado de ánimo y manifestaciones somáticas) indicaron que las personas con hipertensión arterial tienen buena CVRS.

Recomendaciones

- Diseñar y aplicar una intervención de enfermería en la dimensión estado de ánimo de la calidad de vida de una persona con hipertensión arterial.
- Reevaluar el manejo del control de riesgo cardiovascular abordando los factores de riesgo para la hipertensión arterial y no solo el aspecto farmacológico.
- Proporcionar a los profesionales de la salud información que estimule el aprovechamiento de toda oportunidad para dar educación y promover estilos de vida saludable para el manejo adecuado de la hipertensión arterial.

Dada la complejidad de la calidad de vida, que en este estudio fue abordada desde aspectos psicológicos y físicos, es necesario tenerlos presentes a la hora de brindar cuidado a las personas hiper-

tensas en el programa de control de riesgo cardiovascular considerando las complicaciones emocionales y físicas.

Referencias

- Álvarez, M., Alfonso, K., Bonet, M. y Romero, M. (2009). Calidad de vida relativa a salud e hipertensión arterial en Cuba. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 47(3), 1-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220068003>
- Badia, X. y Alonso, J. (2007). *La medida de la Salud, Guía de escalas de la medición en España*. Barcelona: Fundación Lilly.
- EpiData (2001). *EpiData Analysis Versión actual: 3.1 en español*. Recuperado de <http://www.epidata.dk>.
- García, A.M., Leiva, F., Martos, F., García, A.J., Prados, D. y Sánchez, F. (2011). Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Medicina de Familia*, 2, 29-34. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/v2n1/029-034.pdf>
- Gómez, M.R., García, C., Gómez, V. y Mondragón, P.B. (2011). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 19(1), 7-12. Recuperado de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf>
- Gómez, V. (2010). Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y la tensión arterial: Un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 9(2), 393-407. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a08>
- Grajales, T. (2000). *Tipos de investigación*. Recuperado de <http://tgrajales.net/investigtipos.pdf>.
- Guía de atención de la Hipertensión Arterial, Resolución 412 Colombia. Ministerio de Protección Social Colombia. δ 23 (2000, Actualización 2007)
- Melchioris, A.M., Januário Correr, C., Pontarolo, R., Oliveira de Souza Santos, F. y Paula e Souza, RF. (2010). Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol*, 94(3), 343-349. Recuperado de <http://www.arquivosonline.com.br/espanol/2010/9403/pdf/e9403013.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (2007). *Programa de Apoyo a la reforma de salud: Guía de atención de la hipertensión arterial*. Recuperado de <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
- Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Resolución 8430 δ 14 (1993). Recuperado de http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Definición Calidad de Vida*. Recuperado de <http://zl.elsevier.es/es/revista/hipertension--riesgo-vascular-67/la-evaluacion-calidad-vida-re-lacionada-salud-enfermos-13024191-revisiones-2001>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Pérez, M.A. (2010). *Dependencia emocional: introducción*. Recuperado de <http://www.mai-lxmail.com/curso-dependencia-emocional-vicios/dependencia-emocional-introduccion>

Ramones, I. (2007). Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. *Revista latinoamericana de hipertensión*, 2(5), 147-150. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170216972004.pdf>

Secretaría de Salud de San Gil. (2011). *Programa de riesgo cardiovascular*. San Gil.

Trinidad, S. y Zetina, F. (2013). *Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial*. [Tesis pregrado] Minititlán, España: Universidad Veracruz. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/33617/1/zetinaguilarfernando.pdf>

Vásquez, A. (2004). Hipertensión Arterial: Pensamiento y Realidad. *Revista cubana de medicina*, 43(2-3), [aprox. 1 p]. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475232004000200001&script=sci_arttext.

Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Gómez, A. y Montoya, L.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas*, 3(2), 203-211. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67930202.pdf>