UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso

Daira Vanesa Burbano Rivera

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería, Posgrado en Enfermería
Bogotá, Colombia
2017

Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso

Daira Vanesa Burbano Rivera

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular

Directora:

M.Sc. Josefina Manosalva Murillo

Línea de Investigación:

Autocuidado para la Salud Cardiovascular

Grupo de Investigación:

Cuidado de Enfermería para la Salud Cardiovascular

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Posgrados en Enfermería

Bogotá, Colombia

2017

Agradecimientos

A Dios, por darme fortaleza, fe y confianza.

A mis padres y hermano, por sus palabras de aliento y apoyo constante.

A mi amor, Gabriel, por su comprensión y apoyo incondicional.

Al cuerpo docente del programa de Maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia: su gran formación y calidad humana fueron indispensables en este proceso.

A mi tutora, Josefina Manosalva, por su gran compromiso y apoyo.

A las docentes Luz Patricia Díaz Heredia y Olga Janneth Gómez Ramírez, por su apoyo constante, disposición y orientaciones, claves en este arduo proceso.

Al Hospital de Engativá y a cada una de sus UPA, por su gran acogida y aprobación del proyecto.

A cada uno de los pacientes hipertensos que asisten a las UPA del Hospital de Engativá: gracias infinitas por su participación.

Resumen

Los estilos y la calidad de vida relacionada con la salud son componentes clave en el tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial grado I. Identificarlos facilita la planeación y puesta en práctica de intervenciones de enfermería coherentes, sensibles y eficaces.

Objetivo: Describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá.

Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo. Se incluyeron 151 personas con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control a las Unidades Primarias de Atención (UPA) del Hospital de Engativá. Se aplicaron los instrumentos FANTASTICO, para estilos de vida, y SF-36, para calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados: Se identificaron buenas puntuaciones en ambos instrumentos, lo que indica que los participantes presentan adecuados estilos de vida y un buen nivel de calidad de vida relacionada con la salud.

Conclusiones: Los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, descrito por los participantes, favorece el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones. Se identificaron altos porcentajes de sobrepeso y obesidad, al igual que una dieta inadecuada, por lo que se debe propender hacia el mejoramiento de los hábitos nutricionales.

Palabras clave: Hipertensión; Estilos de Vida Saludable; Calidad de Vida Relacionada con la Salud (DeCS, BIREME).

Abstract

The styles and health-related quality of life are overriding components in treatment of patients with grade I arterial hypertension. Identification of these components facilitates both the planning and implementation with coherent, sentient and efficient nursing interventions.

Objective: To describe the lifestyle and the health-related quality of life level in patients with grade I arterial hypertension attending follow-up visit in Unidades Primarias de Atención (UPA) del Hospital de Engativá.

Methodology: Descriptive, cross-sectional quantitative study. It included 151 participants with arterial hypertension grade I, attending follow-up visit in Unidades Primarias de Atención (UPA) from Hospital de Engativá. The FANTASTIC Lifestyle Survey, for lifestyle, and the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), for quality of life in health, were applied.

Results: Good scores were identified in both instruments, indicating that the participants show appropriate lifestyle and a high health-related quality of life level.

Conclusions: Lifestyle and health-related quality of life level, described by participants, foster the disease control and the prevention of complications. High percentages of overweight and obesity were identified, as well as an inadequate diet; therefore, it is necessary to promote the improvement nutritional habits.

Keywords: Hypertension; Healthy Lifestyles; Health-Related Quality of Life (DeCS, BIREME).

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IV**

Lista de cuadros ..... **IX**

Lista de tablas ..... **X**

Lista de gráficos ..... **XII**

Introducción **15**

1. Capítulo I: Marco referencial **17**
1.1. Planteamiento del problema 17
1.4.1. Estilos de vida 26
1.4.3. Hipertensión arterial 27

2. Capítulo II: Marco teórico **28**
2.1. Estilos de vida 28
2.1.1. Fundamentos teóricos de los estilos de vida 29
2.1.2. Medición de los estilos de vida con el instrumento FANTASTICO 31
2.2. Calidad de vida relacionada con la salud 32
2.2.1. Conceptualización 32
2.2.2. Fundamentos teóricos de la calidad de vida relacionada con la salud 32
2.2.3. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud con el instrumento SF-36 34

3. Capítulo III: Marco del diseño **36**
3.1. Diseño del estudio 36
3.2. Lugar y tiempo de estudio 36
3.3. Población y muestra 37
3.4. Criterios de inclusión 38
3.5. Criterios de exclusión 38
3.6. Control de sesgos 38
3.7. Recolección de la información 39
3.8. Variables por medir 40
3.9. Análisis de datos 42
3.10. Socialización de resultados 42
3.11. Consideraciones éticas 42
3.12. Consideraciones ambientales 44
3. 13. Propiedad intelectual 44

4. Capítulo IV: Marco de análisis..... 45

5. Capítulo V: Resultados..... 45
5.3.2 Dimensiones psicosociales 88

5. Discusión..... 93

6. Conclusiones y recomendaciones 95
6.1. Conclusiones 95
6.2. Recomendaciones 96
Limitaciones..... 97

A. Anexo: Instrumento FANTASTICO para estilos de vida..... 98

B. Anexo: SF-36 para calidad de vida relacionada con la salud 99

C. Anexo: Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia..... 106

D. Anexo: Aval Hospital de Engativá 107

E. Anexo: Consentimiento informado..... 108

F. Autorización uso de instrumentos 111

Referencias bibliográficas..... 113

Lista de cuadros

Cuadro 1. Clasificación de la hipertensión arterial en la Guía Europea ESH/ESC de 2013 27
Cuadro 2. Abordajes teóricos de los estilos de vida..... 29
Cuadro 3. Modelos de la calidad de vida relacionada con la salud 33
Cuadro 4. Atributos de la calidad de vida en las teorías de enfermería 33

Lista de tablas

Tabla 1. Tamaño de la muestra**.** 37
Tabla 2. Definición de variables 40
Tabla 3. Caracterización sociodemográfica 46
Tabla 4. Categorías del puntaje total del estilo de vida 47
Tabla 5 . Distribución porcentual estilos de vida 47
Tabla 6. Puntuación del instrumento FANTASTICO 48
Tabla 7. Tener con quien hablar 50
Tabla 8. Dar y recibir cariño 51
Tabla 9. Actividad física 51
Tabla 10. Frecuencia de la actividad física 52
Tabla 11. Alimentación balanceada 53
Tabla 12. Consumo excesivo de azúcar, sal, comida chatarra o con mucha grasa 54
Tabla 13. Fumar 56
Tabla 14.Número de cigarrillos al día 57
Tabla 15. Consumo de alcohol 58
Tabla 16. Frecuencia de consumo de alcohol 59
Tabla 17. Conducir luego de beber alcohol 60
Tabla 18. Dormir bien y sentirse descansado 61
Tabla 19. Sentirse capaz de manejar el estrés 62
Tabla 20. Relajarse y disfrutar del tiempo libre 63
Tabla 21. Andar acelerado 64
Tabla 22. Sentirse enojado o agresivo 65
Tabla 23.Optimismo 66
Tabla 24. Sentirse tenso 67
Tabla 25. Sentirse deprimido o triste 68
Tabla 26. Uso del cinturón de seguridad 69
Tabla 27. Satisfacción con el trabajo 70
Tabla 28. Consumo de drogas 71
Tabla 29. Automedicación 72
Tabla 30. Consumo de bebidas con cafeína 73
Tabla 31. Puntuación total del instrumento SF-36 74
Tabla 32. Intensidad del dolor 75
Tabla 33. Interferencia del dolor 76
Tabla 34. Vitalidad 77
Tabla 35. Sentirse agotado y sentirse cansado 78
Tabla 36. Salud general 79
Tabla 37. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas 80
Tabla 38. Estoy tan sano como cualquiera 81
Tabla 39. Creo que mi salud va a empeorar 82
Tabla 40. Mi salud es excelente 83
Tabla 41. Limitación de las actividades 84
Tabla 42. Frecuencia de problemas laborales a causa de la salud física 87

Tabla 43. Frecuencia de problemas a causa de situaciones emocionales 88
Tabla 44. Salud mental 89
Tabla 45. Frecuencia de problemas de salud que interfieren con las actividades sociales 91
Tabla 46. Tiempo en el que los problemas de salud interfieren con las actividades sociales 92

Lista de gráficos

Gráfica 1. Distribución porcentual estilos de vida 47
Gráfica 2. Puntuación total estilos de vida 48
Gráfica 3. Tener con quien hablar 49
Gráfica 4. Dar y recibir cariño 50
Gráfica 5. Actividad física 51
Gráfica 6. Frecuencia de la actividad física 52
Gráfica 7. Alimentación balanceada 53
Gráfica 8. Consumo excesivo de azúcar, sal, comida “chatarra” o con exceso de grasa 54
Gráfica 9. Peso 55
Gráfica 10. Fumar 56
Gráfica 11. Número de cigarrillos al día 57
Gráfica 12. Consumo de alcohol 58
Gráfica 13. Frecuencia de consumo de alcohol 59
Gráfica 14. Conducir luego de beber alcohol 60
Gráfica 15. Dormir bien y sentirse descansado 61
Gráfica 16. Sentirse capaz de manejar el estrés 62
Gráfica 17. Relajarse y disfrutar del tiempo libre 63
Gráfica 18. Andar acelerado 64
Gráfica 19. Sentirse enojado o agresivo 65
Gráfica 20. Optimismo 66
Gráfica 21. Sentirse tenso 67
Gráfica 22. Sentirse deprimido o triste 68
Gráfica 23. Uso del cinturón de seguridad 69
Gráfica 24. Satisfacción con el trabajo 70
Gráfica 25. Consumo de drogas 71
Gráfica 26. Automedicación 72
Gráfica 27. Consumo de bebidas con cafeína 73
Gráfica 28. Puntuación total del instrumento SF-36 74
Gráfica 29. Intensidad del dolor 76
Gráfica 30. Interferencia del dolor 77
Gráfica 31. Vitalidad 78
Gráfica 32. Sentirse agotado y cansado 79
Gráfica 33. Salud general 80
Gráfica 34. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas 81
Gráfica 36. Creo que mi salud va a empeorar 83
Gráfica 37. Mi salud es excelente 84
Gráfica 38. Limitación de las actividades 85
Gráfica 39. Frecuencia de problemas laborales a causa de la salud física 87
Gráfica 41. Salud mental 90
Gráfica 42. Frecuencia de problemas de salud que interfieren con las actividades sociales 92

Gráfica 43. Tiempo en que los problemas de salud interfieren con las actividades sociales 93

Introducción

Entre las enfermedades crónicas de alta incidencia y prevalencia en el mundo, se encuentra la hipertensión arterial (HTA), definida como “una patología multifactorial; que responde a factores no prevenibles como la edad, la raza, la herencia y el género y factores prevenibles asociados a estilos de vida poco saludables por la exposición a múltiples factores de riesgo, dentro de los que se destacan: una dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, el estrés, la ira y el patrón de conducta tipo A” (1).

Actualmente, se considera que estos “factores de riesgo están aumentando a medida que cambian las condiciones de vida y de trabajo de las personas hacia hábitos alimenticios menos saludables (mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales) y menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios” (1). En el caso de la hipertensión arterial, estos factores representan “costos socioeconómicos elevados, resultantes principalmente de sus complicaciones, tales como: enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica y enfermedades vasculares” (2).

De acuerdo con las conclusiones de un estudio realizado por Paz EP *et al*., “una vez establecido el diagnóstico definitivo de HTA, el tratamiento de elección, en primer lugar, es el no farmacológico seguido del farmacológico de acuerdo con el estado de la HTA y con los factores de riesgo asociados” (3). El tratamiento no farmacológico requiere de una modificación en hábitos y estilos de vida (4), “que en la mayoría de las veces no son seguidos por los pacientes hipertensos, debido a las dificultades en incorporar nuevos hábitos de vida al patrón habitual que llevaban antes del diagnóstico de la enfermedad” (3). Lo anterior se presenta dado que la hipertensión arterial generalmente es “asintomática y el tratamiento no se dirige hacia el alivio de los síntomas de la enfermedad, sino al control de la presión arterial y la disminución de su morbimortalidad a largo plazo, siendo difícil para los pacientes percibir su beneficio, valorándolo como más aversivo y problemático que la misma enfermedad” (5).

La situación genera, además, la necesidad de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes hipertensos, la cual “representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar” (6). Al respecto, el estudio de Varela MT *et al*. afirma lo siguiente:

> La importancia de la calidad de vida relacionada con la salud en las personas enfermas proviene principalmente de la consideración del paciente no sólo como organismo enfermo sino como persona en interacción, no como un sujeto pasivo o solamente espectador en su proceso de enfermar e incluso de morir. Desde esta perspectiva, la calidad de vida relacionada con la salud implica un esfuerzo para que la enfermedad inevitable y la disminución real, signifiquen la menor alteración o perturbación posible en la autonomía y causen mínimas variaciones o cambios en su vida habitual o cotidiana (5).

En consecuencia, el gran desafío frente a la hipertensión arterial es conocer el impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre la vida del paciente. Se ha demostrado que, a partir del conocimiento del diagnóstico, los pacientes informan modificaciones en su calidad de vida (7) como resultado de la cronicidad, del tratamiento por tiempo indeterminado, por los efectos secundarios de los medicamentos, por enfermedades asociadas, por la necesidad de modificaciones en el estilo de vida adecuadas al control de la hipertensión (2) y por la posibilidad de complicaciones agudas y crónicas. Por tal razón, la CVRS es muy importante en la valoración de las enfermedades crónicas, en la medida en que “las medidas fisiológicas proporcionan información a los clínicos, pero muchas veces son de escaso valor para los pacientes” (8).

Ahora bien, para enfermería, poder conocer las características de los estilos de vida y de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente hipertenso representa un gran valor, pues permite poder generar intervenciones que respondan efectivamente a las necesidades de este tipo de población. Así pues, la presente investigación pretende describir los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud del paciente con hipertensión arterial grado I.

1. Capítulo I: Marco referencial

1.1. Planteamiento del problema

En Colombia, en el año 2015, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) reportó un incremento en la prevalencia de HTA de 0,6%, en el que por cada 100 habitantes 7,2 padecen de HTA. La cuenta del alto costo del Ministerio de Salud y Protección Social (9) la destacan como el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y catastróficas, como la enfermedad renal crónica que genera una alta carga social y económica para la sociedad.

El estudio de Toscano *et al.* resalta cómo las transformaciones experimentadas por la población de todo el mundo en el último siglo, con respecto a la alimentación, la esperanza de vida y las causas de muerte, redefinen el perfil de susceptibilidad a las enfermedades (10). Lo anterior, además de los cambios económicos y culturales, confluye en la aparición de estilos de vida no saludables y bajos niveles de calidad de vida relacionada con la salud.

En el paciente con hipertensión arterial grado I, los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud deben ser abordados, puesto que los primeros “son la piedra angular para su prevención” (11), dado que pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos y retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA grado I (12). El segundo es fundamental para el diseño de las pautas terapéuticas teniendo en cuenta el impacto que ocasiona la enfermedad y su tratamiento farmacológico y no farmacológico en la vida diaria de los pacientes. Con esto, no sólo se pretende aumentar la expectativa de vida en años, sino también que esos años de vida se presenten como los de la más alta calidad posible (13).

De cualquier manera, los reportes actuales de las investigaciones sobre los estilos de vida del paciente con hipertensión arterial muestran un panorama preocupante, pues, a pesar que las personas sean diagnosticadas con la enfermedad, mantienen la conducta de no realizar modificaciones a los estilos de vida no saludables y aún no hay consenso en que padecer de HTA sea indicador directo de bajos niveles de calidad de vida relacionada con la salud. En este sentido, Sánchez *et al.* (14), al describir las características socioculturales y clínico-epidemiológicas de

pacientes con hipertensión arterial, observaron que el 93,0% de los afectados no practicaban actividad física. Sin embargo, aunque el 54,1% presentaba un peso normal, alrededor del 30,0% se hallaba con sobrepeso y obesidad. Al indagar acerca del consumo de sal, el 72,9% de estos individuos manifestaron usar sal en los alimentos en cantidades no apropiadas para la salud. En cuanto a los niveles de estrés, afirmaron que las situaciones estresantes presentaron variabilidades en los estadios de la enfermedad, pues casi el 60,0% de estos pacientes sufrió tensiones importantes en sus vidas.

Oca-Rodríguez *et al.* (15) analizaron las características clínicas y epidemiológicas de la HTA en cinco consultorios de Fomento, Cuba, con respecto a las variables modificables, es decir: estilos de vida, factores de riesgo modificables y control de la tensión arterial; y a las variables no modificables: edad y sexo. Los hallazgos determinaron que, según la edad, el 42,87% de los pacientes estudiados se encontraba en el grupo etario 60-64 años; seguido del 21,43% en el grupo 65-69 años; luego, el 16,32% en el de 70-74 años; el 13,26% en el de 75-79 años; y el 6,12% en el de 80 años o más. Según el sexo, el 68,37% son mujeres y el 31,83%, hombres. Luego de analizar los factores de riesgo modificables, el 77,55% de los pacientes se encontró en los sedentarios, con 76 casos. Otros factores destacados fueron el tabaquismo y la obesidad con 45,91% y 23,46% de pacientes, respectivamente. En cuanto al estilo de vida de los pacientes, el resultado arrojó que la mayoría de casos tenía hábitos tóxicos, una dieta no adecuada y no practicaba ejercicios físicos (15).

Cordero *et al.* describieron el control de la presión arterial (PA) y las características asociadas. Los autores hallaron que “los pacientes con PA no controlada tenían una media de edad ligeramente inferior, mayor prevalencia de sexo masculino, tabaquismo activo, obesidad y diabetes mellitus, donde la falta de control de la PA se asocia a factores relacionados con el estilo de vida y la alimentación, concretamente la obesidad y el tabaquismo” (16). Por su parte, Méndez *et al.* (17) identificaron los estilos de vida de pacientes con hipertensión arterial y descubrieron que un 30,5% presentaba obesidad grado I y un 26,3%, obesidad grado II. El 61,1% de los participantes negó realizar ejercicio físico y sólo el 38,9% respondió afirmativamente. En cuanto al estrés, el 59,7% de los pacientes encuestados respondió que *sí* estaba expuesto al estrés debido a actividades cotidianas, mientras que el 40,3% contestó que *no*. En cuanto al consumo de sal, el 77,8% de los pacientes hipertensos afirmaron que acostumbraban agregar sal a los alimentos ya preparados.

Paz EP *et al.* (3) examinaron los estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos con la estrategia de salud familiar y observaron que el 72% tenía sobrepeso u obesidad. La calificación del estilo de vida de los participantes fue de 13% *excelente*, 55% *muy bien*, 27% *bien* y 4% *regular*. Del mismo modo, Serafim *et al.* (4) determinaron los hábitos de vida y conocimientos acerca de éstos, relacionando las variables estudiadas con el control de la hipertensión arterial en personas asistidas

en unidades ambulatorias. Sus hallazgos demostraron que el Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes se encontraba en el límite superior del intervalo de sobrepeso (29,04±4,35 kg/m2); el 32,9% de los hombres y el 74,1% de las mujeres tenían una cintura mayor de 102 cm y 88 cm, respectivamente; el 44% informaron tabaquismo o ex tabaquismo; el 59% no practicaban actividades físicas regularmente; y el 24% reportaron ingestión o interrupción de bebidas alcohólicas, entre los cuales la cantidad de etanol consumido a diario fue excesiva (71,4±83,2 g).

Martins *et al.* (18) llevaron a cabo un estudio sobre la prevalencia de la hipertensión arterial y la relación con el estilo de vida de adultos en Mato Grosso, Brasil. La prevalencia de hipertensión arterial en los participantes objeto de estudio fue de un 23,2%, significativamente mayor en los hombres (28,6%) que en las mujeres (19,7%). El 50,2% de los encuestados refirió haber consumido bebidas alcohólicas un mes antes de la entrevista. En cuanto al tabaco, el 60,6% declararon no ser fumadores, mientras que un 21,4% eran fumadores al momento del estudio. Los autores observaron un aumento lineal y significativo en la prevalencia de la hipertensión arterial con el aumento del consumo de cigarrillos por parte de los entrevistados.

Bogantes *et al.* (19) examinaron la prevalencia de sobrepeso y obesidad en pacientes hipertensos tratados en un servicio de cardiología hospitalario. Los investigadores concluyeron que de 475 pacientes incluidos en el estudio, el 43% se hallaba en el rango de sobrepeso y el 42% tenía por lo menos algún grado de obesidad.

Fonteles *et al.* (20) escrutaron la percepción que los adultos mayores hipertensos tenían del estilo de vida en cuanto al control de la hipertensión arterial, cuya edad variaba entre los 60 y los 83 años (6 hombres y 15 mujeres). Para los participantes, el estilo de vida significa un conjunto de actitudes relacionadas con la realidad individual, que convergían para la supervivencia, a saber: trabajo, sueño, reposo, alimentación, consecución de recursos financieros. Ocho de los adultos mayores encuestados relacionaban el estilo de vida sana con el consumo de alimentos saludables, la salud, el bienestar, el ocio, el ejercicio físico regular y abstenerse de las bebidas alcohólicas y del tabaco. Sin embargo, otros continuaban con hábitos alimenticios no saludables, aun teniendo conocimiento de los saludables. En conclusión, el estilo de vida saludable, de acuerdo con la perspectiva de los encuestados, superó la cuestión de la salud y derivó de las creencias, valores y condiciones socioeconómicas.

Reza *et al.* (21) evaluaron los estilos de vida de pacientes hipertensos registrados en un programa de ejercicio aeróbico en una ciudad de México. Este estudio determinó que el estilo de vida relacionado con la actividad física de los hipertensos era significativo, dado que el 77% se ejercitaban con algún tipo de actividad y el 33% no realizaban ninguna actividad. En relación con el tabaquismo, el 14,58% de los hipertensos eran fumadores y consumían por lo menos 10 cigarrillos al día. Según

ellos, los motivos que llevaban al consumo de cigarrillo fueron el estrés y las situaciones conflictivas en el trabajo, cuyas indagaciones determinaron que el 82% de los hipertensos afirmaron que se consideraban personas nerviosas y estresadas. Las situaciones que más les producían estrés se referían a las situaciones familiares, las actividades laborales y los problemas sociales, como falta de dinero, salarios bajos y dificultades cotidianas. El 29,5% de los pacientes afirmaron que bebían alcohol: el tequila era la más consumida, seguida de la cerveza.

Mi *et al.* (22) explicaron el vínculo que existe entre el hecho de tener conciencia de hipertensión y la calidad de vida relacionada con la salud. Los hallazgos demuestran que la concienciación de la enfermedad se asocia negativamente con la CVRS en pacientes hipertensos chinos. Los autores aclaran que la comorbilidad y los efectos adversos de los medicamentos pueden ser la causa de una menor calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que reconocen su enfermedad.

Castro *et al.* desarrollaron un estudio con integrantes del grupo “Grupo Comviva Salud” sobre la calidad de vida relacionada con la salud y los factores de riesgo en pacientes con hipertensión. Los resultados determinan que el 64,3% consideró que la enfermedad no influye en la calidad de vida relacionada con la salud; el 35,7% estimó que la hipertensión interfiere mucho, no sólo en la calidad de vida relacionada con la salud sino también en las actividades cotidianas. Sin embargo, los autores señalan que “la enfermedad, cuando se controla, no interfiere en nada, el paciente puede seguir su vida normal” (23). En lo referente a la práctica de acciones físicas, el 78,6% manifestó que no realizaba algún tipo de actividad, entendiéndose como sedentarios; sólo el 21,4% reportó que practicaba ejercicios físicos eventualmente. En cuanto a la salud, el 78,9% informaron que se sentían satisfechos con la salud que revelaban, mientras que el 21,3% respondió que no sentían satisfacción.

Trevisol *et al.* (24) identificaron correlaciones entre la hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud mediante una revisión sistemática y un meta-análisis. La revisión arrojó que en la asociación entre la hipertensión y la calidad de vida relacionada con la salud, se reconoció una calidad de vida relacionada con la salud en hipertensos más baja que los no hipertensos. Sin embargo, la diferencia en las puntuaciones es corta, de lo cual se puede inferir que una menor calidad de vida relacionada con la salud podría ser independiente de tener conciencia de la hipertensión y no de la presión arterial alta.

Rabelo *et al.* (25) al investigar el estilo de vida, las condiciones y la autopercepción de salud y calidad de vida relacionada con la salud entre adultos mayores hipertensos y no hipertensos de Minas, Brasil, hallaron que los participantes tuvieron una percepción más negativa de su salud. Sin embargo, en cuanto a la propia percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, los dos grupos

demostraron sentirse satisfechos. Estas conclusiones consolidan la hipótesis de que la calidad de vida relacionada con la salud se relaciona con otros factores, de manera que aun mediante una percepción negativa sobre su propia salud, los adultos mayores hipertensos expresan satisfacción con la calidad de vida relacionada con la salud. En efecto, las enfermedades de larga permanencia, una vez controladas, no suelen comprometer la calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores. En conclusión: la hipertensión arterial no predice la calidad de vida relacionada con la salud para los adultos mayores.

De Gusmão *et al.* (26) analizaron la influencia del control de la hipertensión en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes hipertensos con y sin complicaciones. Los hallazgos revelaron que las puntuaciones derivadas de los ocho dominios del SF-36 demostraron que los dominios *Capacidad funcional* y *Estado general de salud* obtuvieron las puntuaciones más altas de CVRS, mientras que los dominios *Vitalidad y Salud mental* lograron las puntuaciones más bajas en pacientes con y sin complicaciones, sin tener en cuenta el control de la PA.

Las puntuaciones para calidad de vida relacionada con la salud del instrumento para pacientes hipertensos Bulpitt y Fletcher se acercaron a la puntuación máxima de 100, lo cual indica que la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes objeto de estudio fue *buena*. Así pues, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de CVRS de los pacientes con presión arterial controlada y los que tenían una presión arterial no controlada. No obstante, al comparar los pacientes hipertensos con y sin complicaciones en la segunda etapa del estudio, los participantes sin complicaciones obtuvieron puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud mucho mayores que los hipertensos con complicaciones.

Vinaccia *et al.* (27) evaluaron las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en 282 pacientes con hipertensión arterial leve en Medellín. El estudio concluyó que en las dos dimensiones del instrumento CHAL los participantes demostraron niveles bajos, sobre todo en cuanto a los síntomas físicos. De esto se colige que la calidad de vida relacionada con la salud fue desfavorable en lo que se refiere a las relaciones interpersonales, a la perspectiva del futuro, a un bajo estado de ánimo, a la autoeficacia ya los síntomas que se relacionan con el mareo, la taquicardia, la disnea, la fatiga y la neuropatía.

Varela *et al.* (5) determinaron el impacto de un programa para modificar el estilo de vida en los niveles de presión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con diagnóstico de HTA. Según los autores, después de aplicado el programa, la PAS disminuyó a niveles importantes, pero la PAD se mantuvo igual aunque a niveles controlados. Respecto a la CVRS, la modificación del estilo de vida reportó consecuencias favorables en el componente mental, en particular en la subescala *Rol emocional*, que evalúa los problemas emocionales que influyen en el ámbito laboral y

en las actividades del día a día. Los investigadores concluyeron que la intervención para modificar el estilo de vida que pretende reducir los niveles de PA puede ser positiva para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes hipertensos, mientras ésta sea integral e interdisciplinaria.

