



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEDICION DE CALIDAD DE VIDA EN UN  
GRUPO CON HIPERTENSION ARTERIAL

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

**HAYDEE RODRIGUEZ HERNANDEZ**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

REVISORA: MTRA. ELISA SAAD DAYAN

El estudio objeto de la presente investigación fue posible gracias al subsidio IN312002 del Programa De Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).



FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

AGOSTO DEL 2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

*A Dios:*

Por darme la oportunidad de vivir, de la mejor manera, llena de satisfacciones y felicidad.

*A mis padres:*

Por la vida que me han dado, por su amor, apoyo, comprensión y por darme la mejor herencia que puedo tener: una profesión. Gracias por su ejemplo, sus sacrificios, pero sobre todo por estar conmigo incondicionalmente.

*A mi hermana Claudia:*

Por el tiempo que hemos compartido juntas, con nuestros padres y como mujeres. T.Q.M.

*A mi Universidad:*

Por la formación académica y profesional desde la preparatoria, por pertenecer a la mejor Universidad y tener el orgullo de ser puma de corazón.

*A mis maestros:*

Por sus conocimientos, su paciencia y sus observaciones valiosas para formar profesionales exitosos. En especial al Doctor Sánchez - Sosa, por sus ánimos y su apoyo para titularme y continuar en el camino de la investigación; a la Mtra. Elisa Saad por su amistad y su entrega al trabajo; al Dr. Ariel Vite, por sus clases, su apoyo y su interés por conocer a cada alumno; al Mtro. Fernando Vázquez, por su sencillez, disponibilidad y observaciones; al Mtro. Isaac Seligson, por su accesibilidad y su apoyo inmediato.

A la Mtra. Janet Jiménez, porque aparte de ser mi maestra, eres mi amiga y mi ejemplo a seguir como psicóloga y como persona. Muchas Gracias por permitirme trabajar contigo y por mantener una bella amistad llena de admiración y cariño.

A los que sin su ayuda no hubiera terminado este trabajo: Mtra. Lulú Monroy, Angélica Riveros, Mark A. Groves, Sergio Burgoa, Don Xolalpa.

A las Instituciones que me abrieron sus puertas para realizar este estudio: Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"; a las Clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social: UMF No. 62,67,68,76,92,93. A los médicos, las trabajadoras sociales y asistentes médicos por su gran apoyo.

*A mis amigos (as):*

Porque sólo los amigos saben estar en el momento preciso y decir las palabras o acciones exactas para sentirse comprendido y apoyado. Porque no importan las distancias, los horarios, las profesiones o los intereses, sé que puedo contar con ustedes. Gracias.

A todos los que con sus palabras y acciones de apoyo, cariño, ánimos, consejos me hicieron fuerte en los momentos más difíciles, me abrieron los ojos que me aferraba a cerrarlos, me ayudaron a madurar y han seguido conmigo en todo momento. *Muchas Gracias.*

A todas las personas que formaron parte del estudio, por su paciencia y generosidad, porque sin ellos no hubiera sido posible este trabajo.

ÍNDICE.	
	Página
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO 1	
ASPECTOS GENERALES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	1
1.1 La hipertensión como un problema de salud pública.	2
1.2 Diagnóstico de la hipertensión arterial	6
1.2.1 Síntomas y complicaciones de la Hipertensión arterial	10
1.2.2 Tratamiento de la hipertensión arterial.	12
CAPÍTULO 2.	
CALIDAD DE VIDA	16
2.1 Calidad de vida relacionada con salud.	17
2.1.1 Calidad de vida en pacientes con alguna enfermedad crónica.	23
2.1.2 Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial	27
CAPÍTULO 3.	
MÉTODO	35
Objetivo	35
Participantes	35
Tipo de Estudio	38
Instrumentos	38
Inventario de Calidad de Vida y Salud	38
Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud	44
Procedimiento	47

Análisis Estadístico	48
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	49
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	56
REFERENCIAS	66
ANEXOS	84

## ÍNDICE DE FIGURAS

Página

Figura 1.	Porcentajes de las áreas del InCaViSa del grupo de hipertensión	50
Figura 2.	Áreas del InCaViSa comparadas entre sexos.	52
Figura 3.	Comparación entre sexos divididos en tiempo de diagnóstico de la enfermedad con total del InCaViSa.	53
Figura 4.	Intensidad de los síntomas informados por el grupo de hipertensión.	53
Figura 5.	Porcentajes de Calidad de Vida del WHOQOL - Bref	55

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla A.	Clasificación de la Hipertensión.	7
Tabla 1.	Características sociodemográficas de la población	37
Tabla 2.	Áreas finales del Inventario de Calidad de Vida y Salud	41
Tabla 3.	Correlación de las áreas finales del InCaViSa	42
Tabla 4.	Correlación de las áreas del InCaViSa con las áreas del WHO QOL Bref	46
Tabla 5.	Medias, desviaciones estándar y porcentajes de calidad de vida del InCaViSa	49

## ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO 1. Inventario de Calidad de Vida y Salud. (InCaViSa).
- ANEXO 2. Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Versión Breve.(WHOQOL – Bref)
- ANEXO 3. Inventario de Calidad de Vida y Salud, Versión final.
- ANEXO 4. Forma de calificar el Inventario de Calidad de Vida y Salud.

## RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares han ocupado un lugar importante en los datos de mortalidad y morbilidad tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. Datos informados en México, mencionan una prevalencia del 26.6% en hipertensión aún sin considerar a más de la mitad de la población que no se ha diagnosticado y por ende, no conoce su padecimiento. El objeto del presente trabajo contiene los resultados descriptivos de calidad de vida en un grupo de pacientes hipertensos. Los datos se recolectaron a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud, que mostró tener niveles altos de confiabilidad y validez. El grupo estuvo conformado por pacientes del Instituto Nacional de Cardiología así como del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las áreas más deterioradas fueron: funciones cognitivas, apariencia física y adherencia terapéutica; las menos: familia, alejamiento y preocupaciones sociales debido a la enfermedad. En cuanto a frecuencia de síntomas, los pacientes informaron problemas para ver, oír y dolores de cabeza. Se discuten los resultados en comparación con los hallazgos principales de otros estudios.

*Palabras clave: Hipertensión, calidad de vida, salud.*

## ABSTRACT

Recently, cardiovascular diseases had reached an important place in mortality and morbidity statistics between developed and not countries. In Mexico, there is a hypertension prevalence of 26.6% without considering the people who have not known that they suffer hypertension. The purpose of this research was making a quality of life description of a hypertensive group. The data were collected through the Quality of Life and Health Inventory (InCaViSa, by its Spanish initials), with acceptable internal consistency and validity levels. The hypertensive group was formed by patients of both Cardiology National Institution "Ignacio Chavez" and Mexican Social Security Institute (IMSS). The most deteriorated areas were cognitive functions, physical appearance and therapeutic adherence; the less were family, distance and social concerns about the sickness. The most frequent symptoms reported were visual and hearing problems, as well as headache. Results are discussed with other main data researches.

*Key words: Hypertension, quality of life, health.*

## CAPÍTULO 1.

### ASPECTOS GENERALES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A través de diferentes estudios epidemiológicos se ha mostrado que el padecimiento de enfermedades crónicas y en especial la hipertensión, traen consecuencias importantes en los enfoques de salud pública e individual. El reconocimiento de este problema ha obligado a investigadores y personal de salud a fortalecer y desarrollar las estrategias para la prevención y el control adecuado de la hipertensión.

Las consecuencias de la presión arterial alta son en su mayoría irreversibles, provocando un daño permanente al órgano afectado y al organismo en general. Por otro lado, los problemas con los que se enfrenta la persona diagnosticada con hipertensión para modificar su estilo de vida, seguir las recomendaciones dietéticas y usar fármacos parecen provocar una baja adherencia terapéutica que hace aún más propensa a la persona de sufrir complicaciones de la constante presión arterial elevada.

Se han encontrado resultados positivos en diversas intervenciones enfocadas al tratamiento de la hipertensión que resultan alentadores para su aplicación al igual que el continuar en la búsqueda de alternativas que le brinden a la persona su bienestar físico y psicológico.

## 1.1 LA HIPERTENSIÓN COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Las enfermedades cardiovasculares han ido ocupando un lugar cada vez más importante en los datos de mortalidad y morbilidad en diferentes países, tanto en los desarrollados como los que están en vías de desarrollo. En Septiembre del 2000, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en México, informó que los casos acumulados (prevalencia) de hipertensión en el Distrito Federal fueron de 28,339; en el Estado de México de 24,748 casos; siguiendo Jalisco con 16,798 casos; Baja California con 15,296 casos y en quinto lugar, Michoacán con 12,232 casos (Cruz, 2001).

A la hipertensión arterial se le considera como la enfermedad crónica de más alta incidencia (Cruz, 2001; Goodman, 1996). Se calcula que en los países occidentales afecta a un tercio de la población adulta (Ambrosioni, 2001). En estudios realizados en México, se informa que hay una prevalencia de un 26.6%, sin considerar que por cada persona diagnosticada, existe otra que no lo ha sido (Velázquez, Rosas, Lara & Pastelin. Grupo ENSA, 2002; Villarreal, Mathew, Garza, Núñez, Salinas & Gallegos, 2002).

A pesar de que el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión son relativamente sencillos y efectivos, se ha convertido en un

problema de salud pública por sus altas tasas de prevalencia<sup>1</sup>, incidencia<sup>2</sup>, morbilidad y mortalidad.

En diferentes estudios se informa que el 53.9 % de la población entre 65 y 69 años es la más afectada por padecer hipertensión, siguiendo con un 48% aquellos entre los 60 y 64 años de edad (Cruz, 2001; Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2002; Velázquez, Rosas, Lara & Pastelin. Grupo ENSA, 2002). En cuanto a las tasas de morbilidad, las enfermedades coronarias ocupan el 5º lugar, mientras que desde 1990 éstas se consideran como la principal causa de muerte. Se calcula que el 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas con hipertensión (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2002).

La hipertensión se le clasifica principalmente en dos tipos, en secundaria y esencial o primaria; en la primera, las causas que la provocan se conocen, mientras que en la segunda, no hay una causa específica del padecimiento.

La hipertensión esencial es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente y afecta a las personas en las etapas más productivas de

---

<sup>1</sup>La frecuencia de una enfermedad en un momento dado (Cruz, 2001).

<sup>2</sup> La frecuencia de una enfermedad a lo largo de un periodo dado (Cruz, 2001).

su vida<sup>3</sup>. Conforme pasan los años, existe un mayor riesgo a padecerla<sup>4</sup> y si no se diagnostica oportunamente las consecuencias de esta enfermedad son irreversibles y limitantes para el desarrollo de la persona que pueden conducir a la muerte (Cruz, 2001; Velázquez, Rosas, Lara & Pastelin, Grupo ENSA, 2002).

Desde el punto de vista económico, existen estudios que revelan los altos gastos de parte de los proveedores de salud - tanto públicos como privados - para diagnosticar y tratar la hipertensión. En datos informados por Villarreal y colaboradores (Villarreal, Mathew, Garza, Núñez, Salinas & Gallegos, 2002), se muestra que la Secretaría de Salud invierte \$45.00/100 M.N. por consulta médica familiar, el Seguro Social invierte \$68.00/100 M.N. y finalmente, en consultas privadas el gasto asciende a \$300.00/100 M.N. por cada paciente que visita al médico, elevándose los gastos a \$111.00/100 M.N. (en sector público) si se consulta por especialidad (Medicina Interna o Cardiología). Aunque a primera instancia estos gastos parecen bajos, realizando un análisis con el total de población que se atiende anualmente más gastos en estudios de laboratorio, el total podría ascender hasta 65,854 millones de pesos anuales, tan sólo para la hipertensión.