Youssef *et al.* (28) reconocieron los predictores de una calidad de vida buena de pacientes hipertensos en Egipto, utilizando el inventario del estado de salud en la hipertensión. Los resultados resaltan que la cantidad de drogas antihipertensivas y la frecuencia de las dosis no afectó la calidad de la vida relacionada con la salud de los pacientes. Por último, al surgir los efectos secundarios de la droga, fue posible predecir una calidad de la vida relacionada con la salud más baja en los dominios físicos y emocionales, pero no en los aspectos de la vida cotidiana. Los investigadores encontraron una mejor calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes hipertensos con niveles educativos altos y en los que poseían un empleo estable al momento de la recolección de los datos.

Este estudio demostró el efecto positivo de la estabilidad social a partir de la evidente mejor calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes casados. Además, al comprobar la variación de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos según edad y sexo, se observó mejor calidad de vida relacionada con la salud en los hombres, entre los cuales se destacan los más jóvenes. Sin duda, los hombres obtuvieron puntajes más altos en el aporte emocional de la percepción de la enfermedad, de lo cual se puede inferir que los varones toleran las enfermedades crónicas y no se afectan emocionalmente de la misma manera que las mujeres. En definitiva, la comorbilidad se relacionó con el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en todos los dominios. Cada padecimiento de más tiene sus consecuencias en el estado físico del hipertenso, lo cual restringe las actividades diarias y repercute considerablemente en el aspecto emocional.

De acuerdo con el panorama descrito anteriormente, el cual plantea la necesidad de caracterizar los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial grado I que no se encuentran hospitalizados sino que asisten a consulta de control en Unidades Primarias de Atención, surgió el siguiente interrogante: *¿Cómo es el estilo de vida y la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con hipertensión arterial grado I que asiste a consulta de control a las Unidades Primarias de Atención (UPA) del Hospital de Engativá, Bogotá?*

Por último, cabe resaltar que el Grupo de Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia realiza trabajos de investigación, docencia y extensión abordando la hipertensión arterial tipo I como principal precursor de enfermedad coronaria, insuficiencia renal crónica y falla cardiaca. En los estudios de Rincón F y Rincón F *et al.* (29, 30) se reafirma la relevancia de estudiar las características psicosociales y cualitativas en la consideración

de la enfermedad cardiovascular como un asunto de cuidado en la comprensión integral de la experiencia de la salud humana. Es por esta razón que en la presente tesis se tuvieron en cuenta los referentes colombianos para comprender de manera más amplia los constructos de calidad de vida relacionada con la salud y los estilos de vida.

1.2. Justificación

Teniendo en consideración la problemática actual sobre los estilos de vida que presentan las personas con hipertensión arterial grado I —elevado consumo de sal, grasas, alcohol, tabaco, sedentarismo, sobrepeso, obesidad y estrés— (3, 4, 14-21) y reconociendo que aún no hay consenso (25) en que el tener la enfermedad implique una menor calidad de vida relacionada con la salud, su estudio en nuestro medio es de gran importancia a nivel social, disciplinar y teórico.

1.2.1. A nivel social

Como lo señalan Serafim y cols., "conocer el estilo de vida de las personas hipertensas, saber sus rutinas y hábitos son de extrema importancia para prestar una asistencia individualizada en el sentido de proporcionar una intervención en salud, teniendo en consideración las necesidades y las peculiaridades de esa población específica" (4). De acuerdo con Zambrano, "existe consenso, en que el estilo de vida influye de manera fundamental en el proceso salud-enfermedad, por lo que se considera fundamental y prioritaria su identificación" (32) en los pacientes con hipertensión arterial grado I.

De la misma manera, para poder brindar una intervención en salud que responda a las necesidades de este tipo de población, es indispensable identificar la calidad de vida relacionada con la salud. Con lo anterior, se favorece la "toma de decisiones sobre las intervenciones de [enfermería] instauradas, el establecimiento de prioridades y el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de programas de prevención, atención y rehabilitación, usada como complemento de los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida" (32).

De acuerdo con esto, los resultados de la presente investigación podrán generar beneficios directos e indirectos para los participantes del estudio, específicamente, para los siguientes:

- Los pacientes con hipertensión arterial grado I, pues con la identificación de sus estilos de vida y su nivel de calidad de vida relacionada con la salud se contará con un perfil que favorezca la elaboración e implementación de estrategias de intervención en enfermería acorde con las necesidades identificadas.

- La institución objeto de estudio desde cada una de sus Unidades Primarias de Atención, porque brinda una atención y cuidado en salud que responde con las necesidades de sus usuarios.
- El equipo de salud que contará con un perfil basado en investigación que les oriente para brindar una atención y cuidado de calidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, a partir del año 2016, adopta el Modelo de Atención Integral (MIAS) en el que se establece la Gestión Integral del Riesgo como un escenario para identificar los estilos de vida que afectan la salud de las personas (31). Por lo tanto, los aportes de nuestro estudio son de gran valor en este componente, ya que se dirigen al diagnóstico local de las circunstancias y condiciones de calidad de vida. El MIAS en sus planteamientos llama a los actores del sistema a anticiparse a las enfermedades y a los traumatismos con la identificación, la clasificación de grupos de riesgo y la intervención de los riesgos para lograr un mejor nivel de salud. Con las anteriores consideraciones, se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a que los profesionales e instituciones de salud conozcan los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud que llevan las personas con hipertensión arterial grado I. El propósito consiste en reconocer los riesgos de territorio para la gestión colectiva y la gestión pública que regula el MIAS en la consideración de las condiciones sociales, ambientales y personales que impactan la salud cardiovascular.

1.2.2. A nivel disciplinar

Desde el área disciplinar de la enfermería, nuestra investigación abre la posibilidad de estudiar y describir los estilos y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con hipertensión arterial grado I. Así pues, se pretende aportar bases conceptuales para la formulación de investigaciones posteriores y que, a partir de los resultados, los enfermeros generen intervenciones de enfermería orientadas a la prevención de comportamientos de riesgo y promoción de la salud que mejoren los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud. De acuerdo con Chaparro, “el estilo de vida de la población está directamente relacionado con los modos de vida particulares de cada individuo, lo que lleva a que cada persona construya su propia vivencia de salud. El estilo de vida involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos que deben ser comprendidos y profundizados desde enfermería” (34).

Por su parte, los estudios de Carmona *et al.* (35), Aparecida *et al.* (36), Zambrano (32), Cenatti *et al.* (37), Castro *et al.* (21), Méndez *et al.* (17), Serafim *et al.* (4), Fonteles *et al.* (20), Martins *et al.* (18) y Reza *et al.* (21), son ejemplos contundentes del desarrollo investigativo que la enfermería ha revelado en el tema en descripción. Estas investigaciones, además, destacan la necesidad de

continuar con el estudio en virtud de generar un conocimiento sólido que le permita a la enfermería aplicar intervenciones basadas en evidencia científica. De aquí surge la lo significativo de llevar a cabo el estudio presente. En definitiva, los estudios sobre estilos y calidad de vida relacionada con la salud se constituyen como valiosos aportes a la disciplina en la medida en que los resultados recomiendan plantear cambios positivos en la práctica, buscando el impacto de las intervenciones sustentadas a partir de los referentes teóricos de la disciplina.

1.2.3. A nivel teórico

El concepto *estilos de vida en el paciente con hipertensión arterial* se ha trabajado para determinar los comportamientos de riesgo, meta a la que se pretende llegar por medio de un proceso adecuado de adherencia. El proceso incluye decisiones tomadas por el individuo, que propician desarrollar y mantener los factores que incrementan o reducen el riesgo de enfermedad o incluso la muerte prematura. Esta noción se ha abordado comenzando en el Modelo de Campo de la Salud de Lalonde, en el que se representa el conjunto de decisiones que el individuo toma con respecto a su salud, y sobre las cuales él mismo ejerce cierto grado de control.

Del mismo modo, en el tratamiento de la hipertensión arterial actualmente existe un interés creciente por indagar la calidad de vida relacionada con la salud. En palabras de Llach, esta indagación tiene como "propósito fundamental proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica" (39). En la misma línea, los estudios de Mi *et al.* (22), Sánchez *et al.* (14), Oca-Rodríguez *et al.* (15), Cordero *et al.* (16), Martínez *et al.* (38), Trevisol *et al.* (24), Rabelo *et al.* (25), De Gusmão *et al.* (26), Bogantes *et al.* (19), Ramones (13), Vinaccia *et al.* (27), Varela *et al.* (5) y Youssef *et al.* (28) permiten observar el desarrollo de la temática desde distintas disciplinas y muestran la necesidad de seguir indagando cada uno de los factores que inciden en los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud del paciente hipertenso.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá entre enero y marzo de 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el estilo de vida de los pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención (UPA) del Hospital de Engativá mediante la aplicación del instrumento FANTASTICO.

- Identificar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control a las Unidades Primarias de Atención (UPA) del Hospital de Engativá mediante la aplicación del instrumento SF-36.

1.4. Definición operativa de conceptos

1.4.1. Estilos de vida

En concordancia con Chaparro *et al*., los estilos de vida se definen como los procesos, conductas y hábitos que satisfacen las necesidades humanas para lograr mejor nivel de calidad de vida y de salud. El estilo de vida es la manera establecida por la persona para vivir. Para esto, se incluyen patrones cognitivos, psicológicos, culturales y sociales que constituyen el contexto de la persona y que influyen directamente en su forma de vida, tanto favorable como desfavorable para la salud (34).

Para nuestro estudio, los estilos de vida serán identificados mediante el instrumento FANTASTICO, elaborado por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá. La encuesta está conformada por 25 ítems cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados con el estilo de vida. Es un acrónimo estructurado de la siguiente manera: **F** = *F*amilia y amigos; **A** = *A*ctividad física; **N** = *N*utrición; **T** = *T*abaco; **A** = Alcohol; **S** = Sueño-Estrés; **T** = *T*ipo de personalidad; **I** = *I*ntrospección; **C** = Conducción-trabajo; y **O** = Otras drogas (40). La autorización para el uso de este instrumento se puede consultar en el Anexo F.

1.4.2. Calidad de vida relacionada con la salud

Según Schwartzmann, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa la “valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras)” (6).

Para la presente investigación, la identificación de la calidad de vida relacionada con la salud se llevó a cabo con el instrumento *36-Item Short Form Survey (SF-36)*. Este cuestionario consta de 36 ítems,

agrupados en las siguientes ocho escalas: *Funcionamiento físico* (FF); *Desempeño físico* (DF); *Dolor corporal* (DL); *Desempeño emocional* (DE); *Salud mental* (SM), *Vitalidad* (VT); *Salud general* (SG); y *Funcionamiento social* (FS). (30). Del mismo modo que con el instrumento para los estilos de vida, la autorización para el uso de este cuestionario puede observarse en el Anexo F.

1.4.3. Hipertensión arterial

Sánchez RA, en sus guías para la presión arterial, definen la hipertensión arterial (HA) como "una condición que implica un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos en la cual la presión arterial está crónicamente elevada por encima de valores considerados óptimos o normales" (41). Ahora bien, teniendo en cuenta que los participantes para el presente estudio fueron pacientes con hipertensión arterial grado I, es preciso presentar la clasificación de los distintos tipos de hipertensión arterial.

Cuadro 1. Clasificación de la hipertensión arterial en la Guía Europea ESH/ESC de 2013

Categoría	Presión Arterial Sistólica (mmHg)		Presión Arterial Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión Grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión Sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

Fuente: Definición de hipertensión arterial en la Guía Europea ESH/ESC de 2013. Manual práctico LASH de diagnóstico y manejo de la HTA en Latinoamérica, 2015.

2. Capítulo II: Marco teórico

2.1. Estilos de vida

Para poder describir los estilos de vida en el paciente con hipertensión arterial grado I, primero es necesario conocer los diferentes enfoques que se le ha dado al concepto. El interés por indagar sobre los estilos de vida saludable se desarrolló en más alto grado alrededor de los 80, en el siglo XX. Bennasar (42) explica que el concepto *estilo de vida* se constituyó a partir de líneas teóricas como el marxismo, el *comprensivismo weberiano*, el psicoanálisis y el *culturalismo* antropológico. El propósito era elaborar un concepto que, partiendo de las dimensiones materiales y simbólicas, permitiera el acoplamiento entre sectores macro —es decir: estructura social— y los grupos intermedios reflejados en las personas cuya conducta se expresaba por un estilo definido en la vida a nivel tanto personal como colectivo:

> El enfoque sociológico considera que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad. A mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde una perspectiva médico-epidemiológica con un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones (42).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estilo de vida “es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (43).

Los paradigmas de conducta se someten constantemente a que sean interpretados y probados en diversos contextos sociales. Por consiguiente, no son estables, por el contrario, son susceptibles de cambiarse. Los estilos de vida se caracterizan, al ser particulares, por estándares de conductas que se reconocen con facilidad, dado que tienen un efecto considerable en la salud de un sujeto y en la de los demás. Siempre que la salud mejore permitiendo a las personas trasformar los estilos de vida, el ejercicio se suele dirigir tanto al individuo como al contexto social de vida que influye para generar

y conservar los estándares conductuales. Por otra parte, cabe reconocer que “no existe un estilo de vida «óptimo» al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida” (40).

Así mismo, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) concibe el estilo de vida “como un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares” (44). Benassar considera que el matiz teórico del concepto en desarrollo influye positivamente al disminuir las tasas de muerte por diferentes enfermedades, pues “el estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%” (32).

Identificar los estilos de vida en los pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control es de gran utilidad, ya que favorece la planeación y la puesta en práctica de intervenciones de enfermería. Éstas deben contribuir con la reducción de las complicaciones, discapacidad y muerte producidas por la permanencia de conductas no saludables en la salud de la población hipertensa.

2.1.1. Fundamentos teóricos de los estilos de vida

Para abordar este concepto en su relación con la salud, los estudiosos de la temática han desarrollado los modelos y posturas teóricas desde las disciplinas de la salud y de las ciencias sociales (28). Moreno clasificó los conceptos en teorías clásicas de la socialización y en modelos sociocognitivos, los cuales sirven como guía para el estudio exclusivo de los estilos de vida de pacientes hipertensos, descritos en el siguiente cuadro (45):

Cuadro 2. Abordajes teóricos de los estilos de vida

Teorías clásicas de la socialización	**Modelos sociocognitivos**
Proporcionan datos acerca de las estructuras y procesos sociales implicados en la adquisición de los estándares comportamentales y hábitos que conforman el estilo de vida. Además desarrollan actitudes, valores y normas asociadas a los estilos de vida	Expresan que los desarrollos cognitivos, tales como la intención, las expectativas, la percepción de control y el costo-beneficio percibido establecen los comportamientos asociados con la salud.
Teoría de campo (Kurt Lewin, 1963): permite entender el comportamiento como una función del sujeto y de su contexto	**Modelo de creencias sobre la salud** (Rosentock, 1969; 1974; Rosentock y Kischt, 1979): la posibilidad de ejercer un comportamiento que promueve la salud depende del balance costo-

	beneficio percibido de la actividad y de la advertencia percibida de la enfermedad.
Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977): se considera que los procesos de imitación y formación fundamentan la comprensión del estilo de vida en el medio social.	**Modelo *locus* de control de la salud** (Wallston, Wallston y De Vellis, 1978): la percepción acerca de lo que controla la salud *–locus de control de la salud–* repercute en lo que los sujetos revelan con la conducta saludable o no saludable.
Teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987): favorece la comprensión sobre cómo el ambiente social repercute en donde se llevan a cabo los estilos de vida relacionados con la salud.	**Teoría de la Acción Razonada (TAR)** (Ajzen y Fishbein, 1980): señala que el comportamiento es el propósito del sujeto de llevar a cabo tal comportamiento. Este propósito depende de la actitud con respecto al comportamiento. En otras palabras: depende de la valoración positiva o negativa del sujeto al llevar a cabo la acción y de la normativa personal o la convicción de que hay presiones sociales para llevar a cabo o no la acción.
	Teoría de la Acción Planificada (TAP) (Ajzen, 1985; Ajzen y Madden, 1986): desarrollan otro factor en el modelo anterior: el control que se percibe acerca del comportamiento; señalan que el comportamiento depende de lo que se piensa sobre el control personal.
	Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1982, 1986, 1997): El comportamiento depende de cómo se perciben los resultados que implican el comportamiento (expectativas de resultado) y de cómo se percibe la facultad del sujeto para efectuar tal comportamiento (expectativa de eficacia).
	Modelo de Promoción de la Salud (MPS) (Pender (1987, 1996): este modelo crea tres grupos de predictores de los comportamientos que promueven la salud: 1) los sentimientos y las cogniciones características del comportamiento; 2) las vivencias anteriores y las particularidades propias; 3) las circunstancias precedentes a la acción.

Fuente: Moreno SY. Fundamentos teóricos de los estilos de vida. 2003.

2.1.2. Medición de los estilos de vida con el instrumento FANTASTICO

La medición del constructo estilo de vida es una labor dispendiosa a causa de las variadas dimensiones que lo conforman y a las dificultades que comporta la medición inmediata. Para esto se cuenta hoy en día con el cuestionario FANTASTICO, un instrumento desarrollado en 1984 por Wilson y Ciliska, investigadores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá. El instrumento ha obtenido una medición de confiabilidad y de validez discriminante. Además, se han adaptado una versión corta y una versión larga del instrumento, el cual se ha empleado en estudiantes, trabajadores, pacientes con hipertensión y pacientes diabéticos. Estas nuevas versiones han sido revisadas por profesionales de la salud para garantizar un mejor entendimiento de los ítems adaptándolos en participantes de México, España y Brasil. Ramírez y Agredo, en Colombia, validaron el instrumento en sujetos adultos. Así pues, se halló que los 25 ítems, clasificados en nueve dominios, estuvieron por encima del estándar de fiabilidad planteado (alfa de Cronbach) mayor a 0,50 y 0,73. Además, los autores hallaron una correlación interescalar tanto *buena* como *aceptable* en las categorías del instrumento FANTASTICO (r = 0,19-0,79; p < 0,01) (37).

El instrumento FANTASTICO permite identificar y medir el estilo de vida de una población particular. Consta de 25 ítems cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados con el estilo de vida. Es un acrónimo estructurado de la siguiente manera: **F** = *F*amilia y amigos; **A** = *A*ctividad física; **N** = *N*utrición; **T** = *T*abaco; **A** = Alcohol; **S** = Sueño-Estrés; **T** = *T*ipo de personalidad; **I** = *I*ntrospección; **C** = Conducción-trabajo; y **O** = Otras drogas. El cuestionario registra tres posibilidades de respuesta con un valor numérico que va de 0 a 2 para cada categoría. Las opciones se califican a través de una escala tipo Likert con un valor numérico que va de 0 a 100 puntos. Además, posee cinco grados de calificación que jerarquizan la conducta sobre el estilo de vida: < 39 puntos = *Existe peligro*; 40 a 59 puntos = *Malo*; 60 a 69 puntos = *Regular*; 70 a 84 puntos = *Bueno*; 85 a 100 puntos = *Excelente*. Cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio. Los resultados se interpretan así: *Excelente*, que señala que el estilo de vida del sujeto implica un predominio óptimo para la salud; *Bueno*, el cual muestra que el estilo de vida implica un predominio apropiado para la salud; *Regular*, que revela que el estilo de vida implica una ventaja para la salud, aunque de cualquier manera descubre riesgos; *Malo* y *Existe peligro*, que determinan que el estilo de vida del sujeto presenta varios factores de riesgo. (40).

2.2. Calidad de vida relacionada con la salud

2.2.1. Conceptualización

De la misma manera que en el apartado anterior, para la descripción de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con hipertensión arterial grado I, es necesario conocer los enfoques y modelos teóricos que la sustentan. En este sentido, Fleury EM *et al*. considera que "el concepto de calidad de vida es un término utilizado en dos vertientes: 1) en el lenguaje cotidiano por la población general, periodistas, políticos, profesionales de diversas áreas y gestores de políticas públicas; 2) en el contexto de la investigación científica, en diferentes campos del saber, como economía, sociología, educación, medicina, enfermería, psicología y demás especialidades de la salud". (46). En el área de la salud, se han identificado dos tendencias sobre la conceptualización del término: *calidad de vida*, como un concepto más genérico, y *calidad de vida relacionada con la salud*.

En cuanto a la primer tendencia, la calidad de vida posee un significado más amplio, el cual ha recibido contribuciones de los estudios sociológicos, sin necesidad de pensar en disfunciones o agravios. Esta conceptualización fue adoptada de igual modo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los cuales vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. Por otro lado, el término calidad de vida relacionada con la salud ha sido empleado con objetivos semejantes a la conceptualización más general. Sin embargo, parece implicar los factores más directamente relacionados con las enfermedades y con las intervenciones en salud:

> El significado de la calidad de vida en la atención sanitaria se desprende de supuestos básicos a propósito de los papeles y responsabilidades de los proveedores de atención sanitaria y del sistema de salud. El primer supuesto es que los proveedores de atención sanitaria son responsables de los efectos de sus tratamientos en la calidad de vida. Segundo, los pacientes hacen juicios sobre el peso relativo de la longitud de vida en comparación con la calidad de vida al tomar decisiones sobre los tratamientos. En tercer lugar, la cura de la enfermedad no es siempre el resultado más importante. Cuarto, el alivio de los síntomas físicos es a veces un resultado tan deseable como la cura. Quinto, la prolongación de la vida a cualquier precio físico, psicológico o financiero, no es razonable (47).

2.2.2. Fundamentos teóricos de la calidad de vida relacionada con la salud

Para poder abordar este concepto, se han planteado numerosas teorías y modelos, cuyo propósito es contemplar los predictores y resultados de calidad de vida además de las asociaciones entre las

variables. Otro propósito ha sido el de guiar los estudios clínicos y la formulación de hipótesis (47), los cuales se presentan en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Modelos de la calidad de vida relacionada con la salud

Autores	Modelos
Ware (1984)	Este autor planteó un modelo de relación de progresión entre la enfermedad y las esferas de calidad de vida relacionada con la salud. En éste, la enfermedad se halla en el punto central de unos círculos concéntricos en los cuales el predominio en los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud es más contundente en los resultados más cercanos a la enfermedad, por ejemplo: el funcionamiento personal. La influencia de la enfermedad expande a otros resultados de la calidad de vida relacionada con la salud, por ejemplo: la incomodidad psicológica y el bienestar. También se expande hacia las creencias acerca de la salud en general y luego hacia al funcionamiento del rol social.
Wilson y Cleary (1995)	Los autores elaboraron un modelo de tipo lineal de calidad de vida relacionada con la salud, el cual se constituye tanto del modelo biomédico como del modelo de las ciencias sociales. Agrupa las variables de resultado de los sujetos en cinco categorías: 1) *Factores biológicos y fisiológicos* (que resulta ser el grado más cercano); 2) *Síntomas*; 3) *Estado funcional*; 4) *Salud general percibida*; 5) Calidad de vida global (el cual representa el grado más distante). Por último, el modelo plantea una relación de causa entre los cinco grados, cuyas variables de un grado predicen el comportamiento de las del siguiente.
Brenner, Curbow y Legro (1995)	Estos autores plantean un modelo lineal continuo, el cual que se presenta comenzando en los síntomas/señales de la enfermedad y termina en el bienestar general. Para lo anterior, es necesario atravesar los grados intermedios, a saber: funcionamiento relacionado con la enfermedad y funcionamiento general.
Sprangers y Schwartz (1999)	Los autores incluyen el concepto de *Cambio respuesta*, el cual lleva a un proceso de adaptación en la calidad de vida. Los investigadores señalan un deterioro del estado de salud desencadena una disminución en la calidad de vida. Si se presenta una adaptación como el hecho de afrontar la enfermedad con éxito, la calidad de vida relacionada con la salud aumentará. No obstante, si la adaptación produce una respuesta diferente, la calidad de vida relacionada con la salud puede mantenerse igual.

Fuente: Vinaccia S, Quiceno JM .Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. 2012

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido estudiada desde la enfermería por teóricas como Peplau (1952/1991), Leininger (1978), Rogers (1970), King IM (1981) y Parse (1981,1998, 2007), quienes han desarrollado los atributos asociados a la disciplina (ver Cuadro 2).

Cuadro 4. Atributos de la calidad de vida en las teorías de enfermería

Atributos de la calidad de vida en las teorías de enfermería					
Atributos [La calidad de vida es…]	Peplau	Leininger	Rogers	King	Parse
Contextual	Varía con el cambio de las circunstancias. Se relaciona con el tiempo y depende de la situación.	Es culturalmente construido.	Cambia caracterizando los patrones continuos del campo humano y del ambiente.	Es atemporal y no se conecta con la cultura. Los seres humanos interactúan con su	Vive momento a momento. Es cambiante. En el momento Contiene todas las situaciones

			Expresiones del proceso de la vida	entorno a través del tiempo.	y experiencias vividas.
Subjetivo	Es fundamentalmente una percepción subjetiva.	Posee valores, creencias, patrones y expresiones.		Es la percepción de la propia capacidad para lograr cosas en la vida.	Es subjetivo. Posee pensamientos y sentimientos personales. El significado se lo da uno a la vida
Intangible	Se comporta como un objetivo en movimiento.	Es una abstracción.	Es relativo e infinito.		No puede ser cuantificado. Contiene una percepción global.
Relacionado con la salud	Existe para ayudar a encontrar necesidades esenciales interpersonales.		Está relacionado con la enfermería y la salud.	Está relacionado con la enfermería y la salud.	Es un sinónimo de salud. Es el objetivo de la enfermería.

Fuente: Plummer M, Molzahn A (48).

2.2.3. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud con el instrumento SF-36

Los dominios *físico*, *emocional* y *social* que constituyen el término *calidad de vida relacionada con la salud* se miden en dos dimensiones. La primera se compone de una evaluación objetiva de la salud funcional la segunda, de una percepción subjetiva de la salud (46). Existen dos especies de instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud: los cuestionarios genéricos y los específicos.

Para el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con hipertensión arterial grado I, se emplea un cuestionario genérico: el cuestionario de salud SF-36. Para Velarde y Figueroa, “este tipo de instrumentos son usados para medir la calidad de vida en pacientes con más de una enfermedad y, además, permiten comparar diferentes procesos patológicos como, por ejemplo, la calidad de vida de pacientes diabéticos con complicaciones iniciales y la de pacientes con artritis reumatoide. Las escalas genéricas intentan cubrir todos los aspectos de la vida y se resumen en una puntuación global (49).

El cuestionario SF-36 fue elaborado por el Health Institute New England Medical Center, de Massachussets, para realizar mediciones de nociones genéricas sobre la salud que resultan importantes a través de la edad, la enfermedad y los grupos que se encuentran en tratamiento. El

instrumento posee una psicometría consistente para poder evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, cuanto a las funciones físicas y psicológicas, cuyos ítems perciben los estados positivos y negativos de la salud. El cuestionario se ha traducido y se ha adaptado con el fin de ser aplicado en el ámbito internacional mediante el proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQUOLA). Para ser traducido al español, el instrumento tuvo que cumplir con un protocolo común a todas las naciones que hacen parte del proyecto IQUOLA y se fundamentó en la técnica de traducción/retrotraducción con profesionales y a partir de estudios piloto.

El instrumento evalúa las ocho dimensiones siguientes: *Función física*, que se refiere a las limitaciones físicas; *Rol físico*, que valora la interferencia en el trabajo y las actividades diarias; *Dolor corporal*, es decir, la intensidad del dolor y el efecto que produce en las actividades físicas; *Salud general*, en cuanto a la valoración que el sujeto hace de su salud; *Vitalidad*, que se asocia con la sensación de energía; *Función social*, que trata la interferencia en la vida social habitual; *Rol emocional*, que trata la interferencia en el trabajo o en otras actividades cotidianas; Salud mental, que valora la depresión, la ansiedad, el control emocional y el control sobre el comportamiento; *Evolución declarada de la salud*, que se refiere a la valoración de la salud de la actualidad del sujeto con respecto a la de un año atrás. La puntuación del cuestionario abarca una escala de 0 a 100 punto, cuyas cifras más altas señalan una mejor calidad de vida.