---

<sup>3</sup> Existe una prevalencia de 11.3% entre los 20 y 24 años (Cruz, 2001).

<sup>4</sup> Se considera que la prevalencia de hipertensión es proporcional a la edad. Después de los 50 años puede superar al 50% de la población (Velázquez, Rosas, Lara & Pastelin, Grupo ENSA, 2002; Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, JNC, 2003).

A estos gastos se les agregan los ocasionados por el control inadecuado de la presión arterial por la baja adherencia terapéutica de los pacientes, los cambios o la interrupción del tratamiento, los gastos de rehabilitación, o los generados por futuras complicaciones, entre otros. Así la hipertensión resulta ser una de las enfermedades más caras (Ambrosioni, 2001). Poner en alerta a las autoridades es indispensable, puesto que de seguir esta tendencia se distorsionará mucho el presupuesto para resolver las necesidades de salud de la población (Villarreal, Mathew, Garza, Núñez, Salinas & Gallegos, 2002).

La prevención, el tratamiento de la presión arterial alta así como de sus complicaciones, representan una prioridad de salud pública, debido a la relevancia de sus consecuencias económicas, sociales e individuales (Pontremoli & Toso, 2003). Se calcula que si la presión sanguínea alta está bien controlada, la mortalidad por este padecimiento se podría reducir en un 20%, la incidencia de enfermedades cardiovasculares en un 33%, la de accidentes cerebro vasculares en un 40% y las coronariopatías en un 15% (Chambers, Kaczorowsky, Levitt, Karwalatys, McDonough & Lewis, 2002). De esta manera se disminuiría considerablemente su alto potencial de riesgo para diversas enfermedades y complicaciones cardiológicas de suma importancia, como las enfermedades crónicas del corazón, el infarto al miocardio, daño en riñones, embolias, entre otras.

En el siguiente apartado, se definirá con mayor precisión la hipertensión, el análisis de sus consecuencias fisiológicas como factor de riesgo así como el tratamiento y los cuidados que recomienda la literatura especializada.

## 1.2 DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para realizar un diagnóstico de hipertensión, las elevaciones de la presión arterial deben ocurrir en forma persistente por encima de límites considerados normales (120 mm Hg. para presión sistólica y 80 mm Hg. para presión diastólica). La hipertensión se define de manera convencional como presión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg.; sin embargo, existen clasificaciones donde los valores de presión arterial entre 120 y 139 mmHg. (presión sistólica) , y de 80 a 89 mm Hg. (presión diastólica) se consideran como valores prehipertensos, requiriendo modificación en estilos de vida que promuevan salud para prevenir que se desarrolle la enfermedad (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC., 2003). (Veáse la Tabla A).

TABLA A. CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN<sup>1</sup>.

Categoría	Presión arterial sistólica (mm Hg)	Presión Arterial Diastólica (mm Hg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120 - 139	80 - 89
<b>HIPERTENSIÓN*</b>		
Etapa 1	140 - 159	90 - 99
Etapa 2	=>160	=>100

<sup>1</sup> Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC., 2003

\* Promedio de dos lecturas tomadas en días diferentes.

La importancia del tratamiento de la hipertensión reside en que se busca reducir un factor de riesgo, es decir, está asociado a la aparición de enfermedades cardiovasculares y es sospechoso de ser una de sus causas (Oblitas & Becoña, 2000). Padecerla, puede repercutir sobre la esperanza y calidad de vida si no se diagnostica oportunamente y en muchos casos cursa asintomática hasta que aparecen complicaciones serias (Cruz, 2001).

Por su etiología la hipertensión se puede dividir en:

Hipertensión secundaria. Se refiere a la presión alta originada por una enfermedad específica, ya sea en el riñón, por trastornos endocrinológicos, por padecimientos congénitos que originan el

estrechamiento de un segmento aórtico y por tumores hipersecretorios de sustancias, entre otras enfermedades.

Se considera que la mitad de las causas conocidas de hipertensión surgen de enfermedades de los riñones o por la arteria que los irriga (García, 2000). Usualmente la hipertensión secundaria puede tratarse exitosamente por medio de procedimientos médicos al tratar el órgano o la enfermedad que lo produce.

Hipertensión esencial o primaria. Constituye un 90% de los casos que padecen hipertensión. En este caso no se logra identificar una causa específica o enfermedad que la ocasione (Ganong, 1992; García, 2000).

Algunos autores explican este tipo de hipertensión como una respuesta a la actividad presora que realizan las arterias ante diferentes estímulos ambientales, esta actividad, con el tiempo, provoca un espasmo en las arterias elevando la presión sanguínea de una forma constante, declarándose después hipertensión arterial (Ganong, 1992).

Debido a que no hay una causa específica de la hipertensión esencial, se han encontrado diferentes factores de riesgo (Erci, Sayan, Tortumluoglu, Kilic, Sahin & Gungormus, 2003; Julkunen, 2001; Sarafino, 1998; Sokolow, 1992), estos factores incluyen:

\* Obesidad

\* Elementos de alimentación tales como el consumo de sal, cafeína y colesterol.

\* Niveles altos de triglicéridos.

\* Ingesta de alcohol.

\* Tabaquismo.

\* Inactividad física (sedentarismo).

\* Historia familiar de hipertensión. Al parecer, los trastornos heredados pueden ser un defecto en la excreción renal de sodio, un defecto en el transporte de sodio a través de las membranas, o una respuesta simpática exagerada al estrés, o bien una combinación de dichos factores (Guadalajara, 1985).

\* Factores psicosociales, conductuales y emocionales (enojo, hostilidad, estrés, optimismo - pesimismo y sentido de coherencia), que aislados o en conjunto afectan tanto al sistema circulatorio como a las conductas instrumentales necesarias para una buena adherencia terapéutica (Julkunen, 2001).

\* Existen estudios recientes que sugieren una asociación entre la hipertensión y la enfermedad de Alzheimer (Skoog & Gustafson, 2002), así como la relación de hipertensión y apnea obstructiva del sueño, considerándose ésta última como un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión, enfermedades coronarias, infarto al miocardio, arritmia cardíaca y fallas al congestivas corazón (Sivelberg & Iana, 2002).

## 1.2.1 SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En general los *síntomas* de la hipertensión son tan vagos e inespecíficos que suelen pasar desapercibidos en la mayoría de los casos. Cefalea, vértigo (mareo), zumbido de oídos, hemorragias nasales, palpitaciones del corazón, fatiga, son entre otros, los síntomas más frecuentes (Sokolow, 1992).

En ocasiones la persona se da cuenta de que tiene problemas de presión arterial alta hasta que se presentan crisis agudas. Cuando aparecen, suelen ser una manifestación de las *complicaciones de la hipertensión*, algunos ejemplos incluyen:

- *Lesiones arteriales de arterosclerosis* en cualquier parte del sistema circulatorio. La arterosclerosis se refiere al engrosamiento de los vasos sanguíneos, volviéndolos menos flexibles. En estas arterias engrosadas, se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre, provocando diversas dificultades, entre ellas la arterosclerosis, isquemia y las complicaciones de los riñones.
- En el cerebro, se producen *accidentes vasculares cerebrales* (también llamados *ictus*), provocados por bloqueos de los vasos sanguíneos debido a estrechez o presencia de un coágulo (trombosis cerebral), el "taponamiento" del vaso por un coágulo suelto (embolia), o a la rotura de un vaso sanguíneo (hemorragia).

- En las extremidades, se producen *dolores por isquemia* (falta de oxigenación adecuada) o *lesiones* de tipo *gangrenoso*.
- A nivel cardíaco se establece, en una primera fase, una *hipertrofia del ventrículo izquierdo* (aumentando su tamaño y rigidez, haciéndolo menos eficaz), que puede evolucionar hacia la *insuficiencia cardíaca* (el corazón se queda atrás en el bombeo de lo que la sangre circulante necesita, estancándose los líquidos en todo el organismo).
- Puede presentarse *hipertrofia de la capa muscular media arterial, infarto cardíaco* o *aneurisma de la aorta* (abolsamiento de las paredes de una arteria o vena).
- A nivel de los riñones, suele haber *insuficiencia renal* lentamente progresiva. Puede verse afectada con la presión arterial alta, ya que al existir ésta, decrece la irrigación sanguínea hacia los riñones. Cuando se detecta esta falta de circulación, el organismo segrega renina, enzima que provoca la constricción de las arterias, y por lo tanto aumenta la presión arterial sin reestablecer el flujo sanguíneo renal lo que empeora su funcionamiento llegando al fallo renal.
- A nivel ocular, se provocan *lesiones* en las *arterias de la retina*, *tromboembolismos* o hemorragias retinianas que pueden aparecer dependiendo del grado y de la duración de la hipertensión; así como *escotomas* o zonas negras en el campo visual.

Los hipertensos leves y moderados son en su gran mayoría asintomáticos (García, 2000), lo cual puede complicar más la condición

porque la hipertensión no se detecta a tiempo y por ende, no se le dá un tratamiento adecuado.

### 1.2.2 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La evolución y pronóstico de esta enfermedad varían de un paciente a otro. Cuando es consecuencia de una enfermedad conocida (hipertensión secundaria), suele responder favorablemente al tratamiento médico y prácticamente desaparecer. Sin embargo, los pacientes con hipertensión esencial, deben tratarse con una serie de medidas, entre las que destacan el uso de fármacos antihipertensores, las recomendaciones dietéticas y el cambio en hábitos de vida.

- *Uso de fármacos.* Se utilizan fármacos hipotensores entre los que destacan los inhibidores adrenérgicos, los vasodilatadores y diuréticos para disminuir el volumen sanguíneo (Goodman, 1996; Kaplan, 2002). También son útiles los sedantes o tranquilizantes para evitar el componente hipertensivo producido por estados de tensión emocional, sin embargo, el uso excesivo del medicamento - o la falta de éste - genera efectos adversos que pueden dificultar la adherencia al tratamiento, si no se toman en conjunto con otras medidas.

- *Medidas dietéticas para el tratamiento de la hipertensión.* Se recomiendan las dietas bajas en sodio (sal común) para disminuir el volumen circulatorio; dietas hipocalóricas para reducir el peso del paciente, así como bajas en colesterol para evitar acumulación de éste en las arterias. Labarthe y Ayala (2002), mostraron que existen cambios estadísticamente significativos en la presión sanguínea tanto sistólica como diastólica, al restringir a un grupo de personas hipertensas de la ingesta de sal. En otro estudio (Goodman, 1996) se menciona que la restricción moderada de la ingesta de sal hasta de 5 g/día, disminuye en promedio hasta 12 mm Hg. en presión sistólica y 6mm Hg. en la diastólica.

Hacer una dieta implica un cambio difícil en el estilo de vida, impactando inicialmente de forma directa y negativa su calidad de vida (Plaisted, Lin, Ard, Mc Clure & Svetkey, 1999), una vez que se obtienen los resultados esperados (la reducción del peso y/o del sodio), el impacto negativo de un principio, se modifica, pues al alcanzar la meta propuesta hay resultados objetivos que pueden observarse inmediatamente tanto por los pacientes como por el equipo médico y paramédico. Estas intervenciones constituyen aproximaciones alternativas al tratamiento farmacológico.

- *Hábitos de vida.* A los pacientes se les recomienda evitar excesos físicos que los agoten demasiado así como evitar circunstancias de estrés. Una forma para combatirlo es el manejo de relajación.

Diversos investigadores (Hoelscher & Lickstein, 1986; Sheu, Irvin, Lin & Mar, 2003), se han interesado en el entrenamiento en relajación y en la medición de sus resultados. Sheu y colegas (2003) han encontrado cambios fisiológicos significativos tanto a nivel inmediato como a largo plazo, decrementando el pulso 2.9 latidos por minuto, la presión sistólica en 5.1 mm Hg. al igual que la presión diastólica en 3.1 mm Hg, además de que disminuye la percepción del estrés y mejora la propia percepción de la salud.

De igual forma, se le recomienda al paciente, disminuir y de preferencia eliminar el consumo de tabaco, café y alcohol, debido a los efectos fisiológicos que trae cada uno al organismo.

Finalmente, la implementación de una rutina de ejercicios físicos, lleva a resultados positivos en la resistencia cardiovascular y física, así como la prevención de diversas enfermedades, impedimentos físicos y aumento en el nivel de independencia que tienen un impacto positivo en el paciente hipertenso (Mazzeo & Tanaka, 2001).

En este capítulo se han revisado las características de la hipertensión, desde su prevalencia e importancia, su definición, clasificación, las posibles causas que la provocan así como sus consecuencias y algunas opciones de tratamiento. No es fácil para las personas con enfermedades crónicas, en este caso la hipertensión,

modificar su estilo de vida dramáticamente, se necesita tanto del apoyo social como de la motivación del paciente, retos que los profesionales de la salud (ya sea médicos, enfermeras, trabajadoras (es) sociales, psicólogos, entre otros) no deben perder de vista y sobre todo que las estrategias que implementen sean lo suficientemente eficaces para obtener resultados positivos y a corto o mediano plazo.

## CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA

Recientemente el estudio de calidad de vida se ha relacionado con aspectos enfocados a la salud tanto a nivel de prevención como de tratamiento y seguimiento. Se le ha considerado a la calidad de vida como un constructo multidimensional que engloba principalmente áreas a nivel emocional, física y social. De la misma forma, se han buscado diversas alternativas para la medición válida y confiable de la calidad de vida.

Aspectos relevantes de su estudio se enfocan en el impacto de diversas enfermedades en la calidad de vida, en los tratamientos así como los efectos secundarios que conlleven, además de permitir un mayor conocimiento del paciente y su proceso de enfermedad.

En el caso específico de hipertensión, se han realizado diversas investigaciones e intervenciones que resultan favorables en las mediciones de calidad de vida de las personas, siendo necesarias la divulgación así como seguir en la búsqueda y mejora de ellas para lograr cambios efectivos y duraderos en el control de la presión arterial.

## 2.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

El campo de la Psicología de la Salud se ha visto ampliado al promover diferentes estrategias de prevención y de intervención para mejorar la salud destacando tres principales: 1) *prevención primaria* o promoción de la salud, donde a la población de alto riesgo de sufrir una enfermedad, se le enseña a adoptar estilos de vida con el fin de protegerse (Sánchez - Sosa, 2002<sup>a</sup>; Sarafino, 1998); 2) *prevención secundaria*, que son las acciones que se llevan a cabo para identificar y tratar una enfermedad a fin de que ésta no progrese y 3) la *prevención terciaria*, una vez que se identifica una enfermedad, se requieren acciones para retardar o contener el daño físico, prevenir discapacidad y/o rehabilitar al paciente (Sarafino, 1998).

Este tipo de acciones implican además de conductas instrumentales, emociones, cogniciones así como su interdependencia. Aunados a otros factores como los biológicos (herencia), nutrición, calidad del ambiente y servicios de salud, forman las bases para que la Psicología de la Salud evalúe con herramientas útiles las necesidades para el mantenimiento ó mejoramiento de la salud, o en su caso, el retardo del nivel de deterioro debido a enfermedades crónicas, degenerativas y progresivas (Sánchez - Sosa, 2002<sup>a</sup>).

Algunos autores al buscar una definición de "calidad de vida" lo relacionan históricamente con el de 'felicidad', que a su vez se le puede

relacionar con el de 'bienestar'. Griffin, en 1986 (citado en Simón, 1999) ha propuesto que el 'bienestar' es el nivel en el que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas.

Otros autores, consideran la calidad de vida relacionada con salud como un constructo multidimensional, mencionan que evalúa al menos tres aspectos: estabilidad emocional, estado físico y funcionamiento social (Power, Bullinger & Harper, 1999). De la misma forma, Erci y cols. (2003), mencionan que la calidad de vida, se puede definir como todas las situaciones y factores que tienen impacto en el individuo, incluyendo actividad física, bienestar, autocuidado, actitudes positivas ante la vida y hacia otros, ausencia de dolor, vida con significado y satisfacción en el trabajo.

Por último, existen autores que definen calidad de vida como: la combinación entre características situacionales (como demandas y oportunidades) y entre las expectativas individuales, las habilidades y necesidades percibidas por el individuo (Palomar, 1995; WHOQOL Group, 1993).

Para fines de esta investigación, se consideró la definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud considerando a la calidad de vida como "la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses" (WHOQOL

Group, 1993). Estos aspectos se ven afectados por la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de interdependencia, sus relaciones sociales y las relaciones características con su ambiente, es por eso que hablar de calidad de vida engloba diferentes aspectos de la persona así como la situación específica que esté viviendo, siendo evidente que calidad de vida no puede definirse como un factor aislado o como un constructo independiente, sino más bien como un concepto interdependiente entre las diferentes áreas del individuo.

Siendo así, se han encontrado diferentes definiciones de calidad de vida, pero que comparten algunas características en común, como son: la satisfacción de las necesidades básicas, la evaluación de las características situacionales de la persona (principalmente el estado psicológico del individuo, estado actual de salud física y desenvolvimiento social); también hacen mención de las expectativas a futuro así como el nivel de satisfacción general y por último se realiza una evaluación de las situaciones que han tenido un impacto en el individuo.

Dentro del campo de la salud, las metas de más alto grado de calidad de vida estarían representadas por una vida lo más larga posible y en el mejor estado de salud físico y mental, siendo distribuido equitativamente entre los individuos y grupos que forman la comunidad (Setién, 1993, citado en Escalante, 1999).

Diversas instituciones a nivel mundial, como la ONU, UNESCO, OMS y UNICEF, han promovido proyectos de registro de datos, estados comparativos del grado de desarrollo y las condiciones de vida así como de salud entre las diferentes naciones, haciéndose necesaria la valoración de calidad de vida en éstas para jerarquizar y llevar a cabo programas además de políticas de desarrollo que promuevan el bienestar de la población. Estos registros posibilitan que posteriormente se pueda exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales en relación con los derechos humanos (Quintero & González, 1997, citado en Baltazar y Rodríguez, 1999; Gellert, 1993, citado en Palencia, 2001).

Se considera al estudio de calidad de vida socialmente relevante cuando (Power, Bullinger & Harper, 1999):

- 1) Se realizan estudios epidemiológicos, describiendo la salud subjetivamente percibida y el estatus social de ciertas poblaciones.
- 2) Se mide calidad de vida en ensayos clínicos, al comparar intervenciones que afecten la calidad de vida y
- 3) En estudios económicos de salud, al observar los beneficios de tratamientos en relación con la calidad de vida.

La calidad de vida no sólo ha sido estudiada desde el punto de vista social, existen también estudios de calidad de vida relacionados con enfermedad - implicando al área de salud - entre ellos, Font (1994,

citado en Alvaradejo & Delgado, 1996) señala que su importancia radica en:

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico y fisiológico.
- Conocer los efectos secundarios de los tratamientos.
- Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- Evaluar las terapias paliativas.
- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos facilitando la comparación de terapias alternativas.
- Facilitar la rehabilitación del paciente o del grupo de pacientes.

Es por eso que en los últimos años se han desarrollado diversas investigaciones relacionando calidad de vida con los diferentes aspectos que engloban la actividad diaria del individuo. Se han realizado estudios para evaluar el impacto de medicamentos, comparaciones entre poblaciones - estudios transculturales -, evaluación de métodos de intervención individual o grupal (con diferentes enfoques teóricos), mediciones transversales y longitudinales en ambientes clínicos y laborales, entre otros.

Por otro lado, existen investigaciones especializadas en la evaluación de calidad de vida en relación con la salud, por ejemplo,

aquellas que se dedican a conocer el impacto de enfermedades crónicas en el estado emocional de los pacientes, los efectos secundarios de los tratamientos, las habilidades funcionales de los pacientes, los tipos de afrontamiento hacia los problemas, así como las incapacidades que producen algunos trastornos.

Con el desarrollo de estas investigaciones, se ha logrado identificar algunas áreas afectadas en el ajuste y la adaptación a la enfermedad (Carballido, 2003; Cortázar, 2003; Palencia, 2001, Power, Bullinger & Harper,1999; Riveros, 2002; Robles, 2002; Rodríguez, 2002).

La Psicología en el campo de la salud, al hacer estudios relacionados con calidad de vida, puede profundizar en el estudio de valores subjetivos y objetivos de diversas poblaciones, observar aquellos procesos que llevan a las personas a su satisfacción y bienestar, al igual que analizar los mecanismos de afrontamiento que utilizan ante la presencia de alguna enfermedad crónica.

Los hallazgos obtenidos de estas investigaciones, sirven como base para adoptar medidas preventivas en la población de mayor riesgo (prevención primaria); llevar a cabo sondeos y programas de educación para adoptar conductas protectoras en el curso de la enfermedad (prevención secundaria), finalmente identificar las complicaciones mayores y dificultades de los pacientes para disminuir el posible daño físico e irreversible por la enfermedad, prevenir

discapacidades consecuentes o la muerte prematura (prevención terciaria) (Sánchez - Sosa, 2002<sup>a</sup>). Todo lo anterior debido a la ausencia de estrategias instrumentales, cognitivas o emocionales efectivas y precisas durante el curso de la hipertensión.

### 2.1.1 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA.

Dado que las enfermedades infecciosas que obtenían un alto porcentaje en la morbilidad de la población en los años 70, han resultado desplazadas por las enfermedades crónico - degenerativas (Resendiz, 1998), éstas últimas representan una prioridad de las Instituciones de salud que abarcan desde la prevención, intervención, búsqueda de tratamientos eficaces así como la medición de los aspectos que influyen en el mejoramiento o deterioro de la calidad de vida.

En el caso de nuestro país, las enfermedades infecciosas siguen siendo un problema para las instituciones de salud (que en la mayoría de los casos se pueden evitar o posponer indefinidamente con acciones de prevención y educación) (Sánchez - Sosa, 2002<sup>a</sup>). En contraste, las enfermedades crónicas van en continuo aumento, preocupando por sus altos índices de morbilidad hospitalaria y mortalidad. En estadísticas publicadas por el INEGI, se informa que las enfermedades coronarias ocupan en 5º lugar de morbilidad, mientras que en 11º lugar

está la diabetes mellitus ( Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2002).

La literatura de investigación ha revelado que éstos padecimientos se relacionan con conductas y estilos de vida inadecuados tales como una alimentación deficiente que es alta en grasas y azúcares simples; consumo del tabaco, alcohol y la carencia de actividad física (Brannon & Feist, 2000).

Se consideran a los padecimientos crónicos como condiciones que generalmente se prolongan por más de seis meses, con tratamientos frecuentemente prolongados y complejos, además de que el padecerlos modifica el bienestar y funcionalidad del paciente y su familia. Esta funcionalidad suele recuperarse al realizar cambios permanentes en actividades cotidianas e implementar nuevas conductas, generalmente de por vida, ya sea con dietas especiales, actividad o inactividad física específica, adquisición de nuevas rutinas que no interfieran con el tratamiento, entre otros (Riveros, 2002).

Diversos estudios han mostrado que el padecer alguna enfermedad crónico - degenerativa deteriora el bienestar de la persona, afectando directa o indirectamente a diferentes áreas de su funcionamiento (Palencia, 2001) como el estado emocional de los pacientes; efectos secundarios de los tratamientos; habilidades

funcionales así como las incapacidades temporales o permanentes que producen algunos trastornos.