En la lengua en la cual el instrumento se diseñó, obtuvo una confiabilidad y una validez de apariencia, de contenido, de criterio —tanto concurrente como predictiva— y de constructo. El instrumento se ha registrado en más de un millar de publicaciones y el uso para valorar la carga de la enfermedad se describe en más de 130 condiciones. Dado que es breve y de fácil comprensión, el cuestionario se emplea en varios países.

Lugo *et al.* adaptaron culturalmente el instrumento al contexto colombiano en poblaciones con enfermedades y sin ellas. Además, reveló propiedades psicométricas positivas para emplearlo en el país, pues las correlaciones ítem-escala estuvieron por encima de 0,48 y la fiabilidad superó el 0,70. No se presentaron diferencias en los puntajes de escalas de acuerdo con el tipo de aplicación. La fiabilidad inter-observador superó el 0,80 y el test-retest fue mayor a 0,70, sin revelar diferencias significativas en las ambas aplicaciones (33).

3. Capítulo III: Marco del diseño

3.1. Diseño del estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, con corte transversal y enfoque cuantitativo. Es *descriptivo*, dado que se describen los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I, que asisten a consulta de control en la Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá. Tal como ocurren en la naturaleza, la observación se realiza sin la intervención del investigador. Es *de corte transversal*, ya que la obtención de los datos se realizó en un momento específico: durante los meses de enero y marzo de 2017. Es *cuantitativo*, puesto que los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con hipertensión arterial grado I son medidos a través de la descripción, del análisis e interpretación de datos y obtenidos a partir de la información recolectada con los instrumentos FANTASTICO y SF-36.

3.2. Lugar y tiempo de estudio

La investigación se llevó a cabo en las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá, una Empresa Social del Estado (E.S.E) de II nivel, adscrita al Distrito Capital. Hoy en día cuenta con once sedes para la prestación de servicios, distribuidas en las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) en las que se encuentra divida la localidad del área de influencia de la siguiente manera: UPA Española, UPA Garcés Navas, UPA Quirigua, UPA Bachué, UPA Álamos, UPA Boyacá Real, UPA Bellavista, UPA Minuto de Dios y UPA Emaús. La recolección de los datos se realizó durante los meses de enero y marzo del año 2017.

El cálculo para el tiempo de recolección de los datos se llevó a cabo con base en el tiempo empleado en la aplicación de los instrumentos, el número de encuestadores, el número total de participantes y el número de horas diarias para aplicar las encuestas, así:

- Duración con un participante: 30 minutos.
- Número de encuestadores: 3.
- Número de participantes: 151.

- Número total de minutos requeridos para la aplicación total de los cuestionarios: 4 530 minutos, equivalentes a 75 horas.

- Número de horas diarias asignadas para la aplicación de los cuestionarios: 8 horas.

3.3. Población y muestra

La población objeto de estudio se constituyó del total de los pacientes hipertensos que asisten a consulta de control en cada una de las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá en el periodo comprendido entre enero y marzo del año 2017.

La descripción de los estilos de vida se llevó a cabo por medio del instrumento FANTÁSTICO, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud se realizó con el uso del instrumento SF-36. Las descripciones se centraron en la estimación del promedio de los totales y de los promedios de las dimensiones de las puntuaciones obtenidas en los citados instrumentos, descripción que se acompañó de elementos de estadística descriptiva coadyuvantes. Al momento de iniciar el trabajo de campo, se encontró un subregistro en la base de datos general de la institución, el cual limitó la acción de realizar un cálculo estadístico preciso. En consecuencia, fue necesario asumir un parámetro poblacional de cálculo de muestra para la población finita con el programa de acceso gratuito OpenEpi, versión 3.0, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Tamaño de la muestra**.**

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)	*n* =300
Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población	*p* =5%+/-5
Límites de confianza como % de 100 (absoluto +/-%)	*d* = 5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-*EDFF*):	1

Tamaño muestra (*n*) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo de Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	59
80%	29
90%	45
97%	70
99%	89
99,9%	123
99,99%	148

Ecuación

Tamaño de la muestra *n* = [EDFF*Np(1-p)]/ [($d^2/Z^2_{1-\alpha/2}$*(N-1)+p*(1-p)]

En total se logró la participación de 151 sujetos que hicieron parte de la muestra final considerada para el presente estudio.

3.4. **Criterios de inclusión**

Para llevar a cabo la selección de la muestra, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Tener hipertensión arterial grado I.
- Asistir por consulta de control a las Unidades Primarias de Atención adscritas al Hospital de Engativá.
- Mujeres y hombres con edades comprendidas entre los 20 y los 59 años de edad.
- Personas sin déficit neurológico.

Así mismo, para llevar a cabo la selección de la muestra, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

3.5. Criterios de exclusión

- Personas menores de 20 años y mayores de 59 años.
- Ser diabético y con insuficiencia renal crónica.
- Pacientes con hipertensión arterial grado II o III o hipertensión sistólica aislada.
- Pacientes con alteración del estado de conciencia o deterioro neurológico.

3.6. Control de sesgos

Con el fin de garantizar la validez interna y externa del estudio, se controlaron al máximo los errores sistemáticos o sesgos relacionados con el tipo de investigación. A continuación se relacionan los sesgos y las prevenciones que se tuvieron para evitarlos o reducirlos:

- **Sesgos de selección:** Éstos se presentan por la falta de representatividad de la muestra estudiada. Los efectos pueden hacer que se limite la extrapolación de las conclusiones del estudio o que surjan asociaciones espurias —es decir: inexistentes— o que se alteren las asociaciones ya existentes. Para minimizar este sesgo, se abordaron a todos los pacientes

con hipertensión arterial grado I que cumplieran con los criterios de inclusión. El tamaño favoreció la estimación del promedio de los totales y de los promedios de las dimensiones de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos FANTASTICO y SF-36 para describir los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud.

- **Sesgos de clasificación:** Estos sesgos constituyen la probabilidad de que surjan errores en la medición. Los errores pueden provenir tanto del investigador como del participante objeto de estudio. Así pues, para minimizar este sesgo se elaboró un protocolo preciso para la recolección de datos en el que se detallaran los procesos, personas e instrumentos relacionados con la obtención. Además, los instrumentos FANTASTICO y SF-36 cuentan con pruebas de validez y confiabilidad adecuados para la aplicación en pacientes con hipertensión arterial grado I en el medio local, así mismo, se elaboró una base de datos en Microsoft Excel con la información recolectada mediante los instrumentos. La manipulación del programa ha sido de uso exclusivo de la investigadora. Por otra parte, los auxiliares de la investigación recibieron un entrenamiento previo por parte de la investigadora principal para controlar el sesgo de aplicación de pruebas. Por último, se mantuvieron los controles pertinentes durante todo el proceso, es decir: evaluaciones intermedias de la información recolectada y reuniones con la directora de tesis y con el asesor estadístico (50).

3.7. Recolección de la información

La recolección de los datos estuvo a cargo de la investigadora y de los auxiliares de la investigación. Para la descripción de los estilos de vida, se utilizó el instrumento FANTASTICO y para calidad de vida relacionada con la salud, el instrumento SF-36. Los auxiliares de la investigación cuentan con formación universitaria —estudiantes activos o profesionales— y recibieron un entrenamiento previo por parte de la investigadora principal para controlar el sesgo de aplicación de pruebas. Se realizó una prueba piloto para asegurar el manejo de los instrumentos, la técnica de entrevista, la estandarización del tiempo de diligenciamiento, el manejo de los casos que requirieran de atención en la institución y el cumplimiento de los principios éticos de la investigación.

Acto seguido, los auxiliares de la investigación firmaron un compromiso de confidencialidad, beneficencia y respeto, luego de los cual se siguió el siguiente proceso:

- Presentación del proyecto de investigación en el Hospital de Engativá objeto de estudio y en las respectivas UPA.

- Captación de los participantes: Los pacientes con hipertensión arterial grado I se invitaron de forma individual a participar en el estudio. La captación se realizó cuando asistieron a la correspondiente cita de control a la UPA respectiva.
- Aplicación del consentimiento informado: Este formato se aplicó de forma individual a cada paciente hipertenso, utilizando un lenguaje sencillo que favoreciera la comprensión del documento.
- Aplicación de los instrumentos: Habiendo sido capacitados previamente, la investigadora principal y los auxiliares de la investigación diligenciaron en un ordenador los cuestionarios. La indagación a los participantes se llevó a cabo de manera simultánea. Como espacio para la aplicación de los instrumentos, se usaron los salones múltiples de cada una de las UPA. El tiempo aproximado de aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos. Los participantes no presentaron alteración emocional por la indagación de sus estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud. No fue necesario remitir a los participantes con el servicio de medicina general de la UPA para su derivación con el profesional de psicología.
- Se elaboraron dos bases de datos: una para estilos de vida y otra para calidad de vida relacionada con la salud.
- Se realizó un procesamiento y un análisis de los datos con el favor de la asesoría estadística.
- Se elaboró un informe.
- Como producto del estudio presente, se llegó al compromiso de elaborar un artículo de investigación para ser publicado en una revista indexada.

3.8. Variables por medir

La Tabla 2 muestra el análisis de las variables estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 2. Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Estilos de vida FANTASTICO	El instrumento FANTASTICO permite identificar y medir el estilo de vida de una población particular.	Consta de 25 ítems cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados con el estilo de vida en un acrónimo:

Wilson y Ciliska Variable Independiente	Ramírez y Agredo, en Colombia, validaron el instrumento en sujetos adultos. Así pues, se halló que los 25 ítems, clasificados en nueve dominios, estuvieron por encima del estándar de fiabilidad planteado (alfa de Cronbach) mayor a 0,50 y 0,73. Además, los autores hallaron una correlación interescalar tanto buena como aceptable en las categorías del instrumento FANTASTICO (r = 0,19-0,79; p < 0,01) (36).	• *Familia y amigos*: tener con quien hablar y dar y recibir cariño. • *Actividad física*: realizar actividad física y frecuencia de actividad. • *Nutrición*: alimentación balanceada, consumo de mucha azúcar, sal, grasa o comida chatarra y peso ideal. • *Tabaco*: fumar y número de cigarrillos por día. • *Alcohol*: promedio de tragos ingeridos por día, frecuencia con que se ingieren bebidas embriagantes y conducir bajo efectos del alcohol. • *Sueño y estrés*: (dormir bien, capacidad para manejar el estrés y relajarse y disfrutar del tiempo libre. • *Tipo de personalidad*. andar acelerado, sentirse enojado o agresivo. • *Introspección*. ser pensador optimista, sentirse tenso, deprimido o triste. • *Conducción y trabajo*: uso del cinturón de seguridad y sentirse satisfecho con el trabajo o actividades. • *Otras drogas*: uso de psicoactivos, automedicarse y frecuencia con que se bebe café, té o bebidas tipo cola que contienen cafeína.
Calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Institute, New England Medical Center, de Massachussets Variable independiente	Ha sido traducido y adaptado para ser empleado en el ámbito internacional mediante el proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQUOLA). La traducción al español siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA y se fundamentó en el método de traducción/retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto. Lugo *et al.* adaptaron culturalmente el instrumento al contexto colombiano en poblaciones con enfermedades y sin ellas. Además, reveló propiedades psicométricas positivas para emplearlo en el país, pues las correlaciones ítem-escala estuvieron por encima de 0,48 y la fiabilidad superó el 0,70. No se presentaron diferencias en los puntajes de escalas	Evalúa las siguientes ocho dimensiones: • *Función física*: limitaciones físicas. • *Rol físico*: interferencia en el trabajo y actividades diarias. • *Dolor corporal*: intensidad del dolor y su efecto en las actividades. • *Salud general*: valoración personal de la salud; • *Vitalidad*: sentimiento de energía. • *Función social*: interferencia en la vida social habitual.

	de acuerdo con el tipo de aplicación. La fiabilidad inter-observador superó el 0,80 y el test-retest fue mayor a 0,70, sin revelar diferencias significativas en las ambas aplicaciones (29).	• *Rol emocional*: interferencia en el trabajo u otras actividades diarias. • *Salud mental*: depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta.

Fuente: Adaptado por Burbano. 2017

3.9. Análisis de datos

La información obtenida se consolidó en una base de datos de Microsoft Excel, la cual se organizó con cada una de las respuestas que dieron los participantes en los instrumentos FANTASTICO y SF-36. Luego, se asignó un número para cada UPA de modo que fuera más fácil identificar la ubicación de los encuestados. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva haciendo uso del paquete estadístico SPSSS, versión 23.0. Los resultados se presentan en las tablas y gráficas respectivas que presentan los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hipertensos.

3.10. Socialización de resultados

Los resultados obtenidos se socializarán con los participantes del estudio, con la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y con el Hospital de Engativá, previo acuerdo de la fecha con los directivos. Así mismo, se elaborará un artículo original para ser sometido para publicación en una revista indexada. Sin embargo, tanto en las publicaciones como en eventos de socialización del estudio, **no** se mencionará el nombre de los participantes y sólo se incluirá el nombre de la institución si ésta lo autoriza.

3.11. Consideraciones éticas

El estudio de los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con hipertensión arterial grado I se rige por las consideraciones éticas descritas en la siguiente normativa:

- Las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (51).

- La Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (52).

- La Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia (53).

De acuerdo con lo anterior, a continuación se explicitan las pautas tomadas por la investigadora y los auxiliares para mantener la excelencia ética durante el desarrollo del estudio:

- La investigadora estuvo acompañada de su directora de tesis, quien es Enfermera, Especialista en Enfermería Neurológica y Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Además estuvo orientada continuamente por investigadores expertos del Grupo de Cuidado para la Salud Cardiovascular y del programa de Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

- Se aseguró el respeto por las personas que incluye respetar su autonomía, para lo cual, previa explicación de manera clara y sencilla del objetivo del estudio y del proceso que se llevará a cabo para obtener los datos, se solicitó el consentimiento informado por parte de los participantes del estudio, explicando que la participación es de libre, voluntaria y consciente. La participación no les generará ningún tipo de retribución económica y se garantizará el respeto de decidir abandonar el estudio, destacando que esta conducta **no** ocasionará ningún tipo de consecuencia negativa ni afectará la atención en salud.

- Se entiende por *Consentimiento informado* el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, el representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (51).

- Una vez obtenida la autorización del Comité de Ética del hospital objeto de estudio y el consentimiento informado de los participantes, se llevó a cabo la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

- Se ha protegido la privacidad de los sujetos participantes. Los datos obtenidos se han manejado con total discreción y han sido utilizados netamente con fines académicos. En las publicaciones y eventos de socialización del estudio **no** se mencionará el nombre de los participantes y sólo se incluirá el nombre de la institución si ésta lo autoriza.

- Al ser nuestra investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, se clasifica “como un estudio sin riesgo, dado que no realizará intervención o modificación intencionada de las

variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes" (Art. 10 de la Resolución 8430 de 1993). Sin embargo, si los pacientes presentan alguna alteración emocional por la indagación de sus estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud, se brindará un apoyo emocional y, si es necesario, serán remitidos con el servicio de medicina general de la UPA correspondiente para su respectiva atención y derivación con el profesional de psicología. Los pacientes no han presentado alteraciones.

- En favor de garantizar el principio de reciprocidad, se ha venido trabajando de manera conjunta con el equipo de salud del hospital objeto de estudio para realizar una actualización de las ayudas educativas con las que cuenta el programa de crónicos en relación con la hipertensión arterial. El propósito consiste en que pueda ser utilizado con los pacientes hipertensos para aportar a su proceso de educación en salud.

- En virtud de garantizar el principio de justicia, para las personas que fueron excluidas del estudio se está elaborando un material educativo de consulta que será dejado en cada una de las UPA. Este material contendrá información en lenguaje sencillo sobre la hipertensión arterial, signos de alarma, tratamiento farmacológico/no farmacológico y cuidados en casa.

3.12. Consideraciones ambientales

El impacto ambiental del estudio fue mínimo, pues se redujo al máximo la utilización de papel. Para la recolección de los datos, las encuestas fueron diligenciadas por la investigadora y los auxiliares de investigación en un ordenador mediante indagación simultánea a los participantes.

3. 13. Propiedad intelectual

Se tiene en cuenta lo contemplado en el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, por el cual se expide el reglamento sobre Propiedad Intelectual en la. En este sentido, la Universidad Nacional de Colombia será propietaria de los derechos patrimoniales de la obra científica producida, como parte de los compromisos académicos con la institución. En uso de los derechos patrimoniales, podrá con fines comerciales o no reproducir la obra o autorizar su reproducción, efectuar o autorizar la realización de traducciones, adaptaciones, arreglos o transformaciones, respetando los derechos morales de los autores y comunicar o autorizar la comunicación de las obras al público por cualquier medio conocido o por conocer. La calidad de autor sobre la obra literaria o artística que constituye el documento final de los trabajos de grado y

tesis la detenta el estudiante-investigador. El autor de esta investigación tiene el derecho moral, perenne, intransferible e ineludible a que sus nombres y título de la investigación se mencionen en toda la utilización que se haga de ella.

Para el uso del instrumento FANTASTICO, se contó con la previa autorización de los investigadores que hicieron la validación en Colombia (ver anexo F). Del mismo modo, para el uso del instrumento SF-36, se contó con una licencia otorgada por OPTUM, empresa de servicios de salud e innovación que maneja los derechos de autor del instrumento (ver anexo F).

4. Capítulo IV: Marco de análisis

Para el análisis de los datos obtenidos, se hizo uso de la estadística descriptiva. En el proceso de análisis se siguieron los siguientes pasos:

Depuración de la base de datos: Se revisó y verificó exhaustivamente la correcta digitación de la información en la base de datos con el fin de identificar valores atípicos, faltantes o perdidos (32).

Preparación de los datos: Antes de ingresar los datos obtenidos con los instrumentos FANTASTICO y SF-36 al paquete estadístico licenciado SPSSS versión 23.0 para su respectivo procesamiento, se tuvo que realizar la preparación de los datos, así: para el instrumento FANTASTICO, que evalúa los estilos de vida, se sumaron los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones, cuyo resultado se multiplicó por 2 para obtener la puntuación total; para el instrumento SF-36, que valora la calidad de vida relacionada con la salud, fue necesario codificar, agregar y transformar los ítems de cada dimensión, de modo que sus puntajes pudieron ser valorados en una escala con un rango de 0 a 100, donde 0 es el *peor* estado de salud y 100, el *mejor* estado.

Análisis descriptivo: Con el apoyo de la asesoría estadística, los datos, una vez organizados, se ingresaron al paquete estadístico licenciado SPSSS, versión 23,0.

5. Capítulo V: Resultados

En este capítulo se presentan los hallazgos de nuestro estudio. A continuación se caracterizan algunas variables sociodemográficas y se describen los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud que manifiestan los pacientes con hipertensión arterial grado I y que asisten a control a las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá. Lo anterior, a la luz de los instrumentos FANTASTICO y SF-36.

5.1. Caracterización sociodemográfica

En la Tabla 3 se observan las características sociodemográficas más relevantes del estudio, en cuanto al género, edad, nivel escolar, estado civil, ocupación y nivel económico.

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica

Variable *n* = 151	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Género		
Masculino	42	28%
Femenino	109	72%
Edad		
18-35 años	33	22%
36-59 años	118	78%
Escolaridad		
Primaria	75	50%
Secundaria	52	34%
Técnico	14	9%
Universidad	10	7%
Estado civil		
Soltero/a	17	11%
Casado/a	50	33%
Unión libre	84	56%
Ocupación		
Hogar	41	27%
Empleado/a	57	38%
Trabajo independiente	53	35%
Estrato socioeconómico		
Uno	42	28%
Dos	50	33%
Tres	59	39%
Cuatro	0	0%
Cinco	0	0%
Seis	0	0%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

5.2. Estilos de vida

Para la evaluación de los estilos de vida en pacientes con hipertensión arterial grado I, los resultados se describen en cinco categorías. Éstas fueron propuestas por los autores del instrumento de acuerdo con las puntuaciones totales, como se muestra en la Tabla 4.

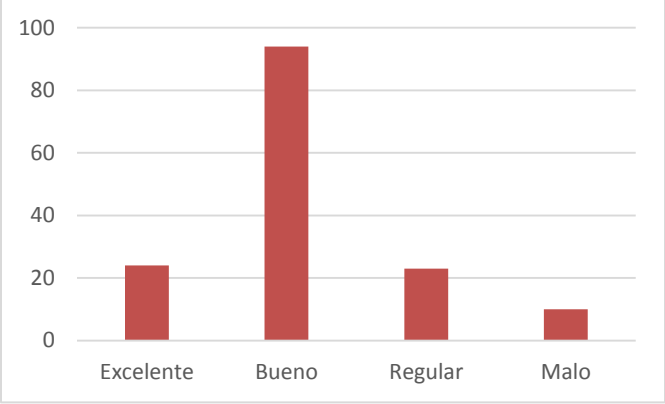
Tabla 4. Categorías del puntaje total del estilo de vida

Categoría	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Excelente	85	100
Bueno	70	84
Regular	60	69
Malo	40	59
Existe peligro	< 39	

Fuente: Wilson DM, Ciliska D. Life style assessment: development and use of the FANTASTIC checklist.1984

Así, la Gráfica 1 y la Tabla 5 permiten observar los hallazgos obtenidos con respecto a la distribución porcentual de los estilos de vida.

Gráfica 1. Distribución porcentual estilos de vida



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 5 . Distribución porcentual estilos de vida

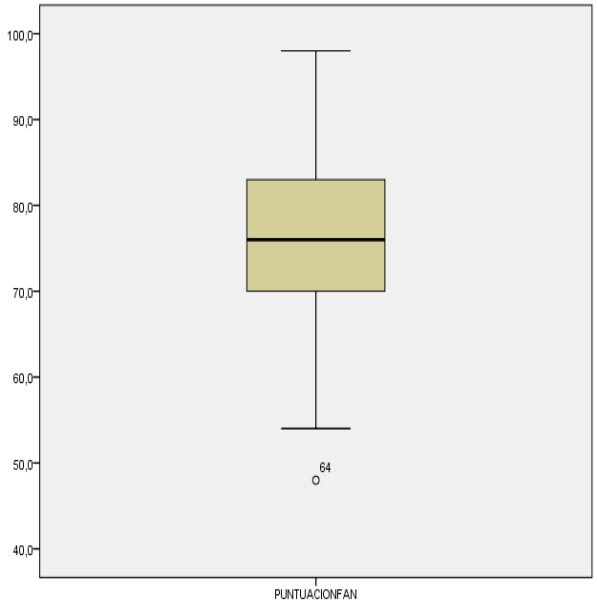
Categoría	Total	Porcentaje
Excelente	24	16%
Bueno	94	62,2%
Regular	23	15,2%

Malo	10	6,6%
Total	151	100%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Se identificó que 94 (62,2%) de los pacientes hipertensos encuestados presentó buenos estilos de vida: 24 (16%), excelentes, 23 (15,2%), regulares; y 10 (6,6%), malos. Se utilizaron las medidas de tendencia central (media y mediana), medidas de dispersión (desviación estándar) y las medidas de posición (percentiles) para el análisis de los datos. La Gráfica 2 y Tabla 6 permiten identificar los resultados en relación con la puntuación de los estilos de vida y la arrojada por el instrumento FANTASTICO.

Gráfica 2. Puntuación total estilos de vida



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 6. Puntuación del instrumento FANTASTICO

Puntuación FANTÁSTICO	
Número total de encuestados	151
Media	75,457
Mediana	76
Desviación Estándar (DE)	9,5581
Mínimo	48

Máximo		98
Percentiles	25	70
	50	76

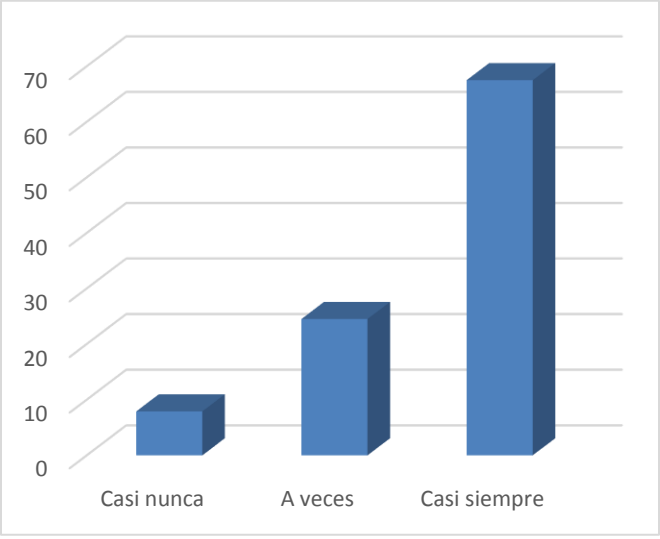
Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

La puntuación promedio obtenida con el instrumento FANTASTICO fue de 75,4, lo cual indica *buenos* estilos de vida en los pacientes participantes del estudio. La mediana y el percentil 50 fue 76, en las cuales la mitad de los pacientes presentan *excelentes* y *buenos* estilos de vida y la otra mitad, *buenos*, *regulares* y *malos*. El percentil 25 reveló que el 25% de los pacientes participantes obtuvo una puntuación menor o igual a 70 y el 75%, una puntuación mayor o igual. Los estilos de vida en este percentil fueron *buenos* y *excelentes*. La puntación total obtenida varía entre 85 y 66, lo cual señala estilos de vida *excelentes*, *buenos* y *regulares*, arrojados por una desviación estándar (DE) de 9,5. Tan sólo un paciente obtuvo una puntuación total de 48, es decir: que su estilo de vida representa un gran riesgo para su salud.

Para cada una de las dimensiones del cuestionario FANTASTICO, las gráficas 3 a 42 y las tablas 7 a 45 que se presentan continuación permiten identificar los estilos de vida de los pacientes encuestados en torno a *Familia y amigos*, *Actividad física*, *Nutrición*, *Tabaco*, *Alcohol*, *Sueño y estrés*, *Tipo de personalidad*, *Introspección*, *Conducción y trabajo* y *Otras drogas*.

5.2.1. Familia y amigos

Gráfica 3. Tener con quien hablar



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

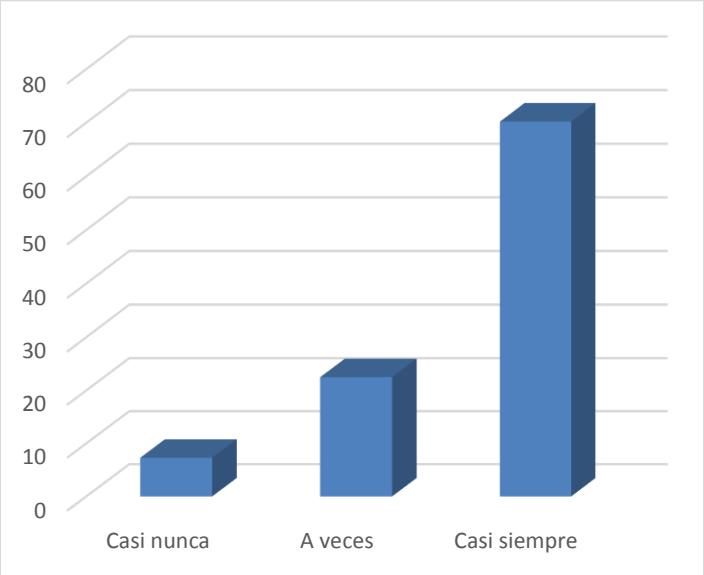
Tabla 7. Tener con quien hablar

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	12	7,9%
A veces	37	24,5%
Casi siempre	102	67,5%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

De acuerdo con la Gráfica 3 y la Tabla 7, 102 de los participantes del estudio (67,5%) afirmaron que *casi siempre* tienen con quien hablar sobre las asuntos que para ellos revisten importancia, mientras que 37 (24,5%) afirmó que *a veces* y sólo 12, (7,9%) que *casi nunca*.