Aunado a esto, el padecer una enfermedad crónica frecuentemente implica, además del dolor por la enfermedad o las limitaciones físicas que conlleva, cambios emocionales adversos. Es frecuente la aparición de síntomas depresivos, ansiosos, sentimientos de soledad y redes sociales disminuidas. En pacientes *diabéticos* se ha encontrado que existe una incidencia mayor de desórdenes depresivos así como bajo apoyo social (Rodríguez, 2002); en *pacientes pediátricos con cáncer*, al existir una mayor percepción de efectos colaterales del cáncer, parece darse una evasión para solucionar problemas y una disminución de la capacidad para controlar emociones negativas (Ayala & García, 2001). Igualmente en *adultos con cáncer*, el miedo, la ansiedad, la depresión y un menor locus de control interno se incrementan (Escalante, 1999); en pacientes con *cirrosis hepática*, hay una baja o regular calidad de vida, pueden desarrollar trastornos de ansiedad e irritabilidad, así como franca incapacidad en los últimos días de vida (Moore, Burrows & Hardy, 1997). En personas con *enfermedades renales*, los síntomas depresivos aumentan, conforme aumenta su incapacidad, disminuyen su autocuidado y pierden autonomía – al depender de la familia para sostener los cuidados médicos que se requieren – (Symister & Friend, 1996). Por último, en los pacientes con *hipertensión*, se encuentran más probabilidades de

desarrollar un trastorno de ansiedad que en pacientes con otras enfermedades crónicas (Sherbourne, Wells & Judd, 1996).

En estudios realizados con pacientes crónicos en la Ciudad de México al recolectar datos mediante un inventario de calidad de vida, se encontró que éstos pacientes muestran un deterioro importante en todas las áreas evaluadas de calidad de vida, principalmente en las áreas de funciones cognitivas, percepción de salud y ansiedad, mientras que el área de relaciones interpersonales mostró un deterioro menor (Riveros, 2002; Rodríguez, 2002).

## 2.1.2 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El interés en el área de padecimientos crónico - degenerativos ha crecido últimamente. En México se han realizado diferentes investigaciones en población específica, como es el caso de personas que padecen insuficiencia renal crónica (Palencia, 2000), pacientes seropositivos (Escalante, 1999; González & Sánchez- Sosa, 2000), diabéticos (Cortázar, 2003), hipertensos (Riveros, 2002), con cáncer (Alvaradejo & Delgado, 1996; Resendiz, 1998), con lupus eritematoso, con aterosclerosis, enfermedades reumáticas (Resendiz, 1998), entre otras.

Dado que la hipertensión se considera como un factor importante en el desarrollo de enfermedades coronarias, su estudio y su prevención se han abarcado en diversas investigaciones e intervenciones de los sectores de salud. Debido que este padecimiento suele ser asintomático, las personas que la padecen no perciben cambios que interfieran abruptamente con su rutina diaria por lo que se encuentran en gran riesgo de sufrir un daño permanente al corazón, al cerebro, una discapacidad o muerte repentina si no son atendidas a tiempo y se toman medidas de precaución adecuadas.

En una Encuesta Nacional de Salud relativamente reciente, (Velazquez, Rosas, Lara & Pastelin, Grupo, ENSA, 2002) se informa

que en México sólo el 39% de la población hipertensa ha sido diagnosticada, mientras que el 61% restante ignora padecerla; de los primeros, el 53.1% no toman su medicamento a pesar de conocer su padecimiento, constituyendo un grave problema de salud, por las consecuencias a corto y mediano plazo de una constante presión arterial elevada.

La utilización de los servicios médicos por parte de las personas hipertensas va a depender de su percepción de salud, ya que si ésta es pobre, tienden a hacer más visitas al médico (Finkelstein, 2000). Estudios realizados con la percepción de síntomas de esta población, señalan que los síntomas relacionados con hipertensión más mencionados por hombres y mujeres fueron: aparición de “luces” en el campo visual, aceleramiento del ritmo cardíaco, debilidad de las extremidades, dolores de cabeza, sensación de inestabilidad y nocturia, siendo los últimos tres más típicos de personas con hipertensión que no han estado bajo algún tratamiento médico (Bulpitt, Fletcher, Thijs, Staessen, Antikainen, Davidson, Fagard, Gil - Extremera, Jaaskivi, O'Brien, Palatine & Tuomilento, 1999). Los pacientes hipertensos informan también visión borrosa, calambres en piernas, hinchazón de tobillos, dificultades para respirar, boca seca y picazón. El equipo del Medical Research Council Working (1992, citado en Bulpitt, et. al., 1999), agrega desmayos, baja frecuencia de latidos del corazón, dolor de pecho, manos frías, problemas de memoria y en hombres disfunción

sexual, todos ellos reportados en diversos estudios por pacientes hipertensos.

Aunque los síntomas parecen demasiados y relativamente conspicuos como para pasar desapercibidos por los pacientes, parecen ser pocas las personas con un umbral bajo de su percepción, además de que se presentan en periodos cortos. Esto no permite a la persona darle la importancia necesaria para adherirse a un tratamiento médico y/o modificar su estilo de vida por uno más saludable.

Dentro del tratamiento que una persona con presión arterial alta debe mantener, están la ingesta de medicamentos hipotensores (generalmente de por vida), así como la modificación de hábitos para la prevención de complicaciones. La intervención del profesional experto en comportamiento tiene un papel importante en el cumplimiento del tratamiento, ya sea en el entrenamiento del paciente en modificación de conductas (programación de ejercicios, programación de tiempos de reposo, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades de comunicación, etc.), disminución de la ingesta de alimentos altos en colesterol y sodio así como el uso adecuado del medicamento. Estos aspectos suelen amenazar la percepción de su calidad de vida y bienestar, tanto a nivel personal como social.

En relación con el tratamiento farmacológico del paciente hipertenso, existen tres tipos de fármacos, los diuréticos que ayudan a disminuir el volumen sanguíneo por medio de efectos renales; los inhibidores adrenérgicos que actúan en los receptores centrales para inhibir la actividad simpática de nervios u órganos específicos y por último, los vasodilatadores, que actúan sobre el tono venoso, ya sea directamente al relajar sus células musculares, o indirectamente inhibiendo o bloqueando mecanismos hormonales vasoconstrictores (Goodman, 1996, Kaplan, 2002).

Sin embargo, los fármacos hipotensores producen efectos adversos que si no se controlan pueden disminuir la probabilidad de que el paciente los tome correctamente. Por ejemplo, los diuréticos pueden traer como consecuencias impotencia sexual en hombres, problemas de gota o calambres musculares por disminución del potasio; los inhibidores adrenérgicos, pueden producir hipotensión ortostática sintomática (disminución de la presión arterial al cambiar de posición), disfunción sexual, diarrea y retención de líquidos; otro tipo de inhibidor (la metildopa) produce efectos sedantes, disminución de la energía psíquica (que puede ocasionar depresión) o disfunción hepática, en general estos efectos son reversibles al suspender el medicamento (Goodman, 1996; Kaplan, 2002).

Por ello se recomienda que el tratamiento farmacológico de la hipertensión esté bien equilibrado con uno no farmacológico, a fin de

disminuir el impacto de los efectos adversos de los medicamentos y lograr conjuntamente cifras adecuadas de la presión arterial, sin un impacto negativo en la calidad de vida (Degl, Elmfeldt, Hansson, Beteler, James, Lithell, Olofsson, Skog, Trenkwalder, Zanchetti & Wiklund, 2002).

Dentro de los tratamientos no farmacológicos, destacan la reducción de peso, restricción de sal, moderación en el consumo de alcohol, tabaco y café, ejercicio regular, control y manejo de estrés. Estas acciones además de permitir a la persona participar activamente en su tratamiento, ayudan a la disminución gradual de la presión arterial mediante mecanismos psicológicos. Muchos de estos tratamientos requieren modificaciones en los estilos de vida, lo cual entraña un reto para los profesionales de la salud pues se busca mantener y generalizar estas conductas para beneficio del paciente hipertenso.

Se recomienda la reducción del peso corporal, dado que entre la obesidad y la hipertensión existe una correlación positiva, esto es, al presentarse la primera, la incidencia de la segunda es mucho mas probable. Con el mismo fin, es necesario instruir al paciente sobre la disminución del sodio, hacer de su conocimiento los condimentos alternativos para la comida o que adopte la lectura consciente de las etiquetas de la comida preparada, a fin de encontrar mejores opciones para su dieta.

Los estudios sobre el análisis de la relación entre la ingesta de sodio e hipertensión, muestran que la disminución de sodio trae consecuencias benéficas con descensos hasta 12 mm Hg. en presión sistólica (Goodman, 1996; Hoper, Barlett, Smith & Ebrahm, 2002; Labarthe & Ayala, 2002), además de que la restricción de sal mejora la capacidad de respuesta de los fármacos antihipertensores.

Otras conductas que se recomiendan evitar, son el tabaquismo, el consumo de café y de alcohol, ya que suelen aumentar la presión sanguínea. Además de ser factor de riesgo adicional para enfermedades coronarias y cerebrovasculares, generan falta de apego a los regímenes antihipertensores preescritos (Goodman, 1996).

Por último, en el control y manejo de estrés, se han desarrollado diversas intervenciones clínicas, principalmente del tipo cognitivo conductual (Cortázar, 2003; Hoelscher & Lickstein, 1986; Lobato, 2002; Riveros, 2002; Rodríguez, 2002; Schnaider, Castillo - Richmond, Alexander, Myers, Kaushik, Aranguri, Norris, Haney, Rainforth, Calderon & Nidich, 2001; Sheu, Irvin, Lin & Mar, 2003) y otras con enfoque humanista (Erci, Sayan, Tortumluoglu, Kilic, Sahin & Gungormus, 2003), poniendo énfasis en la identificación y solución de problemas, habilidades de comunicación, apoyo social y emocional además de un adecuado entrenamiento en relajación, mostrando que este tipo de intervenciones tienen cambios positivos con significancia estadística y clínica. La literatura recomienda dentro de los

entrenamientos en técnicas de reducción de estrés, la meditación trascendental, retroalimentación biológica, relajación y entrenamiento autógeno (Hoelscher & Lickstein, 1986; Schnaider, Castillo - Richmond, Alexander, Myers, Kaushik, Aranguri, Norris, Haney, Rainforth, Calderon & Nidich, 2001; Sheu, Irvin, Lin & Mar, 2003).

Resumiendo, este capítulo abarcó la calidad de vida enfocada a la salud, se comenzó con la importancia social que tiene su medición enfocándose en la población con alguna enfermedad crónica. En el caso específico de la hipertensión, se revisaron desde los síntomas que reportan los pacientes debido al padecimiento hasta los síntomas debidos al medicamento antihipertensivo (efectos adversos), afectando directamente la calidad de vida del paciente y la propia percepción de salud. Por otro lado, se abordaron las diferentes alternativas que se dan para el seguimiento del tratamiento así como aquellas efectivas para el control adecuado de la presión arterial elevada.

Se estima que la no adherencia terapéutica a condiciones crónicas asintomáticas es del 70% (Kaplan, 1997; Sawada, Yamakishi & Shimazy, 1983), en el caso de la hipertensión se estima que es del 75% (Burt, Whelton & Roccella, 1995). La importancia del tratamiento temprano de la hipertensión debido a las complicaciones que acarrea, así como el cambio en los hábitos de la persona a fin de mejorar su salud, resulta básica. La búsqueda de instrumentos confiables y válidos que evalúen y sean sensibles a cambios en la calidad de vida de

la persona, permitirá utilizarlos como herramientas para investigación o en intervenciones terapéuticas. El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) ofrece la opción de evaluar diferentes aspectos de la vida de una persona y se especializa en enfermedades crónicas, que hace aún más específico el análisis de áreas de gran relevancia tanto para la persona a la que se le aplica, como para el investigador o terapeuta que lo utiliza.