Gráfica 4. Dar y recibir cariño



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

Tabla 8. Dar y recibir cariño

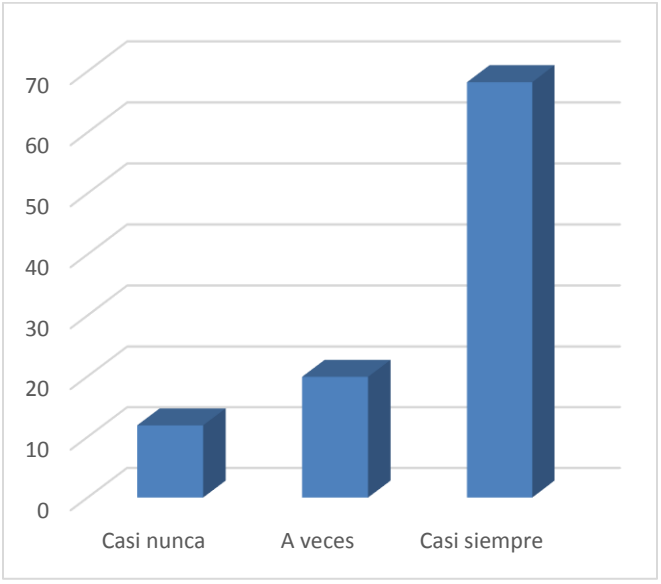
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	11	7,3%
A veces	34	22,5%
Casi siempre	106	70,2%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En la Gráfica 4 y la Tabla 8 se puede observar que 106 de los encuestados (70,2%) informó que *casi siempre* da y recibe cariño; 34 participantes (22,5%) informaron que *algunas veces* y 11 (7,3%), que *casi nunca*.

5.2.2. Actividad física

Gráfica 5. Actividad física



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

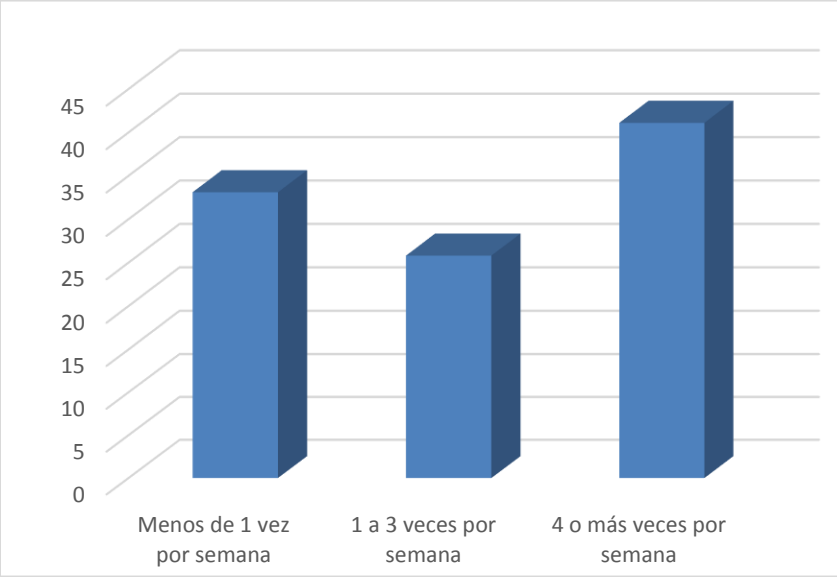
Tabla 9. Actividad física

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	18	11,9%
A veces	30	19,9%
Casi siempre	103	68,2%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En cuanto a la actividad física, la Gráfica 5 y la Tabla 9 muestran que 103 de los pacientes indagados (68,2%) respondieron que *casi siempre* realizan ejercicios como caminar, subir escaleras, trabajar en la casa o arreglar el jardín, mientras que 30 (19,9%) afirmaron que *a veces* y 18, (11,9%) que *casi nunca*.

Gráfica 6. Frecuencia de la actividad física



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 10. Frecuencia de la actividad física

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 vez por semana	50	33,1%
1 a 3 veces por semana	39	25,8%
4 o más veces por semana	62	41,1%
Total	**151**	**100%**

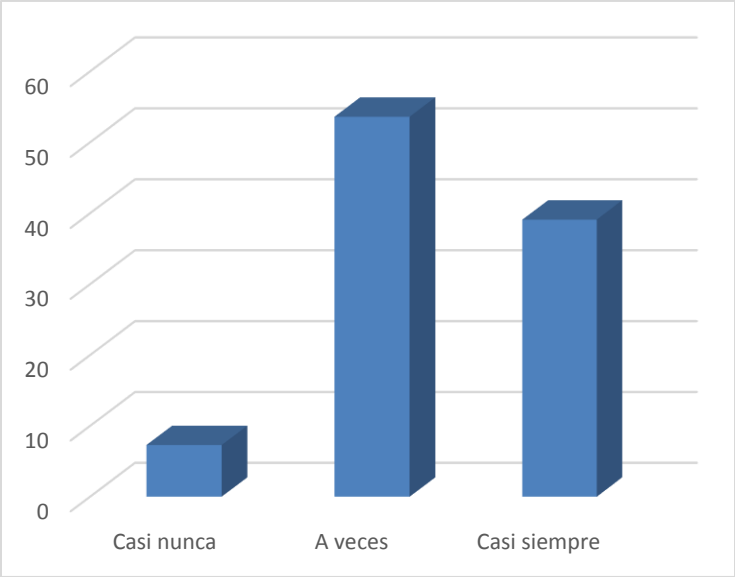
Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Como se puede inferir de la Gráfica 6 y la Tabla 10, el 41,1% de los encuestados reportó que practica ejercicio de forma activa por lo menos durante veinte minutos, con actividades como correr, andar

en bicicleta o caminar rápido, cuatro o más veces por semana; así mismo, el 331% realiza ejercicio menos de una vez por semana y el 25,8%, entre una y tres veces.

5.2.3. Nutrición

Gráfica 7. Alimentación balanceada



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

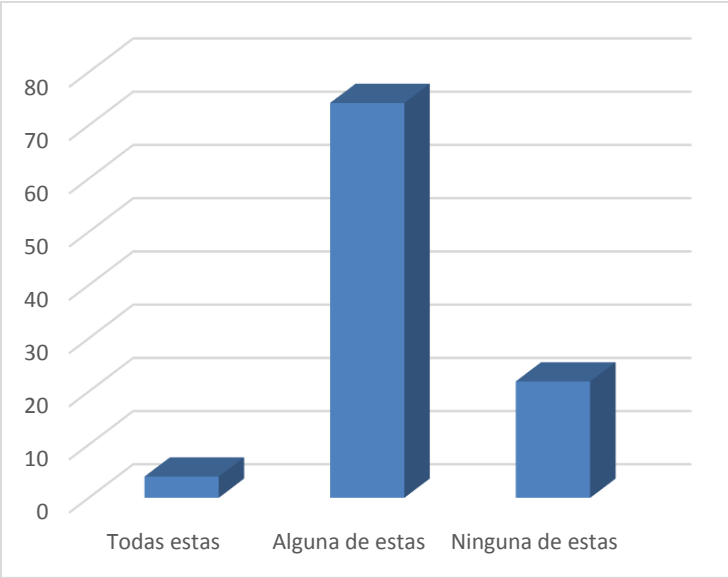
Tabla 11. Alimentación balanceada

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	11	7,3%
A veces	81	53,6%
Casi siempre	**59**	**39,1%**
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En relación con la nutrición, el 53,6% de los participantes del estudio, es decir 81, señaló que su alimentación *a veces* es balanceada, mientras que el 39,1%, es decir 59 participantes, señaló que *casi siempre* y 7,3%, 11, que *casi nunca* (ver Gráfica 7 y Tabla 11).

Gráfica 8. Consumo excesivo de azúcar, sal, comida “chatarra” o con exceso de grasa



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

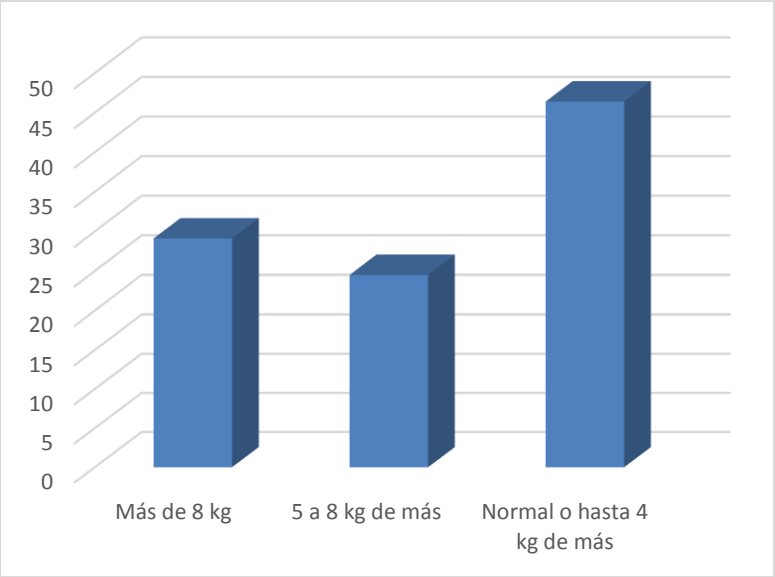
Tabla 12. Consumo excesivo de azúcar, sal, comida chatarra o con mucha grasa

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Todas estas	6	4%
Alguna de éstas	112	74,2%
Ninguna de éstas	33	21,9%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Al indagar si los pacientes objeto de estudio consumen a menudo azúcar, sal, comida “chatarra” o con mucha grasa, la Gráfica 8 y la Tabla 12 nos muestra que el 74,2% de los participantes dijo que consumía *alguna de éstas*, mientras que el 21,9% dijo que *ninguna de éstas*, y el 4%, que *todas de éstas*.

Gráfica 9. Peso



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 13. Peso

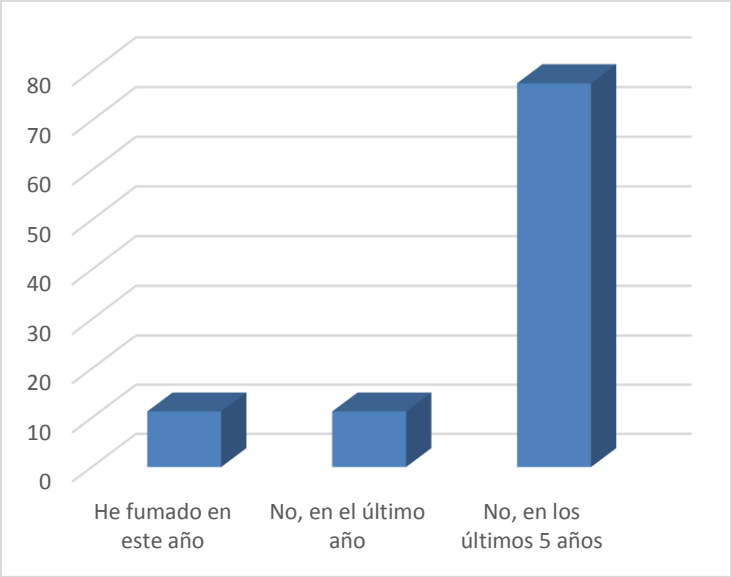
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Más de 8 kg	44	29,1%
5 a 8 kg de más	37	24,5%
Normal o hasta 4 kg de más	70	46,4%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Luego de preguntarles a los participantes del estudio si estaban pasados del peso ideal en kg, 70 de ellos (464%) contestó que su peso es normal o que tenían hasta 4 kg de más, 44 de los encuestados (29,1%), que tenían más de 8 kg de sobrepeso y 37, (24,5%), entre 5 y 8 kg de más (ver Gráfica 9 y Tabla 13).

5.2.4. Tabaco

Gráfica 10. Fumar



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

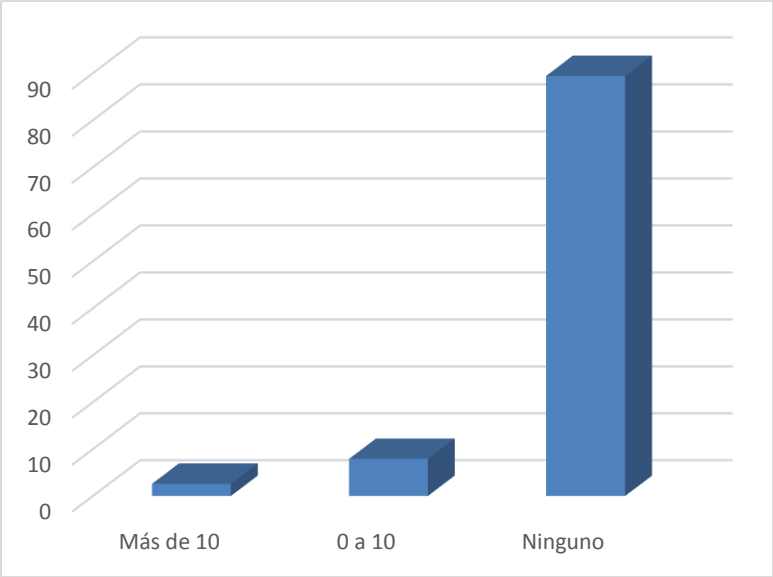
Tabla 13. Fumar

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
He fumado en este año	17	11,3%
No, en el último año	17	11,3%
No, en los últimos 5 años	117	77,5%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En lo que se refiere al consumo de tabaco, en la Gráfica 10 y la Tabla 13 se puede observar que el 77,5% de los pacientes hipertensos estudiados indicaron no haber fumado cigarrillo en los últimos cinco años; mientras que el 11,3% afirmó no haber fumado en el último año y el 11,3%, no haber fumado en presente año.

Gráfica 11. Número de cigarrillos al día



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 14.Número de cigarrillos al día

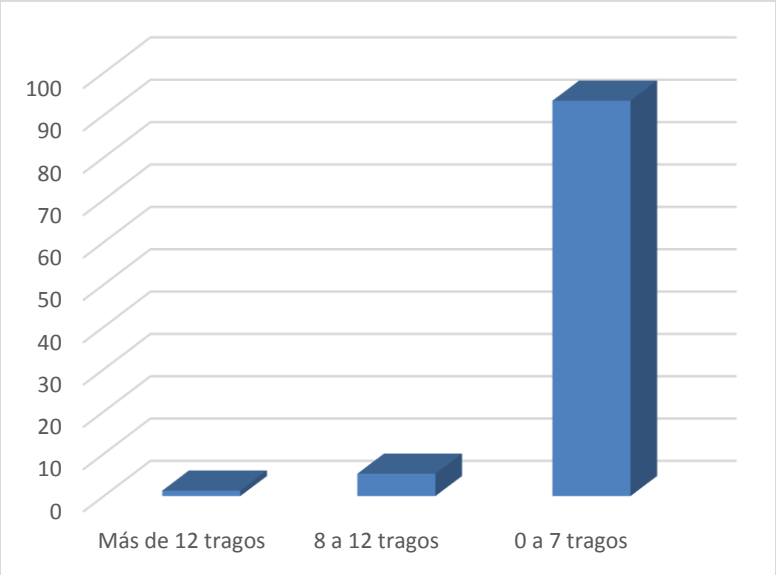
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Más de 10	4	2,6%
0 a 10	12	7,9%
Ninguno	135	89,4%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Del mismo modo, a los pacientes se les indagó por el número de cigarrillos que fuman al día, a lo cual, como indican la Gráfica 11 y la Tabla 14, el 89,4%, o sea, 135, pacientes, respondió que *ninguno*; mientras que 7,9%, es decir, 12 pacientes, contestó que fumaba entre 0 y 10 cigarrillos y el 2,6%, 4 pacientes, que fumaba más 10 cigarrillos al día.

5.2.5. Alcohol

Gráfica 12. Consumo de alcohol



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

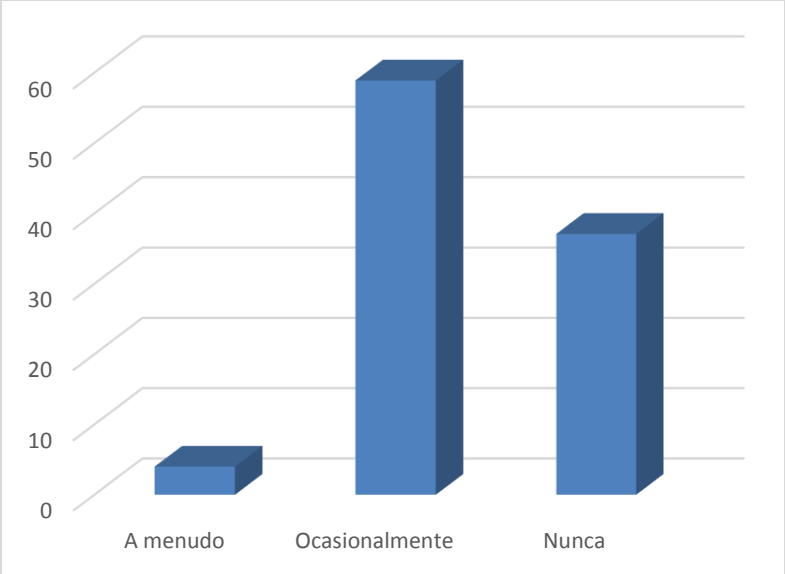
Tabla 15. Consumo de alcohol

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Más de 12 tragos	2	1,3%
8 a 12 tragos	8	5,3%
0 a 7 tragos	141	93,4%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En cuanto al consumo de alcohol, 141 participantes del estudio (93,4%) afirmaron que el número promedio de tragos ingeridos por ellos a la semana está entre 0 y 7 tragos; mientras que 8 de los indagados (5,3%) respondió que bebía entre 8 y 12 tragos y 2 de ellos (1,3%), más de 12 tragos (ver Gráfica 12 y Tabla 15).

Gráfica 13. Frecuencia de consumo de alcohol



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

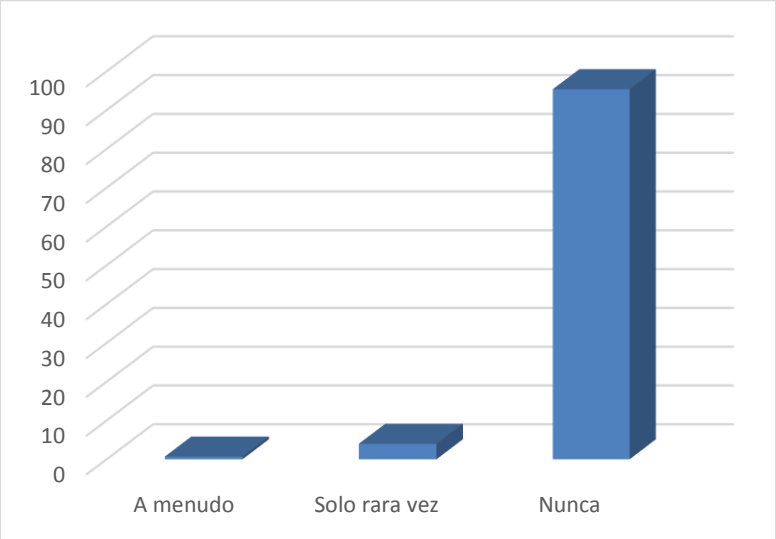
Tabla 16. Frecuencia de consumo de alcohol

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	6	4%
Ocasionalmente	89	58,9%
Nunca	56	37,1%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Así mismo, se les preguntó a los encuestados sobre cuán frecuente consumían alcohol, a partir de lo cual el 58,9% respondió que consumían *ocasionalmente* más de cuatro tragos en una misma ocasión; mientras que el 37,1% afirmó que *nunca* y el 4% que lo hacía *a menudo*, datos que se pueden corroborar en la Gráfica 13 y la Tabla 16.

Gráfica 14. Conducir luego de beber alcohol



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 17. Conducir luego de beber alcohol

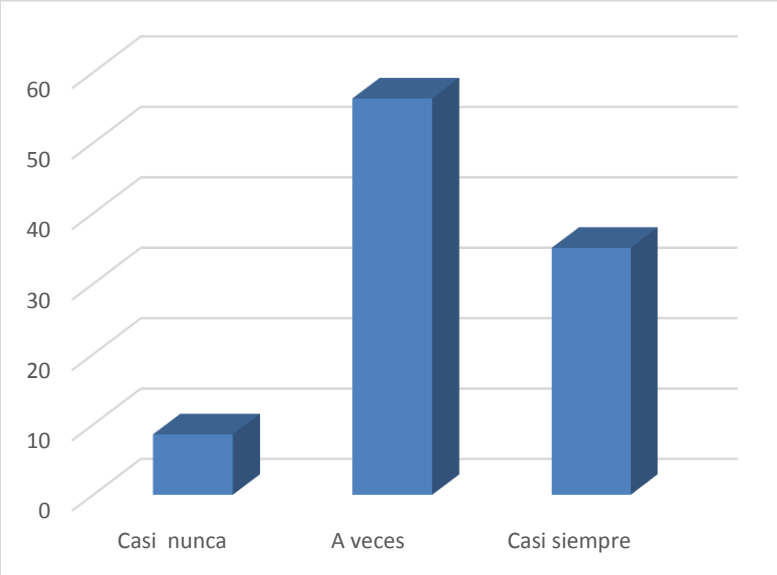
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	1	0,7%
Solo rara vez	6	4%
Nunca	144	95,4%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Cabe aclarar que, con respecto a esta pregunta, la mayoría de pacientes no poseía un automóvil al momento de diligenciar la encuesta. Sin embargo, se consideró describir los resultados, pese a lo anterior, así (ver Gráfica 14 y Tabla 17): el 95,4% de los participantes del estudio, es decir, 144 pacientes, afirman que *nunca* conduce su auto después de haber bebido alcohol; mientras que el 4%, o sea 6 participantes, dicen que sólo rara vez lo hacen y el 0,7%, 1 paciente, lo hace *a menudo*.

5.2.6. Sueño y estrés

Gráfica 15. Dormir bien y sentirse descansado



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

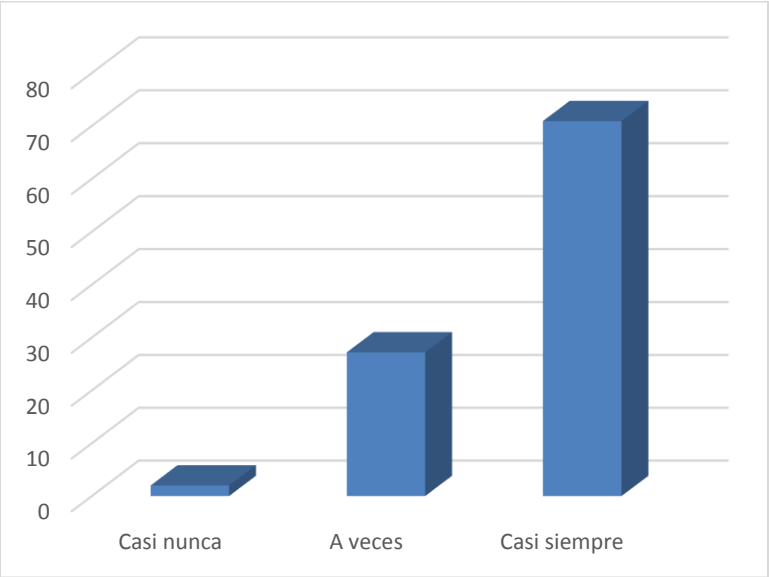
Tabla 18. Dormir bien y sentirse descansado

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	13	8,6%
A veces	85	56,3%
Casi siempre	53	35,1%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En lo que se refiere al sueño y al estrés de los encuestados, 85 participantes (56,3%) reportó que *a veces* duermen bien pero se sienten descansados; mientras que 53 de los pacientes estudiados (35,1%) respondió que *casi siempre* y sólo 13 (8,6%), que *casi nunca*.

Gráfica 16. Sentirse capaz de manejar el estrés



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

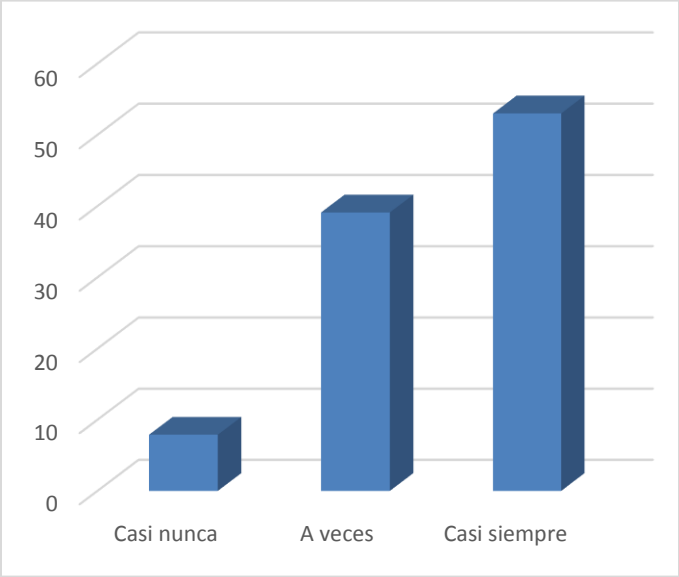
Tabla 19. Sentirse capaz de manejar el estrés

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	3	2%
A veces	41	27,2%
Casi siempre	107	70,9%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En el mismo sentido, el 70,9% indicó que *casi siempre* se sienten capaz de manejar el estrés y la tensión que se produce en sus vidas; mientras que el 27,2% afirmó que *a veces* y el 2% que *casi nunca*. (ver Gráfica 16 y Tabla 19).

Gráfica 17. Relajarse y disfrutar del tiempo libre



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 20. Relajarse y disfrutar del tiempo libre

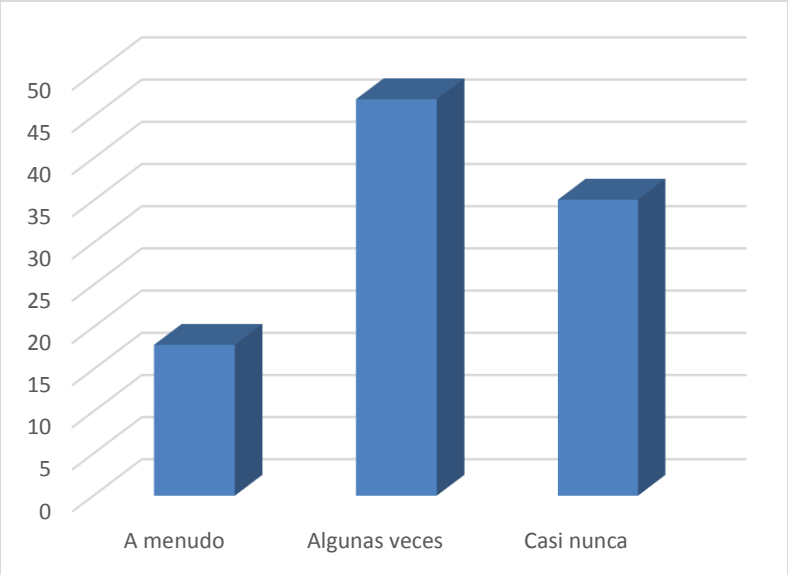
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	12	7,9%
A veces	59	39,1%
Casi siempre	80	53%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Como se puede observar en la Gráfica 17 y en la Tabla 20, el 53% de los encuestados, es decir, 80 pacientes, manifestó que *casi siempre* se relajan y disfrutan del tiempo libre; mientras que el 39,1%, o sea, 59 pacientes, afirmó que *a veces* y el 7,9%, 12 pacientes, que *casi nunca*.