Recientemente el estudio de diversos factores que inciden en las enfermedades crónicas ha sido objeto de análisis de investigaciones, sin embargo, existen muy pocas enfocadas a la hipertensión, donde el conocimiento específico de ésta enfermedad así como el impacto que pueda tener en una persona son indispensables para la elaboración de estrategias de intervención.

## CAPÍTULO 3. MÉTODO

### OBJETIVO

Analizar cuantitativa y cualitativamente las áreas en las que se ve afectada la Calidad de Vida en un grupo de pacientes con hipertensión.

### PARTICIPANTES

El reclutamiento de los participantes fue no probabilístico por cuota, se obtuvo un total de 130 pacientes hipertensos, capturados en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, así como de diversas clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el primer Instituto, se trabajó con los pacientes que acudían a consulta externa o a los grupos de rehabilitación por primera vez; en el segundo Instituto, se trabajó con los pacientes que acudían a los grupos informativos de personas con diabetes e hipertensión del Programa “PrevenIMSS” así como los que asistían a su consulta de control mensual con el médico familiar. Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se enumeran a continuación.

#### *Inclusión:*

- Haber recibido un diagnóstico de hipertensión arterial esencial por un médico.
- Mayores de 18 años.
- Que puedan leer y escribir.

### *Exclusión:*

- Pacientes analfabetas o débiles visuales.
- Pacientes con disfunción cognitiva.
- Pacientes que hayan sufrido infarto al miocardio en los últimos seis meses.
- Pacientes con hipertensión secundaria.

### *Eliminación:*

- Pacientes que ingresen a alguna de las categorías de exclusión durante el curso del estudio.
- Retiro voluntario del estudio.

El grupo final quedó conformado por 130 participantes, de los cuales el 79.2% fueron mujeres y el 20.8% hombres, su edad entre los 29 y los 87 años de edad, con un promedio de 58.6 años. El mayor porcentaje del grupo había cursado primaria incompleta (34.6%), siguiendo en orden descendente los de primaria completa (23.1%), sin escolaridad (11.5%), secundaria completa (10.8%), con alguna carrera a nivel técnico (6.2%), secundaria incompleta (4.6%), bachillerato incompleto (3.1%), estudios universitarios (3.1%), bachillerato completo (0.8%).

La mayoría de los pacientes se dedicaba al hogar con un 62.3% , el 13.1% eran empleados, el 10.8% eran comerciantes; el resto de la

muestra quedó conformada con personas pensionadas o desempleadas, entre otros.

En cuanto al diagnóstico médico, el 92.3% padecían sólo hipertensión, mientras que el 5.4% presentaban como enfermedad comórbida diabetes u otra enfermedad (1.5%), siendo de menor frecuencia el haber sufrido un infarto al miocardio anterior a seis meses (0.8%). El tiempo promedio de evolución de la hipertensión fue de 6.7 años, con una evolución mínima de diagnóstico de 15 días y máxima de 35 años. Los datos sociodemográficos se pueden ver en la Tabla 1.

*Tabla 1. Características sociodemográficas de la población.*

SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	DIAGNÓSTICO
Mujeres	Casado 66.9%	Ninguna 11.5%	Hogar 62.3%	Hipertensión 92.3%
79.2%	Soltero 3.1%	Primaria inc. 34.6%	Empleado 13.1%	HTA y DB 5.4%
	Divorciado 1.5%	Primaria comp. 23.1%	Comercio 10.8%	HTA e inf. 0.8%
Hombres	Con pareja 2.3%	Secundaria inc. 4.6%	Desempleado 0.8%	HTA y otra enfermedad 1.5%
20.8%	Separado 7.7%	Secundaria comp. 10.8%	Otros 6.2%	
	Viudo 18.5%	Bachillerato inc. 3.1%		
		Bachillerato comp. 0.8%		
		Técnico 6.2%		
		Est. universitarios 3.1%		

**Inc.** : Incompleta, **comp.**: completa; **HTA.** : Hipertensión; **DB.** Diabetes; **inf.** : infarto al miocardio anterior a seis meses.

## TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, caracterizado por el propósito de especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a análisis. Se miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. El grupo se conformó de manera no probabilística por cuota (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

## INSTRUMENTO

Se utilizó el *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*.

El Inventario se diseñó a partir de diferentes escalas de medición de calidad de vida en padecimientos crónicos (tanto escalas específicas como generales) basándose en investigación documental y en la experiencia clínica en hospitales del propio grupo de trabajo. Se tomaron en cuenta los reactivos consistentemente mencionados en la mayoría de las escalas así como los de mayor peso factorial, por considerarse los más claramente vinculados con aspectos de evaluación de calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos.

El inventario original fue la Escala de Calidad de Vida en Pacientes Seropositivos (EsCaViPS) (González, 2001). A este inventario se le agregaron reactivos del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) (Hernández, Sánchez Sosa, 1993); del Múltiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickey, Hays,

Marooni, Myers & Ellison, 1995); del Obesity Related Well- Being Questionary (ORWELL 97) (Mannucci, Rica, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras & Rotella, 1999); del Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Boggs & Graham - Ple, 1994); del Cuestionario de Calidad de Vida de Postinfarto del Miocardio (Mac New QLMI) (Brotnos, Ribera, Permyer, Cascart, Moral, Pinar & Oldridge, 2001); y del Perfil de Calidad de Vida en enfermos crónicos (PECVEC) (Fernández, Hernández & Rancano, 1999).

El formato se modificó de modo que el aplicador lo tomara como guía, para una entrevista estructurada.

En una etapa inicial, se realizó una validación por jueceo, que arrojó cinco áreas: percepción de salud y bienestar, relaciones interpersonales, funciones cognitivas, síntomas y un estimador general de calidad de vida encontrándose una consistencia interna para todo el instrumento  $\alpha = 0.9023$  y valores entre  $\alpha = 0.7202$  a  $\alpha = 0.8265$  para cada una de las áreas (Cortázar, 2003).

Aunque los valores de consistencia eran adecuados, el balance de las áreas permanecía muy heterogéneo de modo que se corrió un análisis factorial con la intención de conocer los reactivos correlacionados que pudieran conformar áreas, y mantenerlas en el mínimo posible de ítems. Se obtuvieron trece áreas: Bienestar y salud, adherencia terapéutica, percepción corporal, apoyo percibido,

desempeño físico, funciones cognitivas, familia, preocupaciones familiares, independencia, alejamiento, interacción social y síntomas físicos.

A fin de hacer el Inventario autoaplicable, el formato se modificó, mostrando los reactivos de cada área en página aparte; dentro de cada reactivo, se agregó la opción de respuesta con una Escala Pictórica Tipo Likert (Lagunes, 1993) (cuadrados con diferente dimensión, yendo del más pequeño al más grande). La versión utilizada en el presente estudio del Inventario de Calidad de Vida y Salud se muestra en el Anexo 1.

Se realizó un análisis de discriminación de reactivos y para cada área del InCaViSa, se hizo un análisis de consistencia interna, analizando su matriz de correlación entre los reactivos así como sus valores individuales, se eliminaron aquellos reactivos que aportaban poco al área o disminuían la correlación total; los que mostraban tener relación con otra área se les sometió al mismo procedimiento para integrarlos. Se obtuvieron valores alfa entre  $\alpha = 0.6243$  y  $\alpha = 0.8220$ . Al correr un análisis factorial confirmatorio se obtuvo que la varianza explicada fue de 64.62%. Las áreas finales se muestran en la Tabla 2.

El área de síntomas se dejó completa con una consistencia interna de  $\alpha = 0.6768$ .

Tabla 2. Áreas finales del Inventario de Calidad de Vida y Salud

Nombre del Área	Reactivos	Correlación del ítem.
Apariencia física $\alpha = 0.6243$	5 Estoy satisfecho (a) con la apariencia de mi cuerpo. 6 Me preocupa que mi cuerpo se vea diferente por estar enfermo(a). 7 Me siento restringido (a) por mi peso. 8 Me da pena mi cuerpo.	0.2283 0.3720 0.5286 0.5116
Desempeño físico $\alpha = 0.6590$	10 Me siento activo (a) y lleno (a) de energía. 13 Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos. 14 Puedo subir más de un piso por las escaleras sin cansarme demasiado 20 Puedo ir a donde quiero yo solo (a).	0.2721 0.5344 0.5640 0.4086
Adherencia Terapéutica $\alpha = 0.6700$	22 Me fastidia tomar tantas medicinas. 23 Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad. 25 Me siento a gusto con mi médico. 27 El trato que he recibido en el hospital ha lastimado mis sentimientos.	0.4288 0.4807 0.4899 0.4392
Funciones Cognitivas $\alpha = 0.8220$	31 Se me olvida dónde puse las cosas. 32 Se me olvidan los nombres. 34 Tengo dificultades para concentrarme y pensar. 35 Tengo problemas con mi memoria.	0.6350 0.6654 0.6145 0.6729
Familia $\alpha = 0.7255$	37 El amor de mi familia es lo mejor que tengo. 38 Me siento a gusto entre los miembros de mi familia y círculo de amigos. 39 Mi familia me comprende y apoya. 40 El trato de mi familia lastima mis sentimientos.	0.6076 0.5275 0.6689 0.4399
Preocupaciones sociales debido a la enfermedad $\alpha = 0.7801$	42 Me incomoda el trato que me dan por mi enfermedad. 43 Me preocupa que mi familia cubra los gastos de mi enfermedad. 44 Mi enfermedad es una carga para mi familia. 58 Me preocupa que alguien no quiera salir conmigo por mi enfermedad.	0.5873 0.6231 0.6558 0.4942
Alejamiento $\alpha = 0.8176$	46 Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente. 47 Me siento tan vacío (a) que nada podría animarme. 49 Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes. 57 Me siento sólo (a) aún estando en compañía de otros.	0.6443 0.7399 0.5579 0.6357
Percepción de apoyo social $\alpha = 0.7572$	28 Le intereso a mis amigos. 29 Tengo a quién recurrir cuando tengo problemas de dinero. 51 Cuando las cosas me salen mal hay alguien quien me puede ayudar. 53 Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.	0.4054 0.5700 0.6718 0.5956

Finalmente se obtuvo la correlación entre todas las áreas conformadas, obteniéndose un valor  $\alpha = 0.7653$  en la escala total (Ver Tabla 3).

*Tabla 3. Correlación de las áreas finales del InCaViSa*

Confiabilidad Total del InCaViSa	Áreas finales del InCaViSa	Correlación del área.
$\alpha = 0.7653$	Apariencia física	0.4700
	Desempeño Físico	0.3896
	Adherencia Terapéutica	0.3714
	Funciones cognitivas	0.4176
	Familia	0.4654
	Preocupaciones sociales debido a la enfermedad	0.4485
	Alejamiento	0.5381
	Percepción de apoyo social.	0.6533

*Descripción de las áreas que conformaron el InCaViSa:*

Apariencia Física. El área hace referencia a la imagen corporal del individuo. Se incluye aquí si la apariencia del cuerpo se percibe en sentido positivo o negativo (si se encuentra satisfecho o no con su cuerpo, su peso, etc.) y si ésta percepción se ha modificado debido a la enfermedad.

Desempeño Físico. Explora la energía y resistencia física percibida por la persona para realizar las tareas necesarias de la vida diaria.

Adherencia Terapéutica. Esta área se refiere a cogniciones y efectos relacionados con el medicamento y con el seguimiento adecuado de las indicaciones del equipo médico.

Funciones cognitivas. Hace referencia a las capacidades de memoria, concentración, pensamiento y atención del individuo.

Familia. Se refiere a la relación afectiva que existe entre la persona y los miembros de la familia, existen reactivos tanto positivos como negativos que ayudan a evaluar si existe apoyo social dentro de la familia.

Preocupaciones sociales debido a la enfermedad. Esta área incluye reactivos que relacionan el estado de bienestar del individuo con la enfermedad que esté cursando. Hace relación tanto a la familia como a otras personas que involucran un trato social.

Alejamiento. Explora sentimientos negativos de incompetencia, disminución de la confianza y soledad del individuo.

Percepción de apoyo social. Se mencionan diversas situaciones que involucran el apoyo tanto de amigos, conocidos o familiares, en particular se refiere a la medida en que la persona puede depender de este soporte en una posible crisis o toma de decisiones.

Síntomas. Se enlistan una serie de síntomas más frecuentes que pueden presentar los individuos, se tienen cinco opciones de respuesta que hacen referencia a la intensidad con la que se percibió el síntoma.

*Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud.  
Versión Breve. (World Health Organization Quality of Life – Bref, WHO  
QOL - Bref).*

El instrumento se desarrolló para tener una medida cuantificable de la calidad de vida en diversas culturas. El desarrollo del primer instrumento fue en su versión larga (con 100 reactivos) a través de un grupo de investigadores de quince diferentes países quienes lograron definir calidad de vida como “la percepción de los individuos acerca de su posición en la vida, dentro del contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses” (Power, Bullinger & Harper, 1999; Carroll, Cossar & Hayes, 2000). Suministra un perfil multidimensional de los puntajes a través de los dominios y subdominios de la calidad de vida, donde se obtuvieron cuatro principales dominios del instrumento: salud física, área psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

La escala original (WHOQOL 100) se ha traducido a 29 idiomas, obteniéndose altos valores de confiabilidad y validez. A pesar de sus resultados favorables, se ha desarrollado la escala breve (WHOQOL Bref), a fin de acortar el número de reactivos y el tiempo de aplicación.

Se realizó un análisis de reactivos seleccionando aquellos que mantuvieran una correlación mayor con el total del instrumento, se obtuvo una escala con 26 reactivos que en un análisis factorial confirmatorio, se relacionaban con las cuatro principales áreas del instrumento original (Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, 1998; WHOQOL World Health Organization Quality of Life, 1998), convirtiéndose en una alternativa adecuada a la evaluación del perfil de los dominios de la primera escala, que da una medición rápida del puntaje total.

Se obtuvieron resultados favorables de validez discriminante, de contenido, consistencia interna y test-retest (WHOQOL Group, 1998). Los valores de consistencia interna del WHOQOL - Bref varían entre  $\alpha = 0.66$  y  $\alpha = 0.84$  (Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, 1998).

El instrumento se ha utilizado en diversas investigaciones sobre medidas de salud, intervenciones quirúrgicas, estudios transculturales, así como en diferentes tipos de enfermedades para evaluar su impacto en la calidad de vida. Ha demostrado tener altos valores de confiabilidad, validez, así como sensibilidad al cambio en distintas intervenciones (Carroll, Cossar & Hayes, 2000, González -Celis, 2002; Leplege & Ecosse, 2000; López & Zinder, 2003; Saxena, Carlson, Billington & Orley, 2001; Skevington, Carse & Williams, 2001; Taylor & Francis, 2003)

Para medir la validez concurrente del Inventario de Calidad de Vida y Salud, se utilizó la correlación producto - momento de Pearson, donde se correlacionaron las áreas del InCaViSa con las del instrumento WHO QOL Bref (Ver Tabla 4). Para cada combinación se consideraron aquellos que presentaban valores más cercanos a +/-1.

Tabla 4. Correlación de las áreas del InCaViSa con las áreas del WHOQOL - Bref

ÁREAS DEL InCaViSa	ÁREAS DEL WHOQOL - BREF				
	SAUD FÍSICA	ÁREA PSICOLÓGICA	RELACIONES SOCIALES	MEDIO AMBIENTE	TOTAL WHOQOL
APARIENCIA FÍSICA	0.26**	0.406**	0.313**	0.222*	0.352*
DESEMPEÑO FÍSICO	0.368**	0.244**	0.29**	0.285**	0.311*
ADHERENCIA TERAPEUTICA	0.298**	0.34**	0.196	0.372**	0.375**
FUNCIONES COGNITIVAS	0.39**	0.283**	0.36**	0.254**	0.43**
FAMILIA	0.213*	0.41**	0.301**	0.25**	0.397**
PREOCCUPACIONES SOCIALES DEBIDO A LA ENF.	0.336**	0.315**	0.452**	0.355**	0.449*
PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL	0.294**	0.497**	0.524**	0.292**	0.496*
ALEJAMIENTO	0.389**	0.393**	0.331**	0.268**	0.361*
TOTAL InCaViSa	0.523**	0.597**	0.516**	0.383**	0.633*

\*p<0.05 \*\*p<0.01 de dos colas

Los valores de la correlación resultaron positivos en todas las áreas, es decir, que al obtener mayores puntuaciones en las áreas del Instrumento WHOQOL - Bref, se obtenían mayores puntuaciones en las áreas del InCaViSa, o a la inversa, a menores puntuaciones de un instrumento, menores puntuaciones del otro.

Se encontró mayor relación entre ciertas áreas de los dos instrumentos. El área de salud física del WHOQOL - Bref, obtuvo correlaciones significativas con dos áreas del InCaViSa la de desempeño físico y funciones cognitivas; el área psicológica del WHOQOL correlacionó alto con apariencia física, familia y

alejamiento. El área de relaciones sociales, correlacionó positivamente con las áreas de preocupaciones sociales debido a la enfermedad y percepción de apoyo social; el área de medio ambiente correlacionó positivamente con adherencia terapéutica y finalmente, al correlacionar los totales de cada instrumento, se observó un resultado alto y positivo. Las áreas que no mostraron correlación significativa fueron: adherencia terapéutica del InCaViSa con relaciones sociales del WHOQOL - Bref.

## PROCEDIMIENTO

Se reclutaron a las personas que cumplían con los criterios de inclusión, tanto del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" como de diversas clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social". Se les invitaba a participar al estudio y una vez obtenido su consentimiento, se comenzó con la aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud.

Las instrucciones se leían con el paciente, se verificaba en los primeros cuatro reactivos que las comprendiera con claridad, si existían dudas, se le resolvían en ese momento. En caso de que a la persona se le dificultara contestar el inventario por sí misma, se procedía a aplicarlo como entrevista estructurada cerrada, donde se leía con el paciente el reactivo, se le presentaban las opciones y se anotaba su respuesta.

Posterior a la aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud, se realizaba la aplicación del WHOQOL - BREF. Las instrucciones se leían junto con el paciente, si existían dudas, se le resolvían en ese momento. Su aplicación se realizó en la misma sesión.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron los resultados totales de los dos inventarios, obteniéndose puntuaciones totales de las escalas, así como de cada área. Posteriormente se realizaron análisis con las pruebas Chi Cuadrada, T de Student, Análisis de Varianza de una Vía (ANOVA), así como pruebas Post Hoc de Sheffe para encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y las puntuaciones de calidad de vida medidas por los dos inventarios.

## RESULTADOS

### Inventario de Calidad de Vida y Salud.

#### *Puntuaciones por áreas y total del InCaViSa*

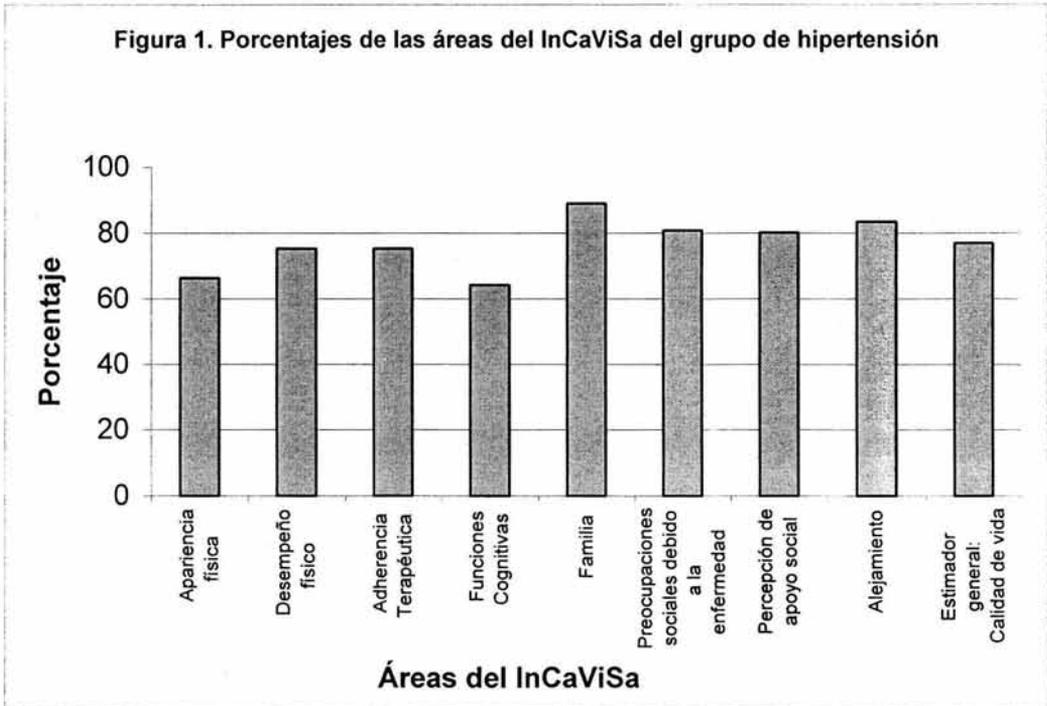
La Tabla 5 muestra los valores de media, desviación estándar y porcentajes para cada una de las áreas<sup>1</sup> del Inventario de Calidad de Vida y Salud, el estimador general de calidad de vida y para el total.

**TABLA 5 . MEDIAS, DESVIACIONES ESTÁNDAR Y PORCENTAJES DE LAS ÁREAS DEL InCaViSa**

ÁREA	MEDIA	D.E.	%CALIDAD DE VIDA
Apariencia física (N = 118)	15.99	4.33	66.25%
Desempeño físico (N = 128)	18.07	4.02	75.29%
Adherencia Terapéutica (N =118)	18.07	4.16	75.29%
Funciones Cognitivas (N = 117)	15.41	4.61	64.20%
Familia (N = 122)	21.33	2.99	88.87%
Preocupaciones sociales debido a la enfermedad (N=117)	19.4	4.61	80.83%
Percepción de apoyo social (N=125)	19.23	4.42	80.12%
Alejamiento (N = 122)	20.00	4.54	83.33%
Estimador general: Calidad de vida	4.62	1.09	77%
<b>TOTAL (N = 99)</b>	<b>148.86</b>	<b>21.11</b>	<b>77.53%</b>

<sup>1</sup> El porcentaje se obtuvo al considerar que la puntuación mayor por cada área es igual a 24 puntos, que conforman el 100%.

La Figura 1 muestra que el área menos afectada de los pacientes hipertensos es el área de la familia (88.87%), siguiendo en orden descendente alejamiento (83.3%), preocupaciones sociales debido a la enfermedad (80.83%), percepción de apoyo social (80.12%), desempeño físico (75.29%), adherencia terapéutica (75.29%), apariencia física (66.25%) y finalmente el área más afectada fue la de funciones cognitivas (64.20%).



<sup>1</sup> El porcentaje se obtuvo al considerar que la puntuación mayor por cada área es igual a 24 puntos, que conforman el 100%.