5.2.7. Tipo de personalidad

Gráfica 18. Andar acelerado



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

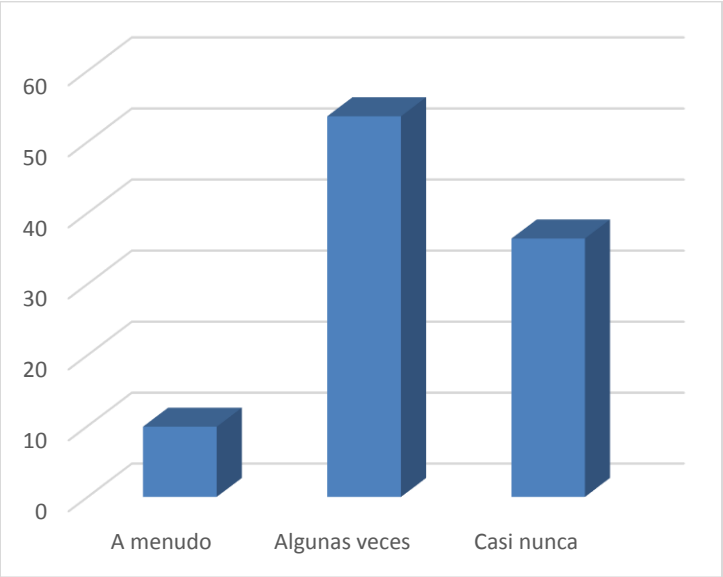
Tabla 21. Andar acelerado

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	27	17,9%
Algunas veces	71	47%
Casi nunca	53	35,1%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

De acuerdo con el tipo de personalidad de los participantes de nuestro estudio, 71 pacientes (47%) contestó que *algunas veces* andan acelerados; mientras que 53 (35,1%) respondieron que *casi nunca* y 27 (17,9%), que *a menudo* (ver Gráfica 18 y Tabla 21).

Gráfica 19. Sentirse enojado o agresivo



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 22. Sentirse enojado o agresivo

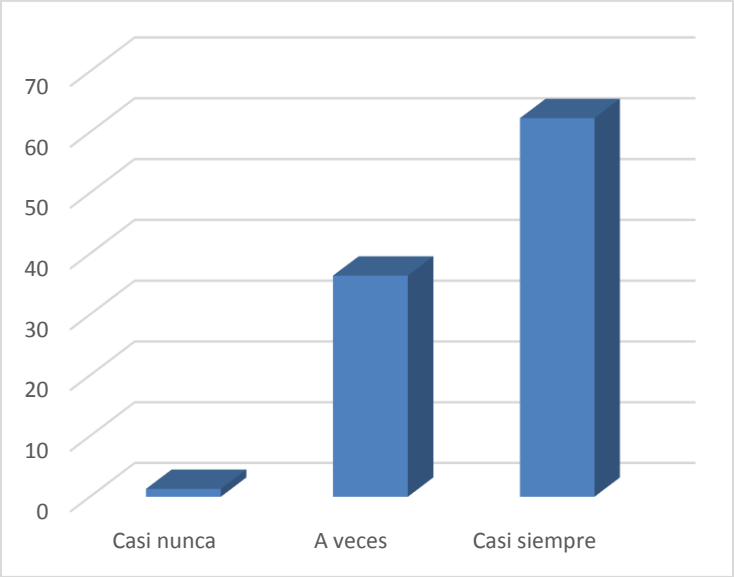
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	15	9,9%
Algunas veces	81	53,6%
Casi nunca	55	36,4%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Así mismo, la Gráfica 19 y la Tabla 22 muestra que el 53,6% de los indagados señalaron que *algunas veces* se sienten enojados o agresivos; mientras que el 36,4% afirmaron que *casi nunca* y el 9,9% que se sienten así *a menudo*.

5.2.8. Introspección

Gráfica 20. Optimismo



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

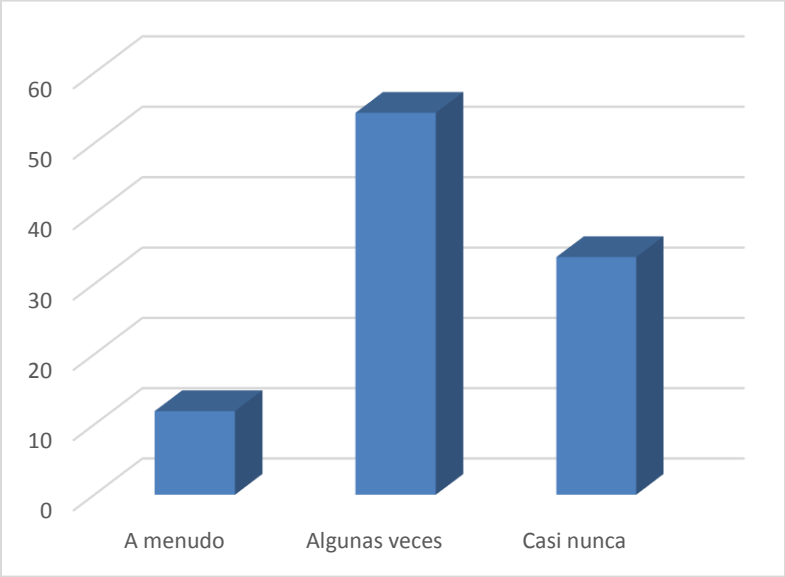
Tabla 23.Optimismo

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	2	1,3%
A veces	55	36,4%
Casi siempre	94	62,3%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En cuanto a la introspección de los pacientes hipertensos encuestados en la investigación, el 62,3%, es decir, 94 participantes, informaron que *casi siempre* piensan positivamente o son optimistas; mientras que el 36,4%, o sea, 55 pacientes, manifestaron que *a veces* son optimistas y el 1,3%, 2 pacientes, dijo que *casi nunca*. (ver Gráfica 20 y Tabla 23).

Gráfica 21. Sentirse tenso



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

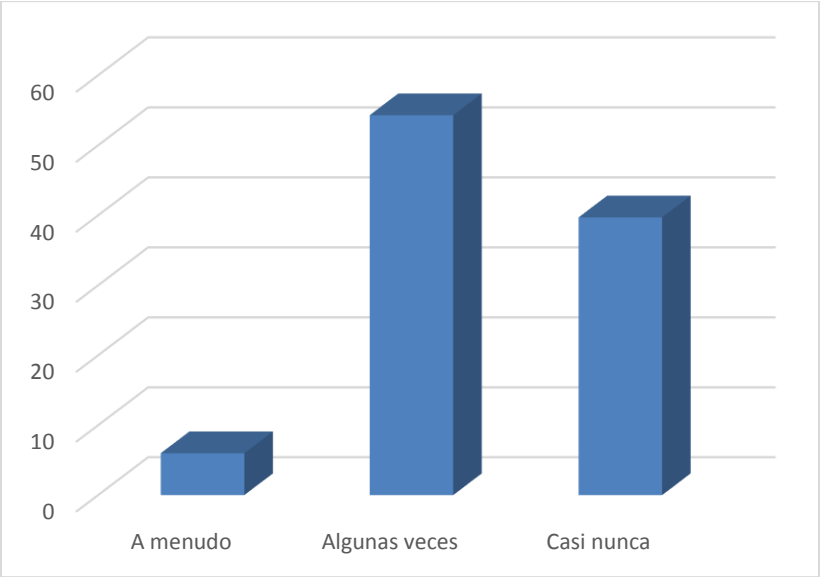
Tabla 24. Sentirse tenso

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	18	11,9%
Algunas veces	82	54,3%
Casi nunca	51	33,8%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Siguiendo con el comportamiento sobre la introspección, 82 participantes (54,3%) indicaron que *algunas veces* se han sentido tensos; mientras que 51 participantes (33,8%) afirmaron que *casi nunca* sentían tensión y 18 (11,9%) informaron que *a menudo*. (ver Gráfica 21 y Tabla 24).

Gráfica 22. Sentirse deprimido o triste



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 25. Sentirse deprimido o triste

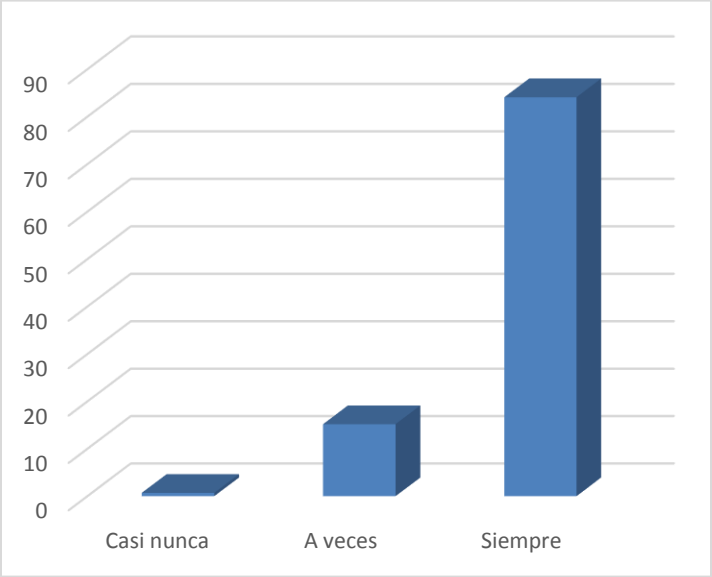
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	9	6%
Algunas veces	82	54,3%
Casi nunca	60	39,7%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Del mismo modo, el 54,3% de los encuestados reportaron que *algunas veces* se han sentido deprimidos o tristes; mientras que el 39,7% dijeron que *casi nunca* y el 6% que se sentían deprimidos o tristes *a menudo*. (ver Gráfica 22 y Tabla 25).

5.2.9. Conducción/trabajo

Gráfica 23. Uso del cinturón de seguridad



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

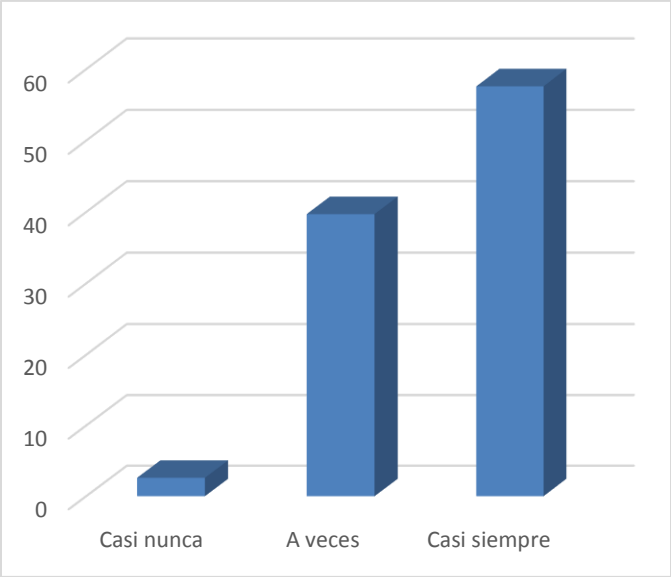
Tabla 26. Uso del cinturón de seguridad

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	1	0,7%
A veces	23	15,2%
Siempre	127	84,1%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Con respecto a la seguridad al momento de la conducir, el 84,1% de los participantes del estudio, es decir, 127 encuestados afirmaron que *siempre* usan el uso del cinturón de seguridad; mientras que el 15,2%, es decir, 23 pacientes, contestaron que sólo *a veces* lo usan y únicamente el 0,7%, o sea 1 participante, dijo que *casi nunca*. (ver Gráfica 23 y Tabla 26).

Gráfica 24. Satisfacción con el trabajo



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 27. Satisfacción con el trabajo

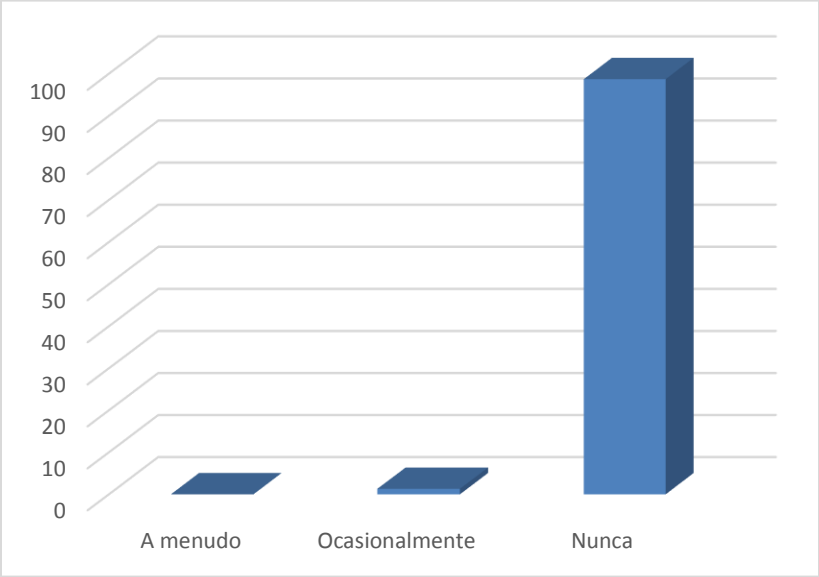
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	4	2,6%
A veces	60	39,7%
Casi siempre	87	57,6%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Así mismo se les indagó a los participantes del estudio sobre la satisfacción que sienten en las actividades laborales, a lo cual, como se observa en la Gráfica 24 y la Tabla 27, 87 pacientes (57,6%) contestó que *casi siempre* se sienten satisfechos con su trabajo; mientras que 60 participantes (39,7%) afirmó que *algunas veces* y sólo 4 (2,6%) que *casi nunca* se sentían satisfechos con el trabajo.

5.2.10. Otras drogas

Gráfica 25. Consumo de drogas



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

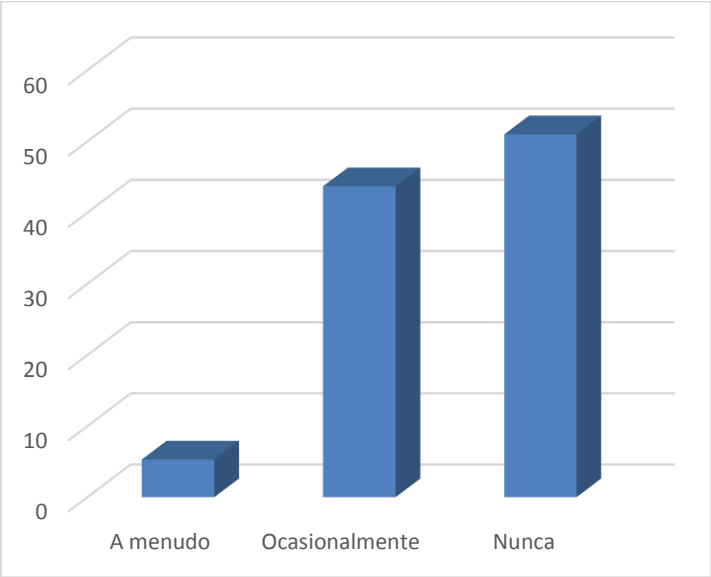
Tabla 28. Consumo de drogas

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	0	0%
Ocasionalmente	2	1,3%
Nunca	149	98,7%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

De acuerdo con el posible consumo de otras drogas se les indagó a los participantes del estudio si solían consumir sustancias psicoactivas luego de lo cual, como se infiere de la Gráfica 25 y la Tabla 28, el 98,7% de los encuestados, es decir, 149 participantes, manifestó que *nunca* ha usado drogas como marihuana o cocaína; mientras que el 1,3%, o sea, 2 pacientes, afirmó haberlas consumido *ocasionalmente* y ninguno de los participantes admitió que lo hiciera *a menudo*.

Gráfica 26. Automedicación



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

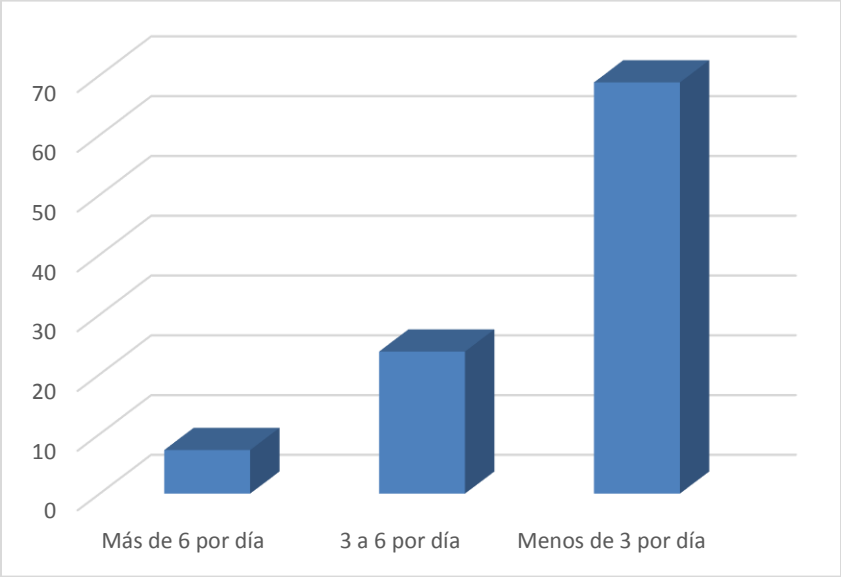
Tabla 29. Automedicación

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
A menudo	8	5,3%
Ocasionalmente	66	43,7%
Nunca	77	51%
Total	**151**	**100%**

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

En la misma línea sobre el consumo de otras drogas, 77 participantes de nuestro estudio (51%) informaron que *nunca* han usado excesivamente los medicamentos que el médico les prescribe o los que pueden obtener sin receta médica; mientras que 66 pacientes (43,7%) afirmaron que lo hacían *ocasionalmente* y sólo 8 participantes (5,3%) dijeron que lo hacían *a menudo* (ver Gráfica 26 y Tabla 29).

Gráfica 27. Consumo de bebidas con cafeína



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 30. Consumo de bebidas con cafeína

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Más de 6 al día	11	7,3%
3 a 6 al día	36	23,8%
Menos de 3 al día	104	68,8%
Total	**151**	**100%**

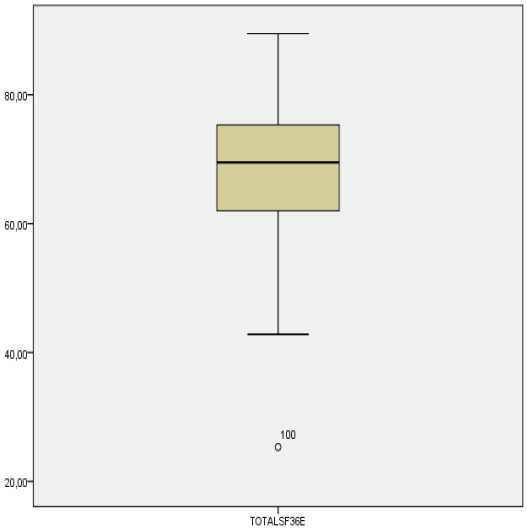
Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Continuando con la indagación sobre el consumo de otras sustancias, la Gráfica 27 y la Tabla 30 revelan que el 68,8% de los pacientes encuestados, es decir, 104 participantes, señalaron que suelen beber café, té o bebidas tipo cola que contienen cafeína *menos de tres veces al día*; mientras que el (23,8%), o sea, 36 participantes, advirtieron que lo hacían entre *tres y seis veces al día* y 11 pacientes (7,3%) dijeron que lo hacían *más de seis veces diarias*.

5.3. Calidad de vida relacionada con la salud

Las puntuaciones obtenidas mediante el instrumento SF-36 permiten concluir que los pacientes con hipertensión arterial grado I revelan una calidad de vida *buena*. La Gráfica 28 y Tabla 31, que se presentan a continuación muestran las puntuaciones generales que presentaron los pacientes encuestados:

Gráfica 28. Puntuación total del instrumento SF-36



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Tabla 31. Puntuación total del instrumento SF-36

Puntuación total SF-36		
Total encuestados	151	
Media	68,4349	
Mediana	69,5	
Desviación Estándar	10,81116	
Mínimo	25,33	
Máximo	89,5	
Percentiles	25	62
	50	69,5

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

De acuerdo con los datos anteriores, se puede concluir que la puntuación promedio obtenida fue de 68,4, lo cual indica que los pacientes revelan una calidad de vida relacionada con la salud *buena*. Del mismo modo, la mediana y el percentil 50 señalan que el 50% de los pacientes obtuvo una puntuación mayor o igual a 69,5; mientras que la otra mitad obtuvo una puntuación menor o igual.

Así mismo, la mitad de los pacientes encuestados presentaron niveles de calidad de vida relacionada con la salud adecuados; mientras que la mitad restante presentaron niveles más bajos.

Por otra parte, el percentil 25 indica que el 25% de los pacientes del estudio obtuvo una puntuación menor o igual a 62; mientras que el 75%, una puntuación mayor o igual a 75. Es decir: la calidad de vida relacionada con la salud de la mayoría de los pacientes encuestados es *buena*. Así mismo, la puntación total obtenida varía entre 58 y 79,2 puntos, con una desviación estándar (DE) de 10,8, lo cual demuestra que los pacientes encuestados revelan una calidad de vida relacionada con la salud buena. Por último, es evidente que tan sólo 1 paciente obtuvo una puntuación total de 25, lo quiere decir que su nivel de calidad de vida relacionada con la salud fue *muy bajo*.

5.3.1. Dimensiones físicas

Los dominios que valora el cuestionario SF-36 se clasifican en dimensiones físicas y dimensiones psicosociales. En este sentido, las tablas 32 a 46 y gráficas 29 a 42 que se presentan a continuación exhiben los hallazgos de la presente investigación.

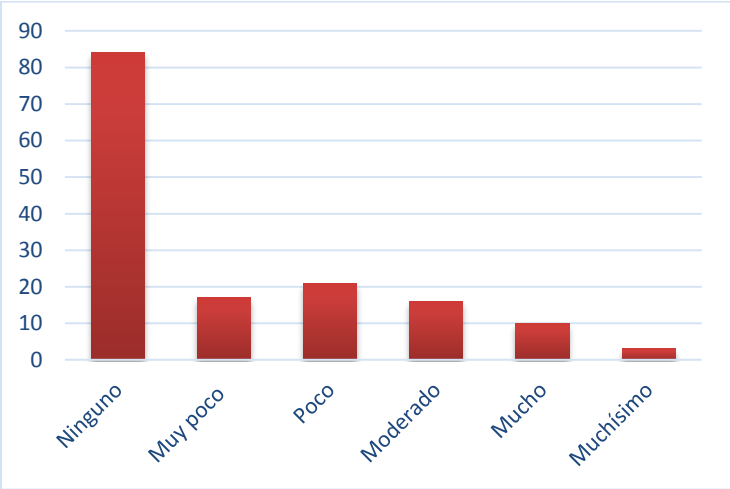
Dolor

Tabla 32. Intensidad del dolor

	Intensidad del dolor físico					
	Ninguno	*Muy poco*	*Poco*	*Moderado*	*Mucho*	*Muchísimo*
	84	17	21	16	10	3
Porcentaje	56%	11%	14%	11%	7%	1%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 29. Intensidad del dolor



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

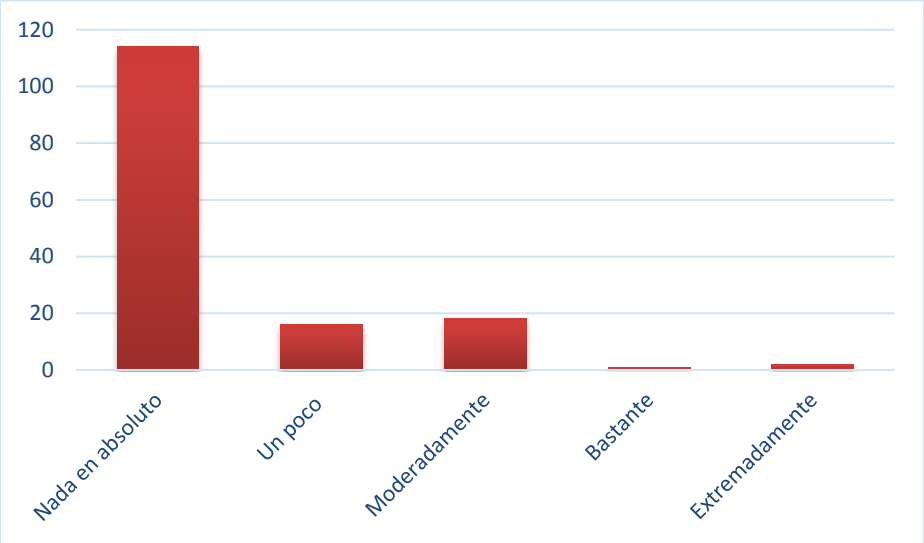
En cuanto a la intensidad del dolor, durante las últimas cuatro semanas, el 56% de los participantes del estudio, es decir, 84 pacientes, no sintieron *ningún* dolor; el 14%, es decir, 21, sintieron *poco* dolor; el 11%, o sea, 17, sintieron *muy poco* dolor; el 11%, 16 pacientes, sintieron un dolor *moderado*; el 7% ,10, *mucho*; y el 1%, 3, *muchísimo* (ver Tabla 32 y Gráfica 29).

Tabla 33. Interferencia del dolor

	Interferencia del dolor físico				
	Nada en absoluto	*Un poco*	*Moderadamente*	*Bastante*	*Extremadamente*
	114	16	18	1	2
Porcentaje	75,4%	10,5%	12%	0,7%	1,32%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 30. Interferencia del dolor



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Así mismo, la Tabla 33 y la Gráfica 30 muestran que el 75,4% de los encuestados en nuestro estudio afirmaron que el dolor no hubo dificultado *en absoluto* su trabajo normal —incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las actividades domésticas—; el 12% respondieron que el dolor les dificultó el trabajo *moderadamente*; el 10,5%, que lo hacía *poco*; el 1,32%, que *extremadamente*; y el 0,7%, que *bastante*.