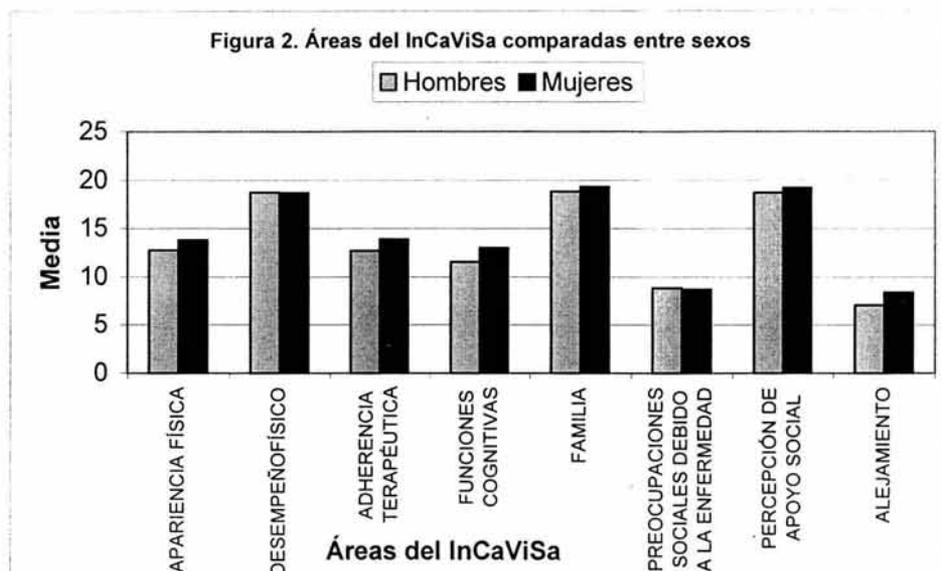
Al obtener la puntuación total de calidad de vida, se observó que la media para el grupo de personas que padecían hipertensión fue de 148.86 (de un máximo de 192 puntos) y en la puntuación transformada a porcentaje, donde el 100% significa el valor más alto de calidad de vida que mide el inventario, el grupo de hipertensos, obtuvo un 77.53%

Un análisis del total de calidad de vida con las variables sociodemográficas, reveló una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la antigüedad que se tenga con la enfermedad ( $\text{sign} < 0.000$ ), donde a menor calidad de vida, menor tiempo de diagnóstico de la enfermedad; mientras que presentan mayores puntuaciones en calidad de vida, las personas que están entre uno y cuatro años de padecer la enfermedad.

En relación con la edad de las personas, también se encontraron diferencias significativas ( $\text{sign} = 0.002$ ), donde a menor calidad de vida, se encuentran las personas menores a 50.5 años, y a mayor calidad de vida, se encuentran aquellos que tienen entre 58 y 65.5 años.

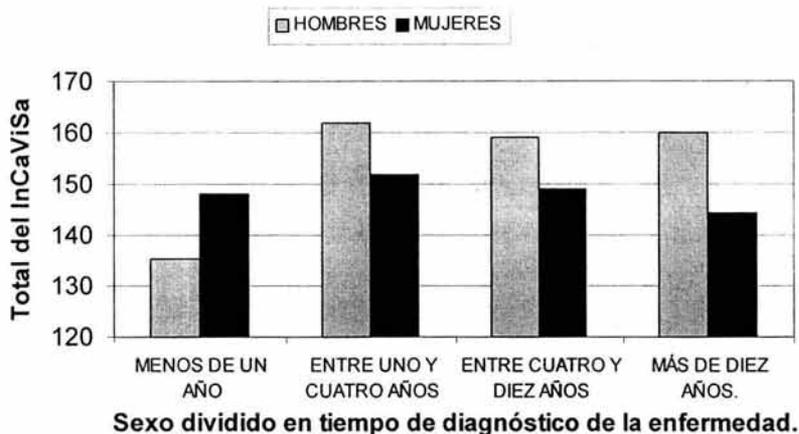
Al relacionar las diferencias de género con las variables sociodemográficas, se encontró que sólo existían diferencias estadísticamente significativas en estado civil ( $\text{sign} < 0.001$ ) y ocupación ( $\text{sign} < 0.000$ ).

No se encontraron diferencias significativas en el nivel general de calidad de vida entre hombres y mujeres sin embargo; sí se encontró en el área de apariencia física (sign=0.009), donde los hombres presentan una puntuación más baja ( $x = 12.76$ ) que las mujeres ( $x = 13.83$ ). (Ver Figura 2).

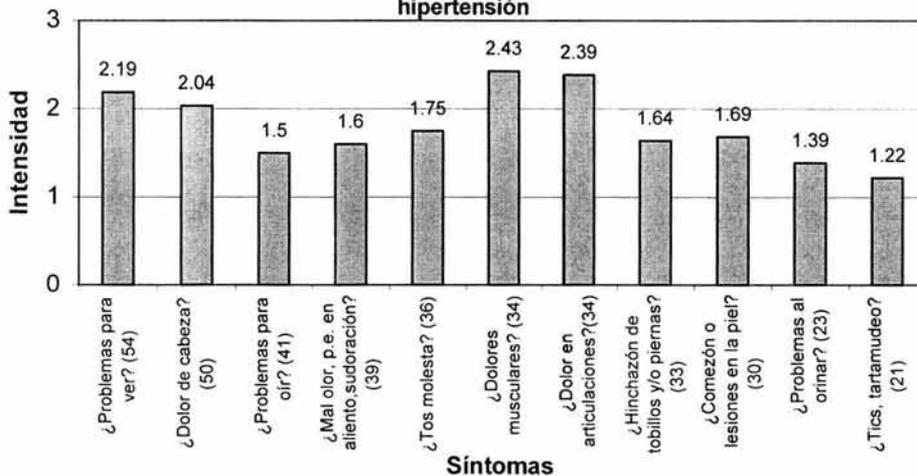


En relación al tiempo de diagnóstico de hipertensión, los hombres, comparados con las mujeres, presentan un mayor deterioro en la calidad de vida al ser recién diagnosticados, posteriormente mejoran su percepción conforme pasa el tiempo. Sin embargo, es de destacar que tanto los hombres como mujeres recién diagnosticados y con más de diez años de padecer hipertensión presentan los valores más bajos en cuanto a su calidad de vida (Ver Figura 3).

**Figura. 3 Comparación entre sexos divididos en tiempo de diagnóstico de la enfermedad con total del InCaViSa**



**Figura 4. Intensidad de los síntomas informados por el grupo de hipertensión**



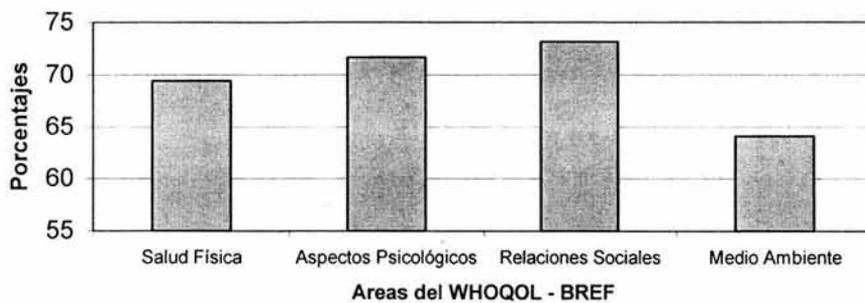
La Figura 4 representa los síntomas y su intensidad percibida por los pacientes hipertensos, se encuentran en orden descendente según su frecuencia. Los más frecuentes son problemas para ver, dolor de cabeza y problemas para oír; los menos frecuentes: comezón o lesiones en la piel, problemas al orinar y presencia de tics o tartamudeo.

Las diferencias en intensidad del síntoma varían, ya que los dolores musculares se presentan con una intensidad promedio de 2.43, en articulaciones 2.39, dificultades en la visión 2.19 y dolores de cabeza 2.04.

#### Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud.

Se realizó un análisis de las áreas del WhoQol - Bref, a fin de encontrar diferencias entre ellas, encontrando que el área más deteriorada en calidad de vida fue medio ambiente, después salud física, aspectos psicológicos y por último, el área mejor conservada fue relaciones sociales (Ver Figura 5).

Figura 5. Porcentajes de Calidad de Vida del WHOQOL- BREF



## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito analizar las áreas en las que se ve afectada la calidad de vida de un grupo de personas que padecen hipertensión, se realizó un análisis tanto cuantitativo como cualitativo.

Para lograr la medición de calidad de vida, se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud, que al haberle realizado modificaciones en cuanto a la presentación de los reactivos y el número de ellos, fue necesario establecer sus propiedades psicométricas, obteniendo valores favorables en cuanto a su validez y consistencia interna.

Una vez conformado el instrumento, sus áreas quedaron integradas por cuatro reactivos cada una a excepción del área de síntomas.

El inventario puede ser administrado en forma individual o colectiva, se encuentra en formato autoaplicable, o si las condiciones lo exigen, el aplicador lo puede llenar junto con el paciente basándose en él como una entrevista estructurada.

La forma de calificar del inventario es sencilla al sumar los reactivos por área, tomando en cuenta que existen reactivos inversos,

donde a mayor puntuación en la escala, mayor calidad de vida (Ver Anexo 4).

La calidad de vida en los pacientes con hipertensión se vio afectada en un 22.5 %, observándose que el área más afectada fue la de funciones cognitivas, siguiendo en orden ascendente apariencia física, adherencia terapéutica, desempeño físico, percepción de apoyo social, preocupaciones sociales debido a la enfermedad, alejamiento y finalmente, el área de la familia tuvo mayor puntuación positiva en cuanto a calidad de vida.

Parte de la explicación al presentar mayor deterioro en el área de funciones cognitivas podría deberse debido a las características del grupo, ya que su edad promedio fue de 58 años (el rango más frecuente de la edad del grupo fue de 50 a 60 años, siguiendo el de 60 a 70 años). Estos mismos hallazgos se han encontrado en otras investigaciones con versiones anteriores al InCaViSa en un grupo de pacientes crónicos (Riveros, 2002; Rodríguez, 2002). Sin embargo, sería interesante buscar en investigaciones posteriores si existen diferencias en funciones cognitivas entre un grupo sano (control) y un grupo con algún padecimiento crónico (p.e. hipertensión), igualando las características sociodemográficas. Con este procedimiento, se podría descartar la posibilidad si éste deterioro se debe al proceso de enfermedad o a las condiciones naturales del organismo

(envejecimiento), así como identificar con mayor detalle cuáles son las funciones cognitivas con mayor probabilidad para sufrir un deterioro.

En el caso de la apariencia física, se encontró que existían diferencias estadísticamente significativas entre el sexo, siendo los hombres los que presentaron menor satisfacción con su apariencia corporal, estos datos se pueden ligar a los del área de desempeño físico, pues tanto los hombres como las mujeres, presentan problemas en el área física; datos recolectados durante la aplicación del cuestionario y el análisis de reactivos, muestran que en este tipo de pacientes era común encontrar una limitación en cuanto a sus actividades debido a la hipertensión. Consejos frecuentemente dados por el personal de salud es el disminuir de peso y la realización de una actividad física para ayudar al control de la presión arterial, muchos de los cuales no eran seguidos por los pacientes, viéndose reflejado en la propia percepción de sus capacidades y apariencia física.

Los resultados anteriores respaldan los del área de adherencia terapéutica, al no seguir las instrucciones del personal médico. Una de las quejas principales de los pacientes con hipertensión es la toma diaria - y en la mayoría de los casos de por vida - de los medicamentos hipotensores. Existen ideas irracionales como hacerse adicto al medicamento o experimentar consecuencias negativas a largo plazo, que no han sido eliminadas o modificadas durante el tiempo de evolución de la enfermedad. Por otro lado, los efectos adversos o la

toma inconstante del medicamento disminuyen la adherencia al tratamiento. Se ha reportado en diversos estudios que existe una baja adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes, tanto por la característica asintomática de la enfermedad como la pobre percepción de riesgo de sus consecuencias (French, Martau, Senior & Winman, 2002; Lindeman, Keskivaara & Roschier, 2000; Safren, 1999, Sánchez - Sosa, 2002<sup>b</sup>, Senior, Smith, Michie & Marteau, 2002).