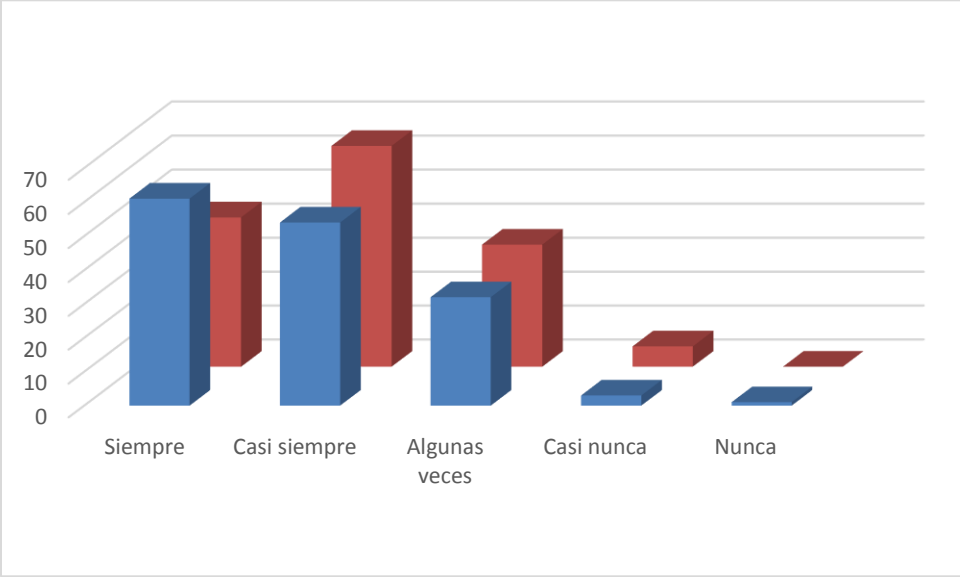
Vitalidad

Tabla 34. Vitalidad

	Sentirse lleno de vitalidad/Tener mucha energía				
	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Casi nunca*	*Nunca*
	61	54	32	3	1
Porcentaje	40,3%	36%	21,1%	2%	0,6%
	44	65	36	6	0
Porcentaje	29%	43%	24%	4%	0%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 31. Vitalidad



Color azul: *Sentirse lleno de vitalidad*. Color rojo: *Tener mucha energía*

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

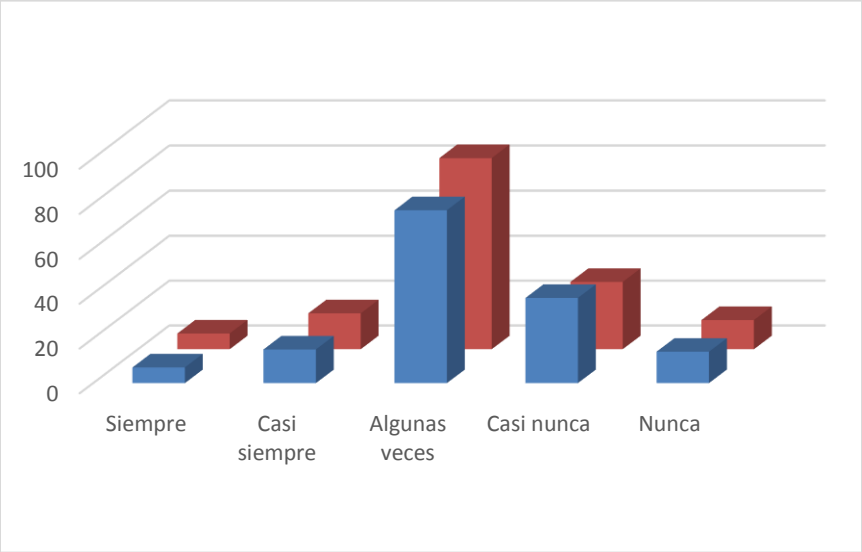
En lo que se refiere al la dimensión *Viltalidad*, en la Tabla 34 y la Gráfica 31 se puede observar que el 61 participantes del estudio (40,3%) contestaron que *siempre* se habían sentido llenos de vitalidad; 30 participantes 36% respondieron que *casi siempre* se sentían llenos de vitalidad; 32 (21,1%) afirmaron que *algunas veces*; 3 (2%) que *casi nunca*; y sólo 1 (0,6%) que *nunca*. En cuanto a *Tener mucha energía*, 65 de los pacientes encuestados (43%) manifestó que *casi siempre* han tenido muchan energia; 44 (29%) afirmaron que *siempre* la han tenido; 36 (24%), que *algunas veces* y 6 (4%), que *casi nunca*.

Tabla 35. Sentirse agotado y sentirse cansado

	Sentirse agotado y sentirse cansado				
	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Casi nunca*	*Nunca*
	7	15	77	38	14
Porcentaje	4,6%	10%	51%	25%	9,2%
	7	16	85	30	13
Porcentaje	4,6%	10,5%	56,2%	20%	8,6%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 32. Sentirse agotado y cansado



Color azul: *Sentirse agotado*. Color rojo: *Sentirse cansando*.

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

De acuerdo con la misma dimensión, *Vitalidad*, la Tabla 35 y la Gráfica 32 muestran que el 51% de los participantes del estudio manifestaron que *algunas veces* se habían sentido agotados; el 25% respondieron que *casi nunca*; el 10% dijeron que casi siempre se habían sentido agotados: el 9,2%, que *nunca*; y 4,6% de los participantes, que *siempre*. Así mismo, el 56,2% de los pacientes afirmó que *algunas veces* se habían sentido cansados, el 20%, manifestaron que casi nunca se habían sentido cansados; el 10,5% dijo que *casi siempre*; el 8,6%, que *nunca*; y el 4,6%, que *siempre*.

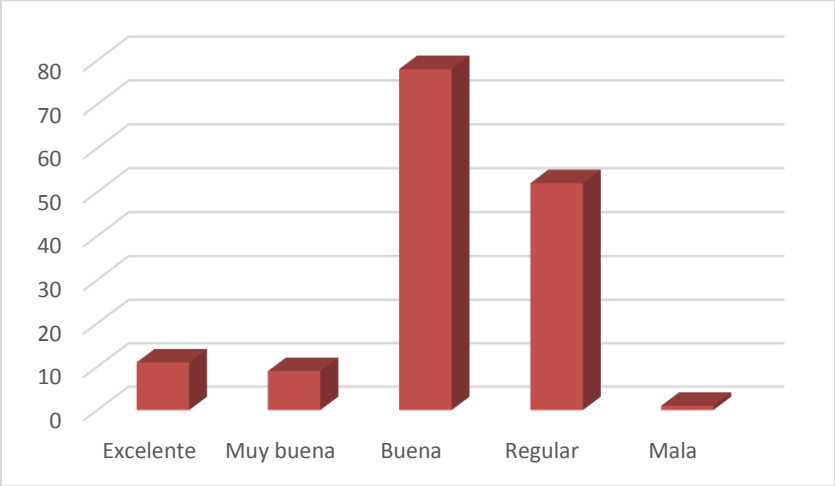
Salud general

Tabla 36. Salud general

	Su salud es				
	Excelente	*Muy buena*	*Buena*	*Regular*	*Mala*
	11	9	78	52	1
Porcentaje	7,3%	6%	52%	34%	0,7%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 33. Salud general



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

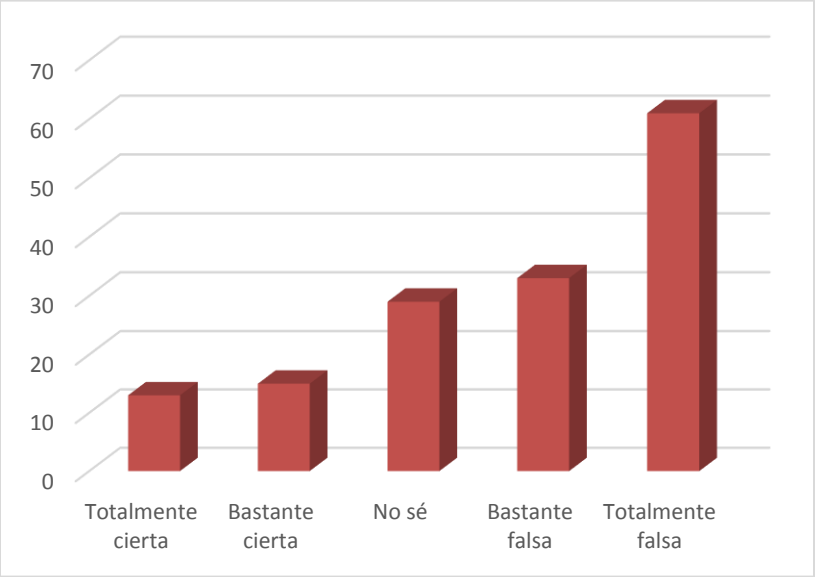
En lo que se refiere a la dimensión *Salud general*, al indagar con los encuestados sobre su percpeción de este conpcepto, se encontró que el 52% de los participantes, es decir, 78 pacientes, indicaron que su salud es *buena*; el 34%, o sea, 52 pacientes, expresaron que su salud es *regular*; el 7,3%, 11 participantes, afirmó que su salud es *excelente*; el 6%, 9 pacientes dijo que *muy buena*; y 0,7%, es decir sólo 1 paciente, afirmó que su saud es *mala* (ver Tabla 36 y Gráfica 33).

Tabla 37. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas

	Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas				
	Totalmente cierta	*Bastante cierta*	*No sé*	*Bastante falsa*	*Totalmente falsa*
	13	15	29	33	61
Porcentaje	9%	10%	19%	22%	40%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 34. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

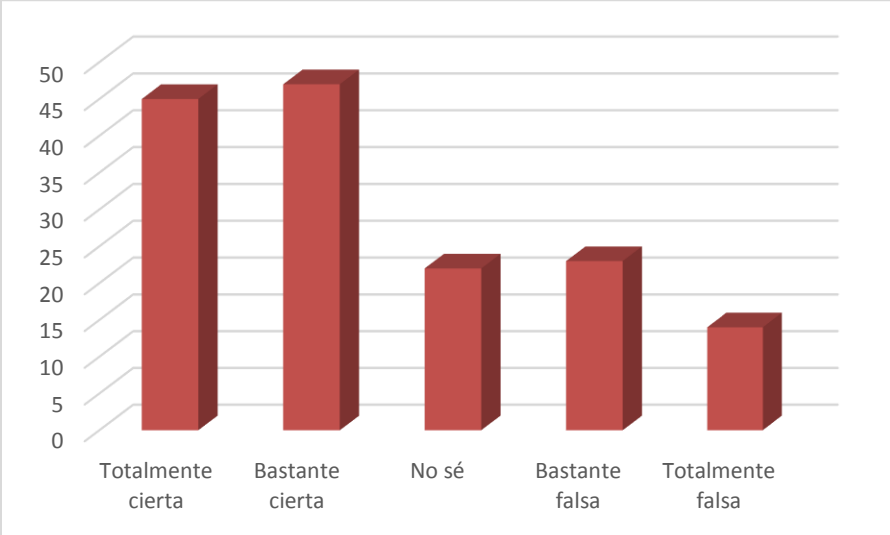
Bajo la misma perspectiva sobre la dimensión *Salud general*, la Tabla 37 y la Gráfica 34 revelan que el 40% de los participantes del estudio consideraron que es *totalmente falsa* la frase *Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas*; el 22% de los pacientes contestó que la frase es *bastante falsa*; el 19% respondieron "*no sé*"; el 10% afirmo que la frase es *bastante cierta* y el 9% consideró que es *totalmente cierta*.

Tabla 38. Estoy tan sano como cualquiera

	Estoy tan sano como cualquiera				
	Totalmente cierta	*Bastante cierta*	*No sé*	*Bastante falsa*	*Totalmente falsa*
	45	47	22	23	14
Porcentaje	30%	31%	14,5%	15,2%	9,3%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 35. Estoy tan sano como cualquiera



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

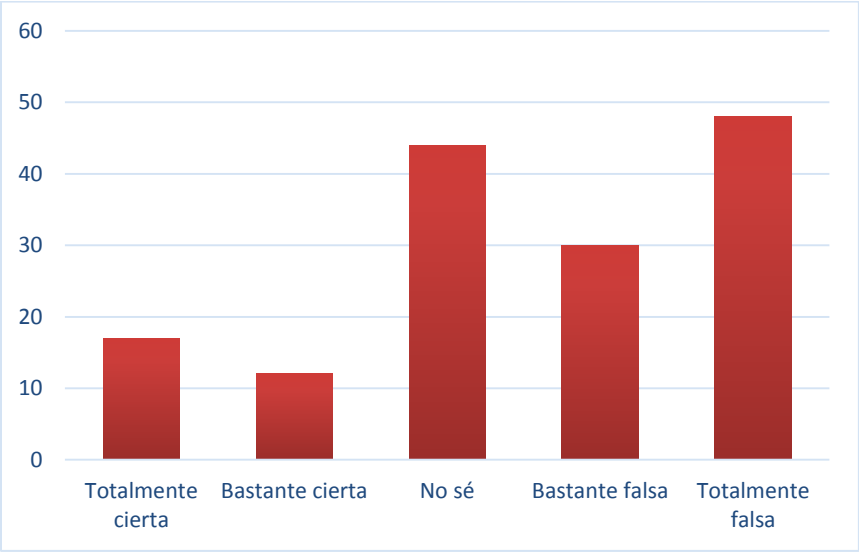
Así mismo, al indagar sobre la percepción de su salud, 47 de los pacientes encuestados (31%) consideraron que la frase *Estoy tan sano como cualquiera* es *bastante cierta*; 45 de los pacientes (30%) afirmaron que la frase es *totalmente cierta*; 23 de ellos, (15,2%) consideraron que es *bastante falsa*; 22 (14,5%) participantes respondieron "*no sé*"; y 14, (9,3%) que es *totalmente falsa*. (ver Tabla 38 y Gráfica 35).

Tabla 39. Creo que mi salud va a empeorar

	Creo que mi salud va a empeorar				
	Totalmente cierta	*Bastante cierta*	*No sé*	*Bastante falsa*	*Totalmente falsa*
	17	12	44	30	48
Porcentaje	11%	8%	29%	20%	32%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 356. Creo que mi salud va a empeorar



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

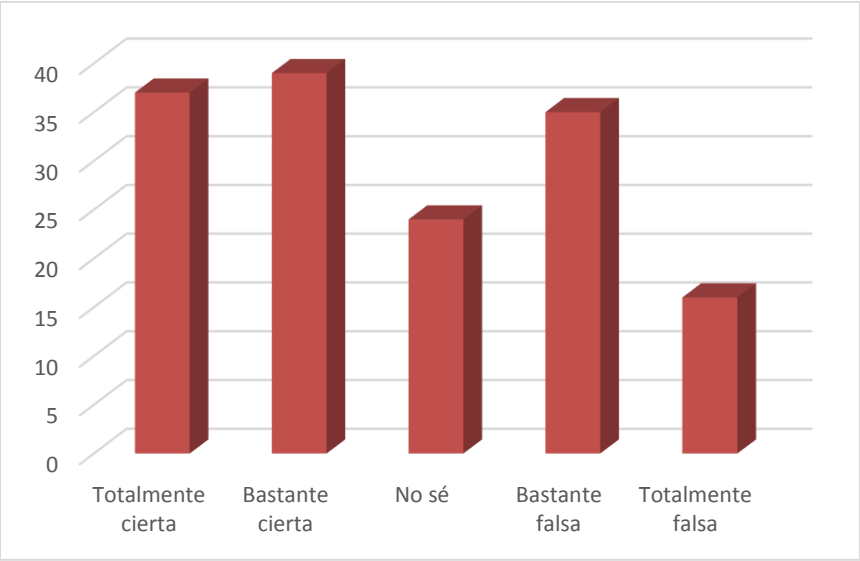
Del mismo modo, de la Tabla 39 y la Gráfica 36 se puede colegir que el 32% de los pacientes indagados, es decir, 48 participantes, estimaron que la frase *Creo que mi salud va a empeorar* es *totalmente falsa*: el 29% de los pacientes, o sea, 44 participantes, contestaron "*no sé*"; el 20% de los encuestados, 30 participantes, consideraron que la frase es *bastante falsa*; el 11%, 17 participantes, respondió que la frase es *totalmente cierta*; y el 8%, 12, que es *bastante cierta*.

Tabla 40. Mi salud es excelente

	Mi salud es excelente				
	Totalmente cierta	*Bastante cierta*	*No sé*	*Bastante falsa*	*Totalmente falsa*
	37	39	24	35	16
Porcentaje	24,5%	26%	16%	23%	10,5%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

Gráfica 367. Mi salud es excelente



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

Por último, los hallazgos sobre la dimensión *Salud general* indican que el 26% de los participantes del estudio asumieron que la frase *Mi salud es excelente* es *bastante cierta*; el 24,5% de los encuestados creyeron que es *totalmente cierta*; el 23% consideraron que es *bastante falsa*; el 16% respondió "*no sé*"; y el 10,5 de los participantes afirmaron que la frase es *totalmente falsa*. (ver Tabla 40 y Gráfica 37).

Función física

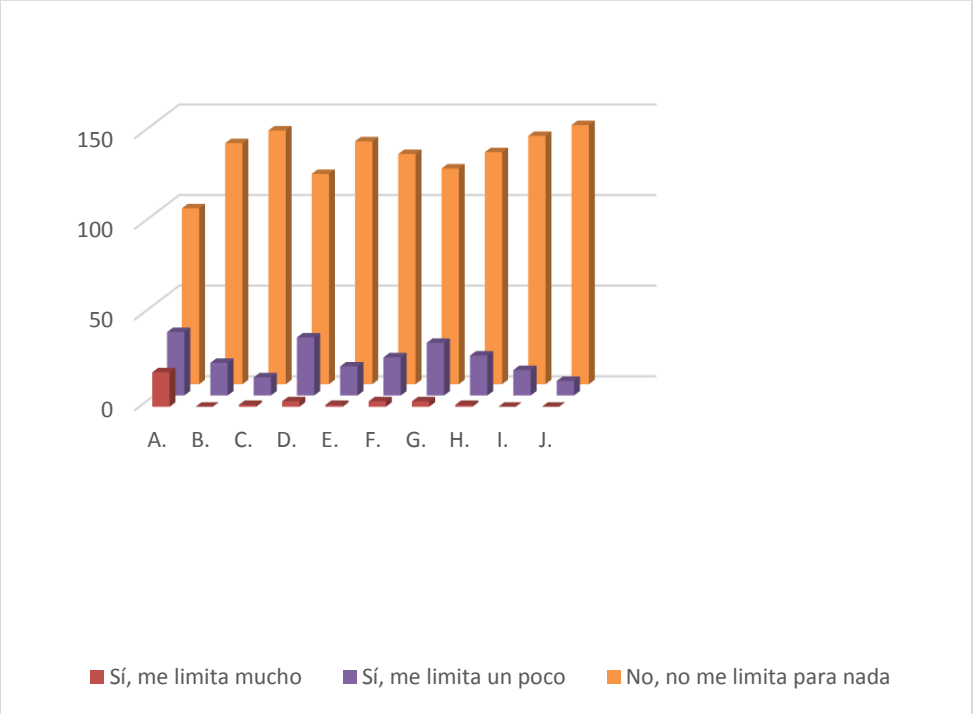
Tabla 41. Limitación de las actividades

¿***Su estado de salud actual lo limita en estas actividades?***			
	Sí, me limita mucho	*Sí, me limita un poco*	*No, no me limita para nada*
A.	19	35	97
Porcentaje	12,5%	23,1%	64,2%
B.	0	18	133
Porcentaje	0%	12%	88%
C.	1	10	140
Porcentaje	0,6%	6%	93%
D.	3	32	116
Porcentaje	2%	21%	77%
E.	1	16	134
Porcentaje	0,6%	10,5%	89%

F.	3	21	127
Porcentaje	2%	14%	84%
G.	3	29	119
Porcentaje	2%	19%	79%
H.	1	22	128
Porcentaje	0,6%	14,5%	85%
I.	0	14	137
Porcentaje	0%	9%	91%
J.	0	8	143
Porcentaje	0%	5%	95%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

Gráfica 378. Limitación de las actividades



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

En relación con la dimensión *Función física*, que evalúa el cuestionario SF-36, y según la descripción propuesta en la Tabla 41 y en la Gráfica 38, a continuación se presentan los resultados de la percepción de los participantes del estudio sobre su propio estado de salud:

A. El 64,2% de los encuestados afirmaron *no tener* limitaciones para realizar actividades intensas a causa del estado de salud, como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores; mientras que el 23,1% de los participantes señalaron tener *un poco* de limitaciones para tales actividades y el 12,5%, dijeron que se limitan *mucho*.

B. El 88% de los pacientes encuestados afirmaron que *no tienen limitaciones* para realizar actividades moderadas por su estado de salud, como mover una mesa, empujar una

aspiradora, barrer, bailar o andar en bicicleta; mientras que el 12% señalaron que el estado salud los limitó *un poco*. Ningún participante manifestó que su estado de salud los limitara *mucho*.

C. El 93% de los participantes del estudio respondió que por su estado de salud *no tienen* limitaciones para, por ejemplo, levantar o llevar las bolsas de las compras; mientras que el 6% contestó que los limita *un poco*; y sólo el 0,6% afirmó que los limita *mucho*.

D. El 77% de los pacientes encuestados expresó *no tener* limitaciones para subir varios pisos por las escaleras por causa de su estado de salud; mientras que el 21% consideró que se limitan *un poco*; y 2%, que se limitaban *mucho*.

E. El 89% de los participantes del estudio manifestaron que, por su estado de salud, no tienen limitaciones para subir un piso por las escaleras; mientras que el 10,5% respondió que se si estado de salud los limitó *un poco*; y sólo el 0,6% contestó que *mucho*.

F. El 84% de los encuestados dicen que por causa de su estado de salud *no tienen* limitaciones para agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas; mientras que el 14% de los pacientes consideraron que se limitan un poco; y el 2%, que se limitan mucho.

G. El 79% de los indagados para nuestra investigación afirmaron que por su salud *no tienen* limitaciones para, por ejemplo, caminar más de un kilómetro; mientras que el 19% respondieron que los hacía limitar *un poco*; y el 2% contestó que se limitan *mucho*.

H. El 85% reportó *no tener* limitaciones para caminar varios cientos de metros dado su estado de salud; mientras que el 14,5% de los participantes expresaron que su salud los limita *un poco*; y sólo el 0,6% se sienten que se limitan *mucho*.

I. El 91% de los pacientes objeto de estudio señalaron que, debido a su estado de salud, *no tienen* limitaciones para, por ejemplo, caminar cien metros; mientras que el 9% de los pacientes consideraron que los limita *un poco*. Ningún participante aseguró que su estado de salud los limite *mucho*.

J. El 95% de los encuestados señaló no tener limitaciones por su estado de salud para bañarse o vestirse, por ejemplo; mientras que el 5% aseveró que se limitaban *un poco*. Ningún participante declaró que su estado de salud los limite *mucho*.

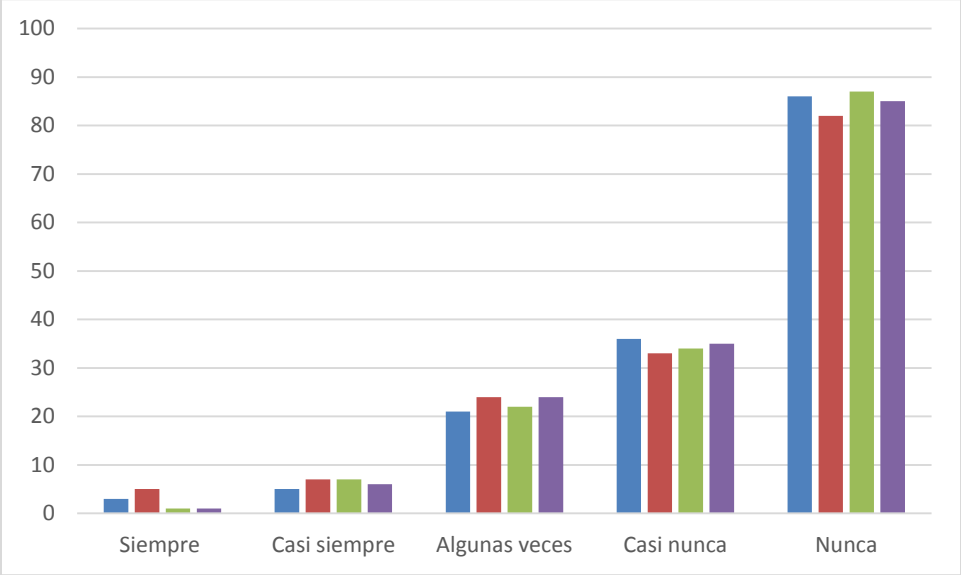
Desempeño físico

Tabla 42. Frecuencia de problemas laborales a causa de la salud física

	¿Cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?				
	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Casi nunca*	*Nunca*
A.	3	5	21	36	86
Porcentaje	2%	3%	14%	24%	57%
B.	5	7	24	33	82
Porcentaje	3%	4,6%	16%	22%	54,3%
C.	1	7	22	34	87
Porcentaje	0,6%	4,6%	14,5%	22%	58%
D.	1	6	24	35	85
Porcentaje	0,6%	4%	16%	23%	56%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá

Gráfica 389. Frecuencia de problemas laborales a causa de la salud física



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Según la descripción propuesta en la Tabla 42 y en la Gráfica 39, a continuación se presentan los resultados de la percepción de los participantes del estudio sobre su propio estado de salud, con relación a las últimas 4 semanas, a causa de la salud física:

A. El 57% de los pacientes encuestados afirmó que *nunca* disminuyeron el tiempo que dedicaban al trabajo o a otras actividades por causa de su estado de salud; el 24% de ellos consideró que *casi nunca* reducían el tiempo que necesitaban para trabajar; el 14% asintió que *algunas veces*; el 3% dijeron que *casi siempre*; y el 2%, que siempre.

B. El 54,3% de los participantes manifestaron que *nunca* habían logrado hacer menos de lo que hubieran querido hacer debido a su estado de salud; el 22% de ellos afirmaron que *casi nunca*; el 16% señalaron que *algunas veces*; el 4,6%, que *casi siempre*; y el 3%, que *siempre*.

C. El 58% de los pacientes indagados indicaron que *nunca* se habían limitados en el tiempo en el trabajo o en otras actividades por su salud; el 22% de los pacientes afirmaron que *casi nunca* se habían limitado: el 14,5% expresó que *algunas veces*; el 4,6% dijo que *casi siempre*; y el 0,6%, que *siempre*.

D. El 56% de los participantes reportó que *nunca* habían tenido dificultades para llevar a cabo sus labores en el trabajo u otras actividades a causa de su estado de salud —por ejemplo, les han costado más esfuerzo—; el 23% informó que *casi nunca* tenían dificultades; el 16%, dijo que sólo *algunas veces*; el 4% que *casi siempre*; y el 0,6%, que *siempre*.

5.3.2 Dimensiones psicosociales

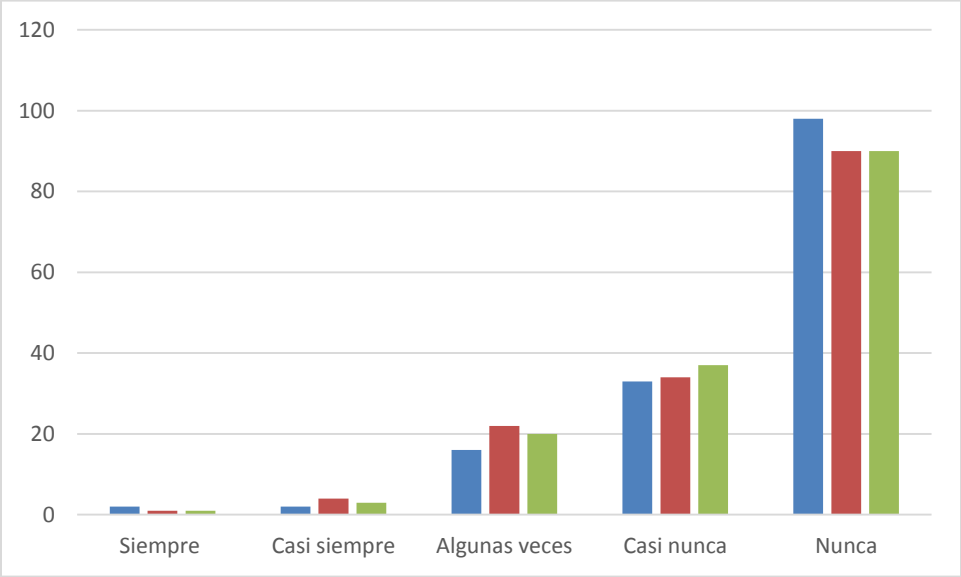
Desempeño emocional

Tabla 43. Frecuencia de problemas a causa de situaciones emocionales

	¿Cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?				
	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Casi nunca*	*Nunca*
A.	2	2	16	33	98
Porcentaje	1,3%	1,3%	10,5%	22%	65%
B.	1	4	22	34	90
Porcentaje	0,6%	2,6%	14,5%	22,5%	60%
C.	1	3	20	37	90
Porcentaje	0,6%	2%	13,2%	24,5%	60%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 40. Frecuencia de problemas a causa de situaciones emocionales



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Según la descripción propuesta en la Tabla 43 y en la Gráfica 40, a continuación se presentan los resultados de la percepción de los participantes del estudio sobre el desempeño emocional en las actividades laborales o corrientes a causa de problemas emocionales —por ejemplo: sentirse deprimido o ansioso— con relación a las últimas 4 semanas:

A. El 65% de los pacientes encuestados afirmó que *nunca* habían disminuido el tiempo que dedicaban al trabajo o a otras actividades por causa de su situación emocional; el 22% manifestó que *casi nunca* habían reducido su tiempo; el 10,5% dijo que *algunas veces*; el 1,3%, que *siempre* y 1,3% afirmó que *casi siempre*.

B. El 60% de los participantes señaló que nunca habían logrado hacer menos de lo que hubieran querido hacer debido a su estado emocional; el 22,5% aseveró que *casi nunca*; el 14,5% manifestó que *algunas veces*; el 2,6%, que *casi siempre*; y el 0,6%, que *siempre*.

C. El 60% de los indagados destacó que *nunca* habían realizado las actividades laborales u otro tipo de actividades con menos cuidado de lo usual por su estado emocional; el 24,5% indicó que *casi nunca* lo hacían; el 13,2% informó que *algunas veces*; el 2%, que *casi siempre*; y el 0,6%, que *siempre*.

Salud mental

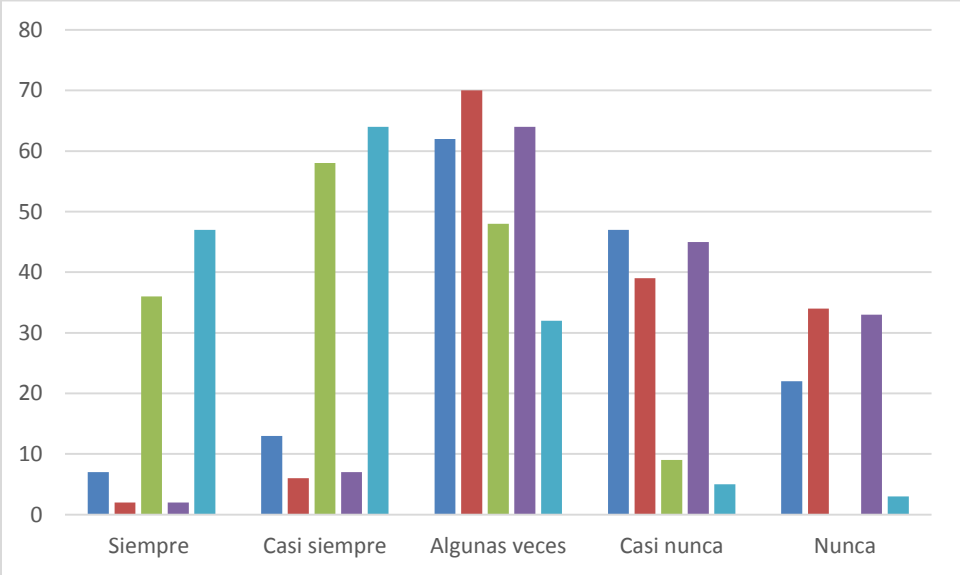
Tabla 44. Salud mental

	Salud mental

	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Casi nunca*	*Nunca*
A.	7	13	62	47	22
Porcentaje	4,6%	8,6%	41%	31,1%	14,5%
B.	2	6	70	39	34
Porcentaje	1,3%	4%	46,3%	26%	22,5%
C.	36	58	48	9	0
Porcentaje	24%	38%	32%	6%	0%
D.	2	7	64	45	33
Porcentaje	1,3%	4,6%	42,3%	30%	22%
E.	47	64	32	5	3
Porcentaje	31%	42,3%	21%	3,3%	2%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 391. Salud mental



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Según la descripción propuesta en la Tabla 44 y en la Gráfica 41, a continuación se presentan los resultados de la perspectiva de los participantes del estudio sobre su salud mental, con relación a las últimas 4 semanas:

A. El 41% de los participantes del estudio refirieron que *algunas veces* habían estado muy nerviosos; el 31,1% afirmaron que *casi nunca*; el 14,5% señalaron que *nunca* se habían sentido nerviosos; el 8,6% dijeron que *casi siempre* y el 6%, que *siempre*.

B. El 46,3% de los encuestados manifestaron que *algunas veces* se habían sentido con el ánimo decaído; el 26% afirmaron que *casi nunca*; el 22,5% dijo que *nunca*; el 4%, que *casi siempre*; y el 1,3%, que *siempre*.

C. El 38% de los participantes expresaron que *casi siempre* se habían sentido tranquilos y serenos; el 32% dijeron que *algunas veces*; el 24% manifestaron que *siempre*; y el 6%, que *casi nunca*.

D. El 42,3% de los pacientes indagados consideraron que algunas veces se habían sentido tristes y desanimados; el 30% reportó que *casi nunca*; el 22, que *nunca*; el 4,6%, que *casi siempre*; y el 1,3%, que siempre.

E. El 42,3% de los participantes informaron que *casi siempre* se habían sentido felices; el 31% indicaron que *siempre*; el 21% dijeron que *algunas veces*; el 3,3% manifestaron que *casi nunca*; y el 2%, que *nunca*.

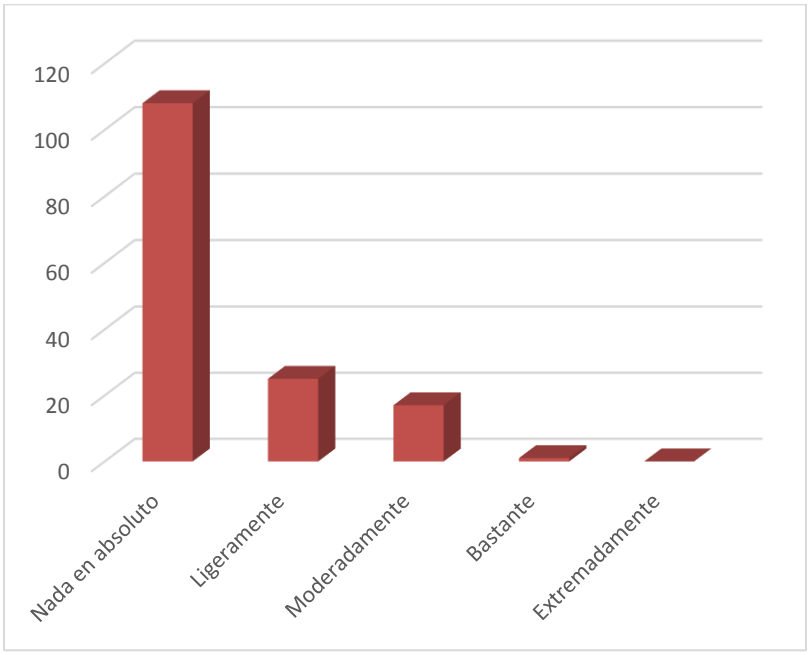
Funcionamiento social

Tabla 45. Frecuencia de problemas de salud que interfieren con las actividades sociales

	Frecuencia de problemas de salud que interfieren con las actividades sociales				
	Nada en absoluto	*Ligeramente*	*Moderadamente*	*Bastante*	*Extremadamente*
	108	25	17	1	0
Porcentaje	71,5%	16,5%	11%	0,6%	0%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 402. Frecuencia de problemas de salud que interfieren con las actividades sociales



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

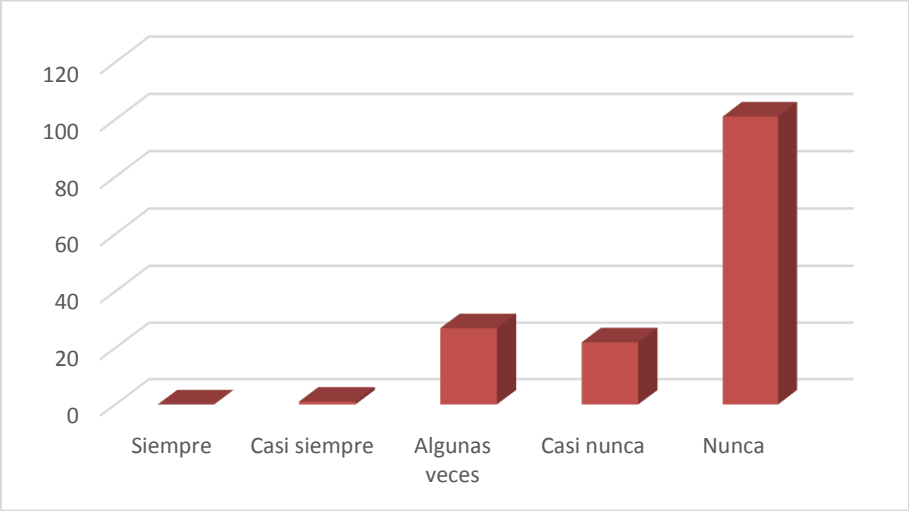
Como se puede observar en la Tabla 45 y la Gráfica 42, durante las ultimas 4 semanas, la salud fisica o los problemas emocionales fueron valorados por los participantes del presente estudio de la siguiente manera: para el 71,5% de los encuestados *nada en absoluto* había dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas al momento de responder la encuesta; el 16,5% de los indagados afirmaron que sus actividades sociales habían sido afectadas ligeramente por los problemas de salud; el 11% señalaron que aquellas resultaban afectadas moderamente; y sólo el 0,6% consideraron que era *bastante*. Ninguno de los encuestados respondieron que se sintiera extremadamente afectado en su vida social por los problemas de salud.

Tabla 46. Tiempo en el que los problemas de salud interfieren con las actividades sociales

	Tiempo en que los problemas de salud interfieren con las actividades sociales				
	Siempre	*Casi siempre*	*Algunas veces*	*Casi nunca*	*Nunca*
	0	1	27	22	101
Porcentaje	0%	0,6%	18%	14,5%	67%

Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Gráfica 413. Tiempo en que los problemas de salud interfieren con las actividades sociales



Fuente: Datos de la investigación, enero-marzo de 2017, UPA Hospital de Engativá.

Así mismo, en la Tabla 46 y la Gráfica 43 se puede obervar que para el 67% de los encuestados su salud fisica o los problemas emocionales *nunca* han dificultado las actividades sociales, por ejemplo: visitar a los amigos, a los parientes, etc.; el 18% de los participantes afirmó que *algunas veces* se les dificultaron las actividades sociales; el 14,5 de ellos manisfetó que *casi nunca*; y sólo el 0,6% consideró que *casi siempre*.

5. Discusión

La discusión de los hallazgos se estructuró abordando inicialmente el constructo de estilos de vida para avanzar posteriormente al análisis del constructo de calidad de vida relacionada con la salud; cumpliendo con los objetivos trazados para la tesis de describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del hospital de Engativá.

La hipertensión arterial es catalogada como un problema de salud pública mundial que afecta no solo al individuo en particular sino a la población en general; sus complicaciones derivadas son gran fuente de discapacidad y muerte prematura. La Organización Mundial de la Salud (54) plantea que el aumento creciente en la prevalencia de HTA se debe en gran medida al aumento y envejecimiento de la población y a la presencia de factores de riesgo relacionados con estilos de vida inadecuados.

En su informe general sobre hipertensión arterial en el mundo recomienda fortalecer estrategias de prevención encaminadas a reducir el riesgo de padecer la enfermedad en personas no hipertensas y reducir la aparición de complicaciones como: la enfermedad coronaria, el infarto del miocardio, la insuficiencia renal crónica y los accidentes cerebrovasculares en personas hipertensas; destacando la necesidad de promover la implementación de regímenes dietarios saludables dirigidos a la disminución en la ingesta de sodio, alcohol y tabaco, la reducción en el peso corporal, la práctica regular de actividad física y el manejo de situaciones estresantes.

En consecuencia los resultados del presente estudio permiten describir los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I, donde se encontró que el 62 % de los participantes presentan excelentes y buenos estilos de vida, catalogados como estilos de vida saludable y un 22 % tienen estilos de vida regulares y malos catalogados como estilos de vida no saludable.

Dentro de los estilos de vida saludable se destacan la práctica regular de actividad física, el adecuado manejo de situaciones estresantes y el bajo consumo de alcohol, tabaco, café, té o bebidas cola que contienen cafeína; los cuales de acuerdo con las recomendaciones dadas por la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (55) reducen el riesgo de complicaciones y favorecen mejores niveles de calidad de vida relacionada con la salud.

Contrario a lo identificado en estilos de vida no saludable, donde se encontró que los participantes mantienen una dieta no balaceada, consumen comida chatarra, alimentos con mucha azúcar, sal o grasa y un 54 % están en sobrepeso u obesidad; hallazgos similares a los reportados por Sánchez *et al.* (13), Rodríguez *et al.* (14), Méndez *et al.* (16), Serafim *et al.* (4), Martins *et al.* (17), Bogantes *et al*. (18), Fonteles *et al.* (19) y Reza *et al.* (20) que representan un gran riesgo para la salud cardiovascular en términos de comorbilidad y complicaciones derivadas.

La presencia de estilos de vida no saludable en los participantes invita a los actores del sistema: gobierno, sociedad civil, instituciones académicas y la industria de alimentos y bebidas, descritos por la Organización Mundial de la Salud, a la colaboración concertada con el ánimo de reflexionar sobre la efectividad de las intervenciones instauradas y al planteamiento y puesta en práctica de acciones con enfoque en Atención Primaria en Salud, que en acuerdo con la OMS son mucho menos costosas y mucho más seguras para los pacientes que intervenciones como la cirugía de revascularización miocárdica o la diálisis (54).

Por otro lado se identificó que los participantes tienen buenos niveles de calidad de vida relacionada con la salud de acuerdo con la puntuación general obtenida mediante SF-36, hallazgo que se une a los reportes de Mi *et al.* (21), Castro *et al.* (22), Trevisol *et al.* (23), Rabelo *et al.* (24), De Gusmão *et al.* (25), Vinaccia *et al.* (26), Varela *et al.* (5) y Youssef *et al.* (27) y permiten constatar que la patología en sí no genera alteración significativa en la calidad de vida relacionada con la salud y si depende del control de la enfermedad, de la aparición de síntomas físicos, del grado de limitación laboral o social y de la conciencia de enfermedad.

A saber el 65,3 % de los pacientes describen su salud general como excelente, muy buena o buena y un 34.7 % como regular o mala, al indagar si consideran que su salud es excelente el 23 % manifiesta que no lo es y en el estado de ánimo los participantes se describen como personas felices, tranquilas y serenas, sin embargo algunas veces han estado nerviosos, decaídos y desanimados debido generalmente a la conciencia de tener hipertensión arterial grado I.

Resultados que respaldan las descripciones realizadas por el estudio de Mi *et al* (21) donde se explica que niveles más bajos de calidad de vida relacionada con la salud se presentan en pacientes que tienen consciencia de la enfermedad.

La enfermedad en estadio I es asintomática, genera poca o nula limitación para la realización de actividades físicas y sociales y aunque algunos participantes describieron sentir dolor de intensidad moderada o intensa, dicho dolor no es asociado a la enfermedad.

En el estudio el estadio de la enfermedad y la ausencia de comorbilidad son factores determinantes a la hora de describir por parte de los participantes su nivel de CVRS en términos físicos, psicológicos y sociales.

Al respecto Vinaccia *et al.* (26) describe que factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos son determinantes en la obtención de mejores niveles de CVRS.

Cómo factores determinantes de mejores niveles de CVRS en el estudio se destacan: ser personas jóvenes, tener con quien hablar de las cosas que para ellos son importantes, bajo grado de limitación física y social, dolor de intensidad baja, nula interferencia para la realización de actividades físicas y sociales, sentirse llenos de vitalidad y con mucha energía, considerar que no se enferman más fácilmente que otras personas, sentir que están igual de sanos que los demás, creer que su salud no va a empeorar y ser personas optimistas, tranquilas y serenas.

Y como factores susceptibles de alteración esta la presencia de sentimientos de tristeza, cansancio y tensión.

La identificación del nivel de CVRS y los estilos de vida presentes en el paciente con hipertensión grado I son fuente de gran de riqueza en la medida en que su reconocimiento permite identificar la situación real que vive el paciente, abriendo la posibilidad para la planeación y puesta en práctica de intervenciones coherentes y precisas.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

En cuanto a los estilos de vida de los participantes del presente estudio es posible afirmar que, de acuerdo con los puntajes obtenidos en el instrumento FANTASTICO, la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control a las UPA del Hospital de Engativá presentan estilos de vida buenos. Sin embargo, sólo un bajo porcentaje presentó estilos de vida regulares (15,2%) y malos (6,6%).

Se identificaron niveles de actividad física adecuados, bajo consumo de alcohol, tabaco y café, té o bebidas tipo cola que contienen cafeína, lo cual es un factor protector para el tratamiento y control de la enfermedad. La mayoría de los pacientes (67,5%) *casi siempre* dan y reciben cariño y tienen con quien hablar de los asuntos que para ellos son importantes, lo cual facilita expresar sus sentimientos. Se identificaron problemas para dormir, debido generalmente a las preocupaciones de la vida diaria y a la falta de tiempo. Los pacientes revelaron una adecuada capacidad para el afrontamiento y manejo de situaciones estresantes. La frecuencia con que se presenta la tensión, la tristeza y el enojo es *alta*, pues más de la mitad de los pacientes encuestados afirmaron que *algunas*

veces se sienten tristes, enojados y tensos. Sin embargo, la mayoría de los pacientes se consideran pensadores optimistas. De forma ocasional, un alto porcentaje de pacientes (44%) usa excesivamente los medicamentos que le prescriben o que pueden comprar sin receta médica.

En definitiva, se debe continuar trabajando por el mejoramiento de los hábitos nutricionales, dado que se identificó que los pacientes consumen alimentos con mucho azúcar, sal, comida “chatarra” o con mucha grasa. Además, los participantes manifestaron que su alimentación no es balanceada y la gran mayoría están en sobrepeso u obesidad.

En relación con la calidad de vida relacionada con la salud, se concluyó que el nivel de ésta es *bueno*. Se constató que la enfermedad es asintomática, pues es bajo el porcentaje de pacientes que informan algún grado de dolor a causa de la enfermedad y en estadios tempranos no es fuente de limitación laboral. La mayoría de pacientes señalaron que la hipertensión arterial grado I no limitaba *para nada* ejercer actividades intensas, moderadas o leves. Los problemas de salud derivados de la hipertensión arterial grado I no generan dificultades para llevar a cabo actividades diarias, laborales o sociales. Se identificó que la hipertensión arterial grado I no es un indicador directo de mala salud, dado que la mayoría de los encuestados informaron que su salud general es *buena*, consideraron que no se enferman más fácil que otras personas y creen que su salud no va a empeorar, si cuidan de ello.

Por otra parte, los pacientes indicaron que los problemas emocionales no generan dificultad en el trabajo o actividades diarias, ya que el porcentaje de pacientes que reportan algún grado de dificultad es *bajo*. Sin embargo, la salud mental de los pacientes encuestados se ve afectada en buena medida. Durante las últimas 4 semanas el 41% de los encuestados indicaron que *algunas veces* han estado nerviosos, el 46%, decaídos y el 42%, desanimados. La descripción de los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con hipertensión arterial grado I permite identificar la situación real que vive el paciente, lo cual abre la posibilidad para la planeación y puesta en práctica de intervenciones precisas. En suma, un buen estilo de vida favorece una adecuada calidad de vida relacionada con la salud.

6.2. Recomendaciones

Abordar los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con hipertensión arterial grado I es una fuente enriquecedora para la línea de investigación *Cuidado de enfermería para la salud cardiovascular*. Además, plantea la necesidad de mantener este enfoque temática, no sólo a partir de la descripción, sino también desde todos los niveles investigativos de la disciplina.

Es imprescindible incidir de forma temprana en los estilos de vida del paciente hipertenso. Desarrollar este enfoque desde las etapas tempranas le permite a la persona afectada la posibilidad de cambiar y reducir de gran manera las complicaciones derivadas.

Se recomienda realizar mediciones con los instrumentos FANTASTICO y SF-36 a pacientes hipertensos en estadios II y III, ya que son herramientas de fácil aplicación al permitir identificar los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud.

En nuestro estudio se encontró que el instrumento FANTASTICO en la categoría *Alcohol* indaga por el hecho de conducir un automóvil luego de haber bebido alcohol y en la *Conducción y trabajo* sobre el uso del cinturón de seguridad. Por lo tanto, se recomienda para estudios futuros, de acuerdo con el estudio de Zambrano (32), ajustar estas categorías por no ser útiles al momento de aplicar el instrumento en población de bajos recursos.

Para estudios futuros en la categoría nutrición del fantástico se recomienda revisar la opción de respuesta: “normal o hasta cuatro kg de más” de la pregunta estoy pasado de mi peso ideal _ en kg puesto que se catalogan como normales y el tener un peso de 4 kg por encima del normal se considera una condición de riesgo.

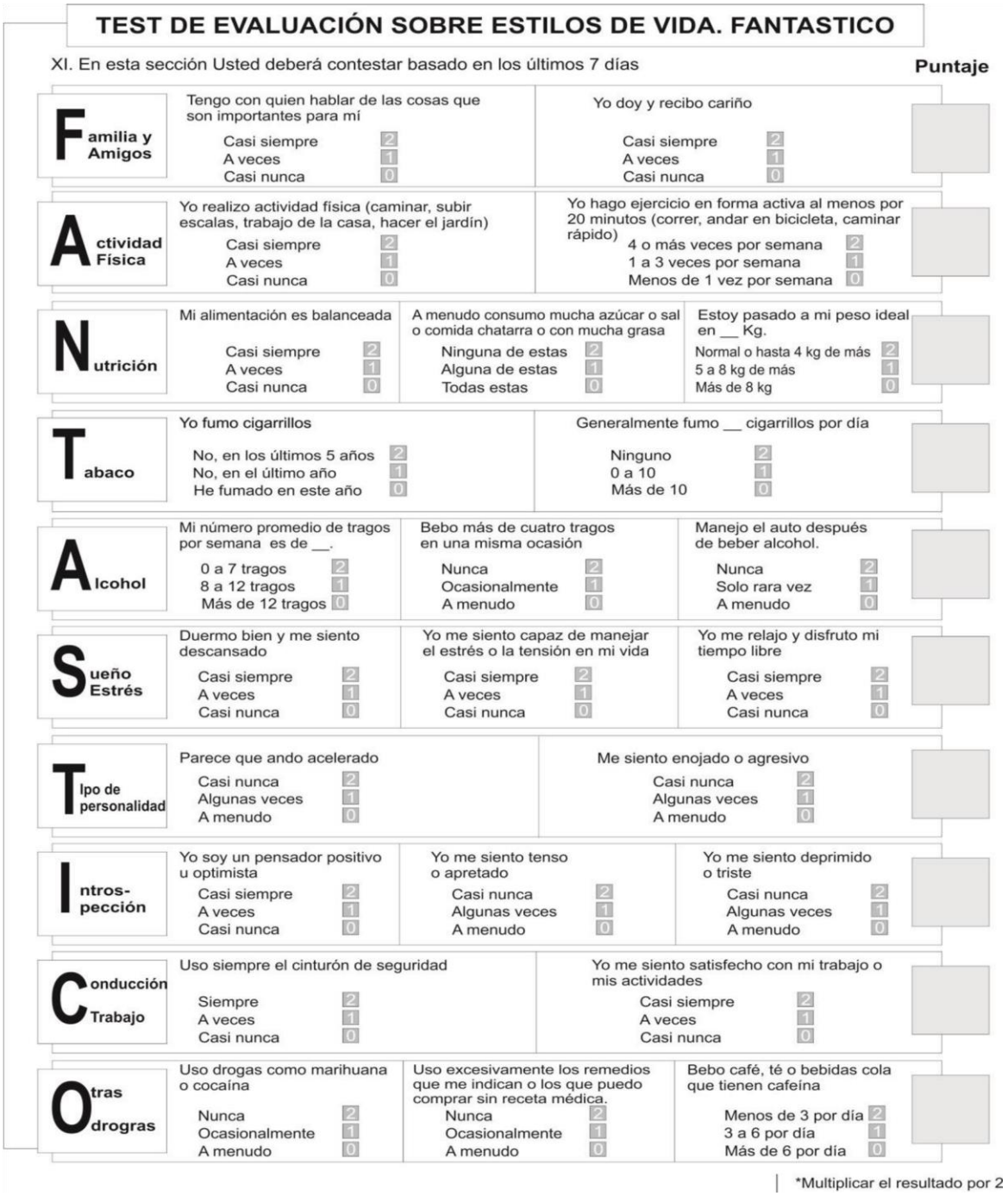
Se recomienda al Hospital de Engativá utilizar los resultados del presente estudio en la planeación, diseño e implementación de estrategias para la atención de los pacientes con las características desarrolladas. Por último, se recomienda generar estudios que indaguen sobre el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud presente en los pacientes con hipertensión arterial grado II y III.

Limitaciones

Al momento de iniciar el trabajo de campo se encontró un subregistro en la base de datos general de la institución que limitó la realización de un cálculo estadístico preciso siendo necesario asumir un parámetro poblacional de cálculo de muestra para población finita.

Por otra parte, el peso fue un dato referido por los pacientes en respuesta a la pregunta realizada con el instrumento FANTASTICO. No se realizaron mediciones del peso corporal.

A. Anexo: Instrumento FANTASTICO para estilos de vida



TEST DE EVALUACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA. FANTASTICO

XI. En esta sección Usted deberá contestar basado en los últimos 7 días — **Puntaje**

F amilia y Amigos

Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

Yo doy y recibo cariño
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

A ctividad Física

Yo realizo actividad física (caminar, subir escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín)
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido)
- 4 o más veces por semana 2
- 1 a 3 veces por semana 1
- Menos de 1 vez por semana 0

N utrición

Mi alimentación es balanceada
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa
- Ninguna de estas 2
- Alguna de estas 1
- Todas estas 0

Estoy pasado a mi peso ideal en __ Kg.
- Normal o hasta 4 kg de más 2
- 5 a 8 kg de más 1
- Más de 8 kg 0

T abaco

Yo fumo cigarrillos
- No, en los últimos 5 años 2
- No, en el último año 1
- He fumado en este año 0

Generalmente fumo __ cigarrillos por día
- Ninguno 2
- 0 a 10 1
- Más de 10 0

A lcohol

Mi número promedio de tragos por semana es de __.
- 0 a 7 tragos 2
- 8 a 12 tragos 1
- Más de 12 tragos 0

Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión
- Nunca 2
- Ocasionalmente 1
- A menudo 0

Manejo el auto después de beber alcohol.
- Nunca 2
- Solo rara vez 1
- A menudo 0

S ueño Estrés

Duermo bien y me siento descansado
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

T ipo de personalidad

Parece que ando acelerado
- Casi nunca 2
- Algunas veces 1
- A menudo 0

Me siento enojado o agresivo
- Casi nunca 2
- Algunas veces 1
- A menudo 0

I ntros-pección

Yo soy un pensador positivo u optimista
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

Yo me siento tenso o apretado
- Casi nunca 2
- Algunas veces 1
- A menudo 0

Yo me siento deprimido o triste
- Casi nunca 2
- Algunas veces 1
- A menudo 0

C onducción Trabajo

Uso siempre el cinturón de seguridad
- Siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades
- Casi siempre 2
- A veces 1
- Casi nunca 0

O tras drogras

Uso drogas como marihuana o cocaína
- Nunca 2
- Ocasionalmente 1
- A menudo 0

Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta médica.
- Nunca 2
- Ocasionalmente 1
- A menudo 0

Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína
- Menos de 3 por día 2
- 3 a 6 por día 1
- Más de 6 por día 0

*Multiplicar el resultado por 2

B. Anexo: SF-36 para calidad de vida relacionada con la salud

Su salud y bienestar

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. ¡Gracias por completar estas preguntas!

En cada pregunta, por favor marque con una ☒ la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, diría usted que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a las actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada
a) Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b) Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, barrer, bailar o andar en bicicleta	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c) Levantar o llevar las bolsas de las compras	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d) Subir varios pisos por la escalera	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e) Subir un piso por la escalera	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f) Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g) Caminar más de un kilómetro	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h) Caminar varios cientos de metros	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i) Caminar cien metros	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j) Bañarse o vestirse	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al	▼	▼	▼	▼	▼

trabajo u otras actividades? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

b) ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

c) ¿Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

d) ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le han costado más esfuerzo)? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo han tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b) ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c) ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

Nada en absoluto	Ligeramente	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

Ninguno	Muy poco	Poco	Moderado	Mucho	Muchísimo
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

Nada en absoluto	Un poco	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se han sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas…

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) se ha sentido lleno de vitalidad?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b) ha estado muy nervioso?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c) se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

d) se ha sentido tranquilo y sereno? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

e) ha tenido mucha energía? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

f) se ha sentido desanimado y deprimido? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

g) se ha sentido agotado? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

h) se ha sentido feliz? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

i) se ha sentido cansado? ..... ☐ 1 ..... ☐ 2 ..... ☐ 3 ..... ☐ 4 ..... ☐ 5

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. ¿Cuán CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b) Estoy tan sano como cualquiera	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c) Creo que mi salud va a empeorar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d) Mi salud es excelente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

¡Gracias por completar estas preguntas!

C. Anexo: Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Bogotá, 23 de noviembre de 2016 **[AVAL-055 -16]**

Profesora
VIRGINIA INÉS SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 21 de noviembre de 2016 Acta 17, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación realizando los ajustes sugeridos en el formato anexo, al trabajo de grado titulado **"Estilos y calidad de vida en salud (CVS) del paciente hipertenso".**

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

[ORIGINAL FIRMADO POR]
ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
* Delegada por la Decana

Copia: Daira Vanesa Burbano – Estudiante Maestría
Josefina Manosalva Murillo – Director de Tesis

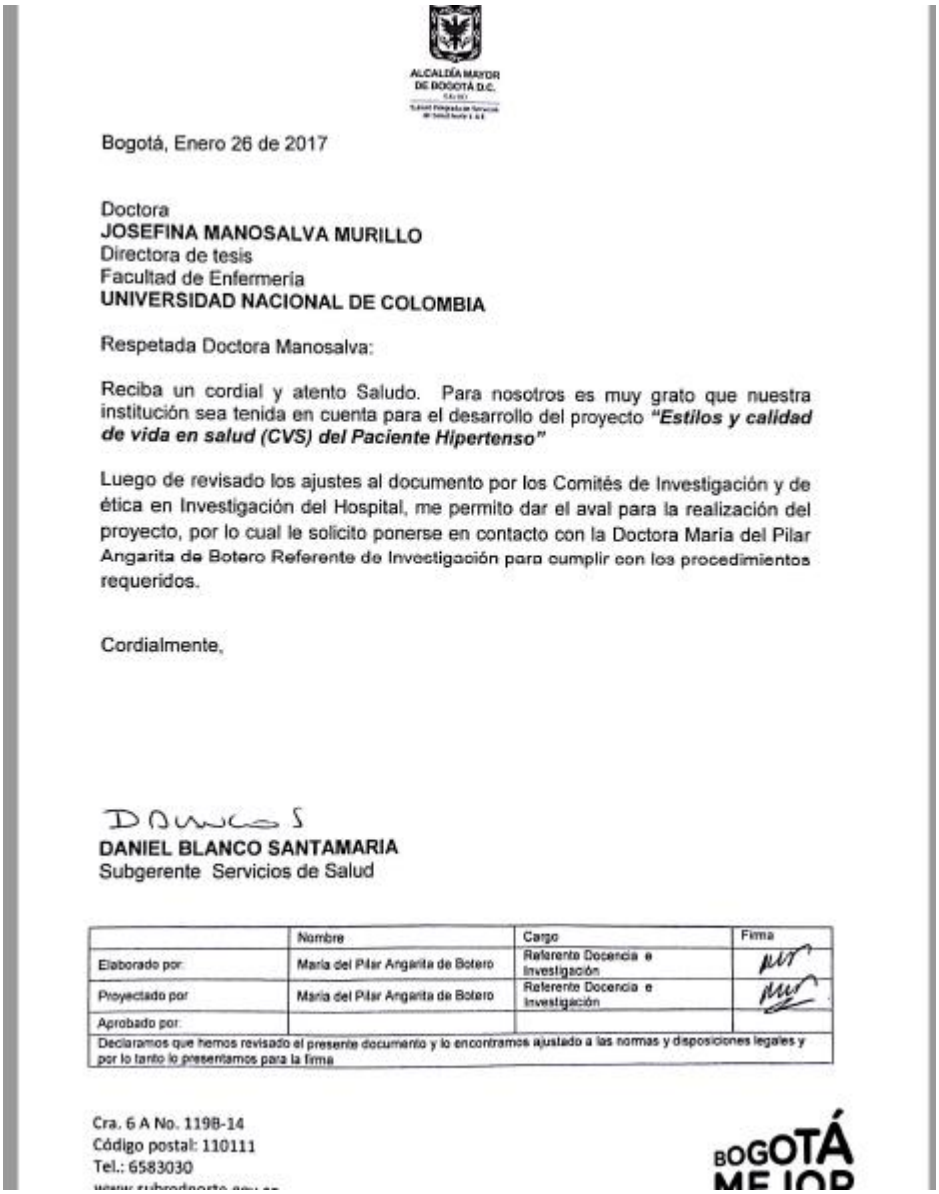
SESQUICENTENARIO UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

[Página 1 de 1]

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-03
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17089-17020-17021-17038
Bogotá D.C., Colombia

Patrimonio de todos los colombianos

D. Anexo: Aval Hospital de Engativá



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá, Enero 26 de 2017

Doctora
JOSEFINA MANOSALVA MURILLO
Directora de tesis
Facultad de Enfermería
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Respetada Doctora Manosalva:

Reciba un cordial y atento Saludo. Para nosotros es muy grato que nuestra institución sea tenida en cuenta para el desarrollo del proyecto ***"Estilos y calidad de vida en salud (CVS) del Paciente Hipertenso"***

Luego de revisado los ajustes al documento por los Comités de Investigación y de ética en Investigación del Hospital, me permito dar el aval para la realización del proyecto, por lo cual le solicito ponerse en contacto con la Doctora María del Pilar Angarita de Botero Referente de Investigación para cumplir con los procedimientos requeridos.

Cordialmente,

DANIEL BLANCO SANTAMARIA
Subgerente Servicios de Salud

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	María del Pilar Angarita de Botero	Referente Docencia e Investigación	
Proyectado por	María del Pilar Angarita de Botero	Referente Docencia e Investigación	
Aprobado por:			
Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto lo presentamos para la firma			

Cra. 6 A No. 119B-14
Código postal: 110111
Tel.: 6583030

BOGOTÁ MEJOR

E. Anexo: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

Usted está invitado a participar en el estudio titulado *Estilos y calidad de vida relacionada con la salud del paciente hipertenso*, liderado por la estudiante Daira Vanesa Burbano Rivera del programa de Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el cual tiene por objetivo describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes hipertensos.

Usted ha sido seleccionado para participar en el estudio porque cumple con los criterios de interés para el investigador, como son:

- Tener hipertensión arterial grado I
- Asistir por consulta de control a las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá.
- Ser mujer u hombre con edades comprendidas entre 20 y 59 años de edad.
- Sin déficit neurológico.

Si usted acepta participar, será valorado a través de dos cuestionarios: FANTASTICO, para estilos de vida, y SF-36, para calidad de vida relacionada con la salud. El tiempo que tardará en contestar será de 30 minutos; el espacio donde se realizará la entrevista serán los salones disponibles en la UPA.

Garantías para su participación

- Los datos obtenidos se utilizarán netamente con fines académicos; su identificación y la información recolectada es de tipo confidencial.
- Su participación en el estudio es de manera libre, voluntaria y consciente.
- NO recibirá beneficios económicos como pago por su participación; mas, si usted está de acuerdo, le serán aclaradas todas las dudas e inquietudes que tenga sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados.

- Si usted acepta participar y no se siente a gusto, puede retirarse en cualquier momento; esto no le generará ningún tipo de sanción, perjuicio o represalia en su atención en salud.
- Es un potencial riesgo de esta investigación que usted pueda sentir algún grado de incomodidad por las preguntas de índole emocional que se le formularán. Para compensar esto, las personas que están formulando dichas preguntas, se encuentran debidamente entrenadas para soportarle en dado caso.
- Es potencial beneficio de su participación en el estudio el aporte generado al conocimiento sobre estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud que permita la elaboración e implementación de estrategias de intervención en enfermería acordes con sus necesidades.
- Los resultados de la investigación le serán compartidos en reunión programada de acuerdo con su cita de control y previo acuerdo con los directivos del hospital. Para la difusión de los resultados, se elaborará un artículo para publicar en una revista indexada.

Este proyecto de investigación ha sido estudiado, evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y por el Comité de Ética del Hospital de Engativá.

Recuerde que su participación es voluntaria; si está de acuerdo, por favor diligencie su aprobación a continuación:

He leído y comprendido la información contenida en este documento. Todas las preguntas que tenía relacionadas con el estudio me fueron explicadas. Entiendo que puedo rehusarme a participar en el momento que desee.

Yo, _____, como paciente con diagnóstico de hipertensión arterial grado I, atendido en las UPA adscritas al Hospital de Engativá

_____ _____

Firma del participante Documento de Identificación

_____ _____

Firma del testigo (1) Documento de Identificación

En nombre del estudio, me comprometo a guardar la identificación del participante y acepto su derecho a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a

manejar los resultados de esta investigación de acuerdo con las normas éticas para la investigación en seres humanos del Ministerio de Salud.

_____ _____

Firma del Investigador Documento de Identificación

Responsable: Daira Vanesa Burbano Rivera. Maestría en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular.

Correo electrónico: dvburbanor@unal.edu.co. Aval del proyecto otorgado por: el Comité de Ética, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

F. Autorización uso de instrumentos

Autorización para uso del instrumento SF-36 (calidad de vida relacionada con la salud)

APPENDIX B

OPTUM™

LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Universidad Nacional de Colombia
Daira Vanesa Burbano Rivera

License Number: QM035277
Amendment to: N/A
Study Term: 06/01/16 to 06/01/17

Approved Purpose
Styles and Health Related Quality of Life in hypertensive patients

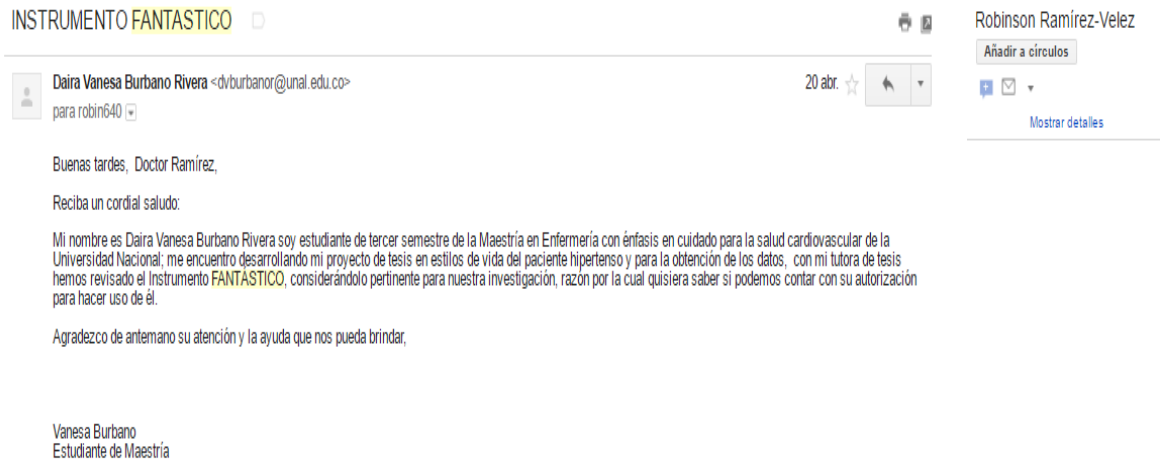
Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity
PROJ01	License Fee	Paper	1
ADMINS	Administrations		400
ES0220	SF-36v2, Standard Recall	Paper	1
Approved Languages: Colombia (Spanish)			
SS100	Scoring Software v5		1
SS108	SS v5 Key: SF-36v2		400
EM125	SF-36v2 User's Manual 3rd Ed.		1
Approved Languages: United States (English)			

Please sign at your earliest convenience

TOTAL FEES: **0.00 USD**

Autorización para uso del instrumento Fantástico (estilos de vida)



INSTRUMENTO FANTASTICO

Daira Vanesa Burbano Rivera <dvburbanor@unal.edu.co> 20 abr.
para robin640

Buenas tardes, Doctor Ramírez,

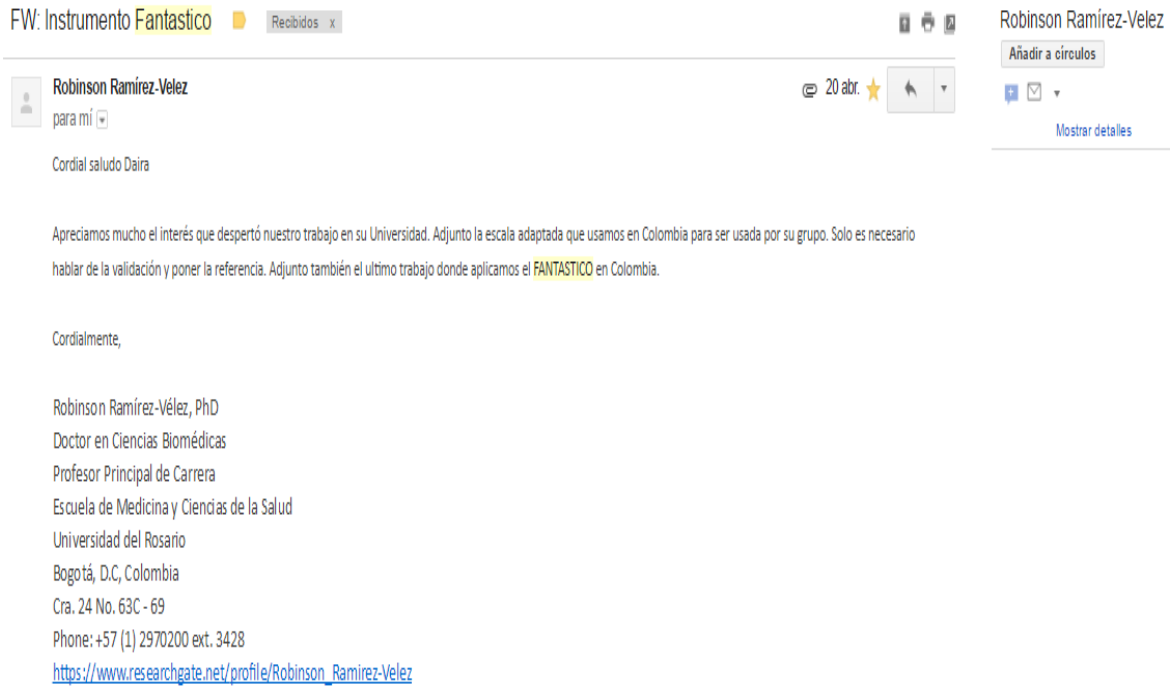
Reciba un cordial saludo:

Mi nombre es Daira Vanesa Burbano Rivera soy estudiante de tercer semestre de la Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular de la Universidad Nacional; me encuentro desarrollando mi proyecto de tesis en estilos de vida del paciente hipertenso y para la obtención de los datos, con mi tutora de tesis hemos revisado el Instrumento FANTÁSTICO, considerándolo pertinente para nuestra investigación, razón por la cual quisiera saber si podemos contar con su autorización para hacer uso de él.

Agradezco de antemano su atención y la ayuda que nos pueda brindar,

Vanesa Burbano
Estudiante de Maestría

Robinson Ramírez-Velez
Añadir a círculos
Mostrar detalles



FW: Instrumento Fantastico Recibidos x

Robinson Ramírez-Velez 20 abr.
para mí

Cordial saludo Daira

Apreciamos mucho el interés que despertó nuestro trabajo en su Universidad. Adjunto la escala adaptada que usamos en Colombia para ser usada por su grupo. Solo es necesario hablar de la validación y poner la referencia. Adjunto también el ultimo trabajo donde aplicamos el FANTASTICO en Colombia.

Cordialmente,

Robinson Ramírez-Vélez, PhD
Doctor en Ciencias Biomédicas
Profesor Principal de Carrera
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario
Bogotá, D.C, Colombia
Cra. 24 No. 63C - 69
Phone: +57 (1) 2970200 ext. 3428
https://www.researchgate.net/profile/Robinson_Ramirez-Velez

Robinson Ramírez-Velez
Añadir a círculos
Mostrar detalles

Referencias bibliográficas

(1) Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ Psychol [revista en la Internet]. 2006 [acceso: 02 ene 2016];5(2):535-547. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750309

(2) Fonteles LJ, Santos ZM, Silva MP. Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde. Rev RENE [revista en la Internet]. 2009 [acceso: 09 ene 2016];10(3):53-60. Disponible en: http://redalyc.org/articulo.oa?id=324027967006

(3) Paz EP, Souza MH, Guimarães RM, Pavani GF, Correa HFS, Carvalho PM *et al*. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. Invest Educ Enferm [revista en la Internet]. 2011 [acceso: 09 ene 2016];29(3):467-476. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a16.pdf

(4) Serafim TS, Jesus ES, Geraldo Pierin AM. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. Acta Paul Enferm [revista en la Internet] 2010 [acceso: 13 oct 2015];23(5):658-664. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023866012

(5) Varela MT, Arrivillaga M, Cáceres DE, Correa D, Holguín Palacios LE. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Act Colom Psicol [revista en la Internet] 2005 [acceso: 09 nov 2015];8(2):69-85. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815374006

(6) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm [revista en la Internet]. 2003 [acceso: 09 ene 2016];9(2):9-21. Disponible en: DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002

(7) Cenatti JL, Lentsck MH, Prezotto KH, Pilger C. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. Rev Enferm Atenção Saúde [revista en la Internet]. 2013 [acceso: 09 ene 2016];2(1):21-31. Disponible en: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/346/385

(8) Navarro F, Ballina FJ, Hernández B, Hernández R, Ruiz, MD, Fernández JA *et al*. Costes calidad de vida-artritis reumatoide. Estudio económico y de la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en España: resultados preliminares. Rev Esp Reumatol [revista en la Internet]. 2004 [acceso: 09 ene 2016];31(4):184-189. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-costes-calidad-vida-artritis-reumatoide-estudio-13061558

(9) Cuenta de alto costo/ Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2015 [informe en la Internet]. Bogotá: Cuenta de alto costo/ Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo; 2015 [acceso: 19 oct 2017]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situaci%C3%B3n_de_la_Enfermedad_Renal_Cr%C3%B3nica_en_Colombia_2015.pdf

(10) Toscano M. As campanhans nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva [revista en la Internet]. 2004 [acceso: 15 may 2017];9(4):885-895. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400010.

(11) Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. Eur Heart J [revista en la Internet]. 2011 [acceso: 09 ene 2016];32(24):3081-3087. Disponible en: DOI: 10.1093/eurheartj/ehr379

(12) Wiklund I. Hypertension. En: Spilker, B. Quality of Life and Phanrmaco-economics in Clinical Trials. New York: Lippincott-Raven; 1996. pp. 893-902. Disponible en: DOI: 10.1093/eurheartj/ehr379

(13) Ramones I. Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. Rev Latinoam Hipertens [revista en la Internet]. 2007 [acceso: 09 ene 2016];2(5):147-150. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170216972004

(14) Sánchez E, González JE. Caracterización sociocultural y clinicoepidemiológica de pacientes angolanos con hipertensión arterial. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 [acceso: 09 ene 2016];18(12):1644-1651. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001200003

(15) Oca-Rodríguez A, Naranjo-Herrera Y, Medina-González G, Hernández-Martínez B, Jorge-Molina M. Características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial con relación a variables modificables y no modificables. Rev Soc Peru Med Interna [revista en la Internet]. 2012 [acceso: 09 ene 2016];25(2):70-73. Disponible en: http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_2_2012/rev.%20spmi%20Trabajo%20original%20hipertension%20arterial%2025-2.pdf

(16) Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Cosín J, Galve E *et al*. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol [revista en la Internet]. 2011 [acceso: 09 ene 2016];64(7):587-593. Disponible en: DOI: 10.1016/j.recesp.2011.03.008

(17) Méndez V, Soriano C, Hernández R, Plantas SA. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos en un hospital público. Horiz Salud Expr Enferm [revista en la Internet]. 2011 [acceso: 09 ene 2016];3:23-32. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/ESTILOS_DE_VIDA_EN_PACIENTES.pdf

(18) Martins MS, Ferreira MG, Guimarães LV, Vianna LA. Hipertensión arterial y estilo de vida en Sinop, municipio de la Amazonía Legal. Arq Bras Cardiol [revista en la Internet]. 2010 [acceso: 09 ene 2016];94(5):621-626. Disponible en: DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000028

(19) Bogantes E, Chanvaría J, Arguedas D. Prevalencia de obesidad en pacientes hipertensos en el Servicio de Cardiología del Hospital México de Costa Rica. Rev Costarr Cardiol [revista en la Internet]. 2009 [acceso: 09 ene 2016];11(1):13-18. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v11n1/3951.pdf

(20) Fonteles JL, Santos ZM, Silva MP. Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde. Rev Rene Fortaleza [revista en la Internet] 2009 [acceso 17 jul 2017];10(3):53-60. Disponible en: http://www.revistarene.ufc.br/10.3/pdf/pdf/5.pdf

(21) Reza CG, Nogueira MS. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. Esc Anna Nery Rev Enferm [revista en la Internet]. 2008 [acceso: 09 ene 2016];12(2):265-270. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a10

(22) Mi B, Dang S, Li Q, Zhano Y, Yang R, Wang D *et al.* Association between awareness of hypertension and health-related quality of life in a cross-sectional population-based study in rural area of Northwest China. Medicine (Baltimore) [revista en la Internet]. 2015 [acceso: 09 ene 2016];94(29):e1206. Disponible en: DOI: 10.1097/MD.0000000000001206

(23) Castro SM, Coutinho RM. Quality of life of patients with hypertension. J Health Sci Inst [revista en la Internet]. 2012 [acceso: 29 mar 2016];30(2):134-139. Disponible en: http://189.2.156.229/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/02_abr-jun/V30_n2_2012_p134-139.pdf

(24) Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J Hypertens [revista en la Internet]. 2011 [acceso: 20 mar 2016];29(2):178-188. Disponible en: DOI: 10.1097/HJH.0b013e328340d76f

(25) Rabelo DF, Da Maia CL, De Freitas PM, Dos Santos JC. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. Rev Kairós [revista en la Internet]. 2010 [acceso: 29 mar 2016];13(2):115-130. Disponible en: http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-51106

(26) De Gusmão JL, Mion D, Pierin AM. Health-related quality of life and blood pressure control in hypertensive patients with and without complications. Clinics [revista en la Internet]. 2009 [acceso: 29 mar 2016];64(7):619-628. Disponible en: DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322009000700003

(27) Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez A, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Divers Perspect Psicol [revista en la Internet]. 2007 [acceso: 26 oct 2015];3(2):203-211. Disponible en: http://redalyc.org/articulo.oa?id=67930202

(28) Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. East Mediterr Health J [revista en la Internet]. 2005 [acceso: 09 nov 2015];11(1-2):109-118. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/116926/1/11_1-2_2005_109_118.pdf

(29) Rincón-Osorio F. La enfermedad coronaria en la mujer: un asunto de cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Grupo de investigación Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, 2013.

(30) Acosta S, Gaitán J, Quimbayo Y, Rincón F. Necesidades de cuidado en mujeres con enfermedad coronaria. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia 2010.

(31) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (17/02/2016).

(32) Zambrano RN. Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular [tesis de maestría]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2013.

(33) Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 en Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [revista en la Internet]. 2006 [acceso: 09 nov 2015];24(2):37-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf

(34) Chaparro OL, Vargas L, Blanco JP, Carreño SP. Universidad saludable a partir del análisis de los estilos de vida de la comunidad universitaria de la Sede Orinoquia-Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico; 2014.

(35) Nolasco C, Navas L, Carmona CE, López MD, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2015 [acceso: 24 sep 2016];18(4):282-289. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35984346600

(36) Tavares DM, Barreto GO, Dias FA, Pegorari MS, Martins NP, Ferreira PC. Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de minas Gerais, Brasil. Rev Peru Med Exp Salud Pública [revista en la Internet] 2015 [acceso: 29 mar 2016];32(1):58-65. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36338592009

(37) Cenatti JL, Lentsck MH, Prezotto KH, Pilger C. Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde da família. Rev Enferm Atenção Saúde [revista en la Internet]. 2013 [acceso: 29 mar 2016];2(1):21-31. Disponible en: DOI: https://doi.org/10.18554/

(38) Martínez J, Villa JA, Quintero AM, Jaramillo J, Calderón V, Copete AV. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en un hospital de segundo nivel. Rev Fac Nac Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 [acceso: 09 ene 2016];29(2):139-144. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v29n2/v29n2a03.pdf

(39) Llach B. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Gastroenterol Hepatol [revista en la Internet]. 2004 [acceso: 24 sep 2016];27(Supl 3):2-6. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924

(40) Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 [acceso: 24 sep 2016];14(2):226-237. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04.pdf

(41) Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O. Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. Rev Chil Cardiol [revista en la Internet]. 2010 [acceso: 24 sep 2016];29:117-144. Disponible en: http://www.saludpereira.gov.co/documentos/Guias_medicos/Consulta_ext/guia-latinoam-hiperten-arterial.pdf

(42) Bennassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud [tesis doctoral]. Islas Baleares: Universidad de les llles Balears, Departament d'Infermeria i Fisioteràpia; 2012.

(43) Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud. Glosario [manual en Intenet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1998 [acceso: 24 sep 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

(44) Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud en las Américas [informe en Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina

Regional de la Organización Panamericana de la Salud; 1998 [acceso: 24 sep 2016]. Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/pdf/SaludVol1.pdf

(45) Moreno Y. Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana [tesis de doctorado]. Valencia: Facultat de Psicologia, Universitat de València; 2003.

(46) Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública [revista en la Internet]. 2004 [acceso: 24 sep 2016];20(2):580-588. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027

(47) Padilla G. Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. Rev Colomb Psicol [revista en la Internet]. 2005 [acceso: 24 sep 2016];14(13):80-88. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1222/1773

(48) Plummer M, Molzahn A. Quality of life in contemporary nursing theory: a concept analysis. Nurs Sci Q [revista en la Internet]. 2009 [acceso: 15 abr 2017];22(2):134-140. Disponible en: http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/22/2/134

(49) Velarde-Jurado E. Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx [revista en la Internet]. 2002 [acceso: 17 abr 2017];44(4):349-361. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf

(50) Del Pino R, Frias A, Palomino PA. Metodología de la investigación: el control de sesgos en la investigación cuantitativa enfermera. RIdEC [revista en la Internet] 2011 [acceso: 20 jul 2017];4(1):24-34. Disponible en: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/124/RIdEC_v4_n1.24.metodologia.pdf

(51) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para

la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS); 2002.

(52) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n.º 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (04/10/1993).

(53) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial n.º 45.693 (06/10/2004).

(54) Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Día mundial de la salud; 2013. [acceso: 10 dic 2016]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/

(55) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica. Hipertensión Arterial Primaria (HTA); 2013. Guía No. 18. [acceso 15 nov 2016]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/gpc_hta.aspx