El área de percepción de apoyo social relaciona diversas situaciones que involucran el apoyo moral o material tanto de familiares, conocidos o amigos, se refiere a la medida en que la persona puede contar con este apoyo en una situación de crisis o toma de decisiones. En el grupo de hipertensión analizado, se encontró que sus puntuaciones están por encima de la media sugiriendo que en la mayoría de los casos, se suele contar con una tercera persona que brinde apoyo moral o material.

En cuanto al estado de bienestar social del individuo con la hipertensión, al ser un padecimiento no infeccioso, parece afectar de una forma menor el trato social. En relación a los gastos económicos que se tienen por la adquisición del medicamento o los gastos que el tratamiento de la hipertensión pueda causar, fueron relativamente bajos, debido a que la mayor parte de la población era derechohabiente de las instituciones donde se hizo el estudio. Dado que en la mayor

parte del grupo no se presentaban complicaciones graves de la enfermedad, ésta no se percibía como una carga para la familia.

Los sentimientos negativos de incompetencia, disminución de confianza y soledad del individuo, que mide el área alejamiento, fueron bajos. Estos datos, pueden relacionarse con el área de familia, donde se obtuvieron resultados positivos. Cabe destacar que en las preguntas abiertas del InCaViSa, donde se les cuestiona sobre la existencia de acontecimientos importantes durante los últimos seis meses o la última semana, los de mayor frecuencia eran los conflictos familiares. A pesar de ser acontecimientos importantes en la vida de estas personas, el saberse parte de una familia, el sentirse comprendido y apoyado a pesar de las dificultades que se tengan, mejoran la percepción de su calidad de vida.

La diferencia entre el número de mujeres y hombres que contestaron el cuestionario se ha visto reproducido en otras investigaciones, (Castro, Gómez - Dantés, Negrete - Sánchez & Tapia - Conyer, 1996) donde a pesar de que se reporta una prevalencia grande en hombres, las que tienen mayor conocimiento de su enfermedad así como de adherencia terapéutica y mayor uso de los servicios médicos son las mujeres.

Al realizar un análisis respecto al género, a pesar de no encontrarse diferencias significativas en todas las áreas del InCaViSa a

excepción del área de apariencia física, se observa que los hombres en la mayoría de las áreas puntúa más bajo, destacando las áreas de apariencia física, adherencia terapéutica, funciones cognitivas, familia, percepción de apoyo social; mientras que las mujeres, presentan puntuaciones mayores en el área de alejamiento, que hace énfasis en sentimientos y actitudes negativas hacia uno mismo.

Respecto a los resultados que se obtuvieron en el Instrumento de la Organización Mundial de la Salud, se encontraron resultados similares con el InCaViSa, donde el área de las relaciones sociales se encuentra con mayor puntuación respecto a mejor calidad de vida, siguiendo el área psicológica; se encontró mayor deterioro en los aspectos de salud física y medio ambiental.

Por otro lado, se presentan niveles bajos de calidad de vida tanto en hombres y mujeres recién diagnosticados (menos de un año) y cuando tienen más de diez años con la enfermedad. Probablemente en el primer caso (con diagnóstico menor a un año), la baja calidad de vida se deba a la modificación de cogniciones y conductas que se requieren para sobrellevar una enfermedad. En el caso específico de la hipertensión, se encuentran la ingesta de medicamentos, modificación de la dieta, aumento o mantenimiento de conductas preventivas (realización de ejercicio), evitación de factores de riesgo como el alcohol y cigarro, entre otros. En el segundo caso, al tener más de diez años con el padecimiento, la baja calidad de vida puede ser percibida

debido a los síntomas de la enfermedad, efectos colaterales del medicamento o que pueda ser un factor de aparición de enfermedades comórbidas o la presencia de ciertas complicaciones de la hipertensión.

Sería conveniente para las Instituciones y profesionales de la Salud, el poner especial atención en las personas recién diagnosticadas, pues representan los niveles más bajos en cuanto a calidad de vida. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se han desarrollado programas como el PrevenirIMSS que se enfocan a la información, prevención y cuidados de diversas enfermedades. Sin embargo, se recomienda formar grupos específicos en cuanto a tiempo de diagnóstico de la enfermedad para aclarar dudas que surjan, manejar emociones y cogniciones, así como explorar alternativas al tratamiento. Con estas intervenciones se involucraría a la persona en el proceso del control de su presión arterial y no sólo en el proceso pasivo de la ingesta del fármaco.

Referente a los síntomas reportados por los pacientes hipertensos, aquellos relacionados con los sentidos de la vista y oído pueden deberse al proceso de envejecimiento, sin embargo, dado que la escala no es específica para población hipertensa, no se puede discernir si los problemas relacionados con la vista se debe a la presencia de pequeñas luces intermitentes o en el otro caso, el problema de no oír bien, se debe a la presencia de zumbidos que son característicos de la hipertensión.

Sería de primordial importancia aumentar las estrategias de prevención y de intervención tanto a nivel primario, secundario y terciario (Sánchez - Sosa, 2002<sup>a</sup>; Sarafino, 1998). Esto se podría lograr al actuar en campañas de prevención para población con altas probabilidades de padecer ciertas enfermedades, realizar identificaciones oportunas de la hipertensión, informar o modificar los estilos de vida; a fin de dar a conocer a las personas su padecimiento y que puedan tratarse lo más pronto posible. En la última Encuesta Nacional de Salud, realizada en México, el 61% de los casos de hipertensión fue detectada al realizar ese estudio, lo que permitió un diagnóstico oportuno hacia las personas que no conocían su condición (Velázquez, et. al, 2002).

Con los datos que ha arrojado esta investigación, se conocen cuáles son las áreas mas vulnerables en personas con hipertensión respecto a su calidad de vida y por otro lado, se conocen cuáles son las áreas que se buscarían mantener y aumentar para que sigan siendo un factor protector para la calidad de vida.

La presente investigación forma parte del proyecto denominado "Detección, evaluación y mejoramiento de la Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica de pacientes con Hipertensión Esencial". Los resultados de este trabajo se toman en consideración para la aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud en pacientes con

hipertensión con control difícil, que serán sometidos a intervención cognoscitivo conductual. Se pretende llevar un registro basal, inter y postratamiento para observar diferencias clínicas.

Dado que el Inventario de calidad de vida sólo se aplicó al grupo con hipertensión, los datos obtenidos no pueden ser generalizados a toda la población, sería conveniente realizar la misma investigación igualando las características sociodemográficas con un grupo control o sano, a fin de explorar las áreas que se ven afectadas específicamente por el padecimiento.

Es conveniente mencionar que no se tomaron medidas fisiológicas durante el presente estudio, sin embargo, sería interesante saber si las cifras numéricas de la presión arterial se relacionan con la percepción de calidad de vida. Esta relación puede no ser evidente a corto plazo, pero como se ha visto, a largo plazo, la calidad de vida se ve afectada por padecer hipertensión.

Otra de las limitaciones de este estudio fue el tipo de opciones de respuesta que ofrece el InCaViSa, dadas las características de la población, que presentaba baja escolaridad, la presencia de seis opciones de respuesta en cada reactivo dificultaba la selección de los mismos por la poca capacidad de abstracción, sin embargo, la escala pictórica fue de gran ayuda en el momento de contestar.

En síntesis, la Psicología de la Salud ha mostrado ser efectiva y de gran ayuda para el personal médico, dado que sus áreas de interés se relacionan íntimamente. Es necesario el mantenimiento de un equipo de trabajo donde cada profesional tiene una tarea, pero su objetivo es el mismo, ayudar y enseñar a la persona a controlar su padecimiento así como mantener los niveles más altos en su calidad de vida. Con la formación y mantenimiento de equipos interdisciplinarios, se abordan distintas áreas del individuo, ofreciéndole una intervención integral que le sea de utilidad para sobrellevar su padecimiento.

## REFERENCIAS

Alvaradejo, G.& Delgado, F., (1996). *Estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a padecimiento oncológico*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ames, S., Jones, G., Howe, J.& Brantley, P. (2001). A Prospective Study of the Impact of Stress on Quality of Life: An Investigation of Low-Income Individuals with hypertension. *Annals of Behavioral Medicine*, 23 (2), 112-119.

Ambrosioni, E. (2001). Pharmacoeconomics of Hypertension Management. The place of combination Therapy. *Pharmacoeconomics*, 19 (4), 337-347.

Baltazar, A. & Rodríguez, R. (1999). *Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Chronic and Non chronic Unipolar Depression. The Differential Role of Environmental Stressors and Resources. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172 (2).

Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Coping stress and Social Resources among adults with unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 877-891

Botha, K., Du Plessis, W., Van Rooyen, I., Wissing, M. (2002) Biopsychosocial Determinants of Self Management in Culturally Diverse South African Patients with Essential Hypertension. *Journal of Health Psychology*, 7 (5), 519-531.

Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and health* (4<sup>th</sup> ed.) Standford: Wadworth / Thompson Learning.

Brotons, C., Ribera, A., Permanyer, G., Castant, P. & Moral, I. (2000) *Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida Post - Infarto Mac NEW QLMI para su uso en la población española*. Trabajo presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, La Habana, Cuba, 27 de Noviembre al 1<sup>o</sup> de Diciembre del 2000.

Buchholz, K., Schorr, U., Turan, S., Sharma, A.M. & Deter, HC. (1999). Emotional irritability and anxiety in salt - sensitive persons at risk for essential hypertension. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische, Psychologie*, 49 (8), 284- 289.

Bulpitt, C., Fletcher, A., Thijs, L., Staessen, J., Antikainen, R., Davidson, C., Fagard, R., Gil - Extremera, B., Jaaskivi, M., O'Brien, E., Palatine, P. & Tuomilento, J. (1999). Symptoms reported by elderly patients with isolated systolic hypertension: baseline data from the SYST - EUR trial. *Systolic Hypertension in Europe*, 28 (1), 15-22.

Burt V.L., Whelton P., Roccella E.J., Brown, C., Cutler, J., Higgins, M., Horan, M. & Labarthe, D. (1995) Prevalence hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1991. *Hipertensión*, 25, 305-313.

Carballido, J. (2003). *Calidad de vida en pacientes crónicos y Adherencia Terapéutica. Un estudio exploratorio*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Carroll, R., Cossar, J. & Hayes, P. (2000). Sensitivity to change following liver transplantation. A comparison of three instruments that measure Quality of Life. *Journal of Health Psychology*, 5 (1), 69 - 74.

Castro, V., Gómez - Dantés, H., Negrete - Sánchez J. & Tapia - Conyer, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años. *Salud Pública de México*, 38, 438-447.

Chambers, L., Kaczorowsky, J., Levitt, Ch., Karwalatys, T., McDonough, B. & Lewis, J. (2002), L'autosurveillance de

l'hypertension en pharmacie. Miser sur les ressources existantes. *Canadian Family Physician*. Oct. 1602-1604.

Cortázar, J. (2003). *Calidad de Vida en Pacientes Diabéticos*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Cruz, M. (2001). Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. *Archivos de Cardiología de México*, 71. (Supl. 1). Ene - Mar, S192 - S197.

Degl, A., Elmfeldt, D., Hansson, L., Beteler, M., James, O., Lithell, H., Olofsson, B., Skoog, I., Trenkwalder, P., Zanchetti, A., & Wiklund, I. (2002). Cognitive Function and Health - Related Quality of Life in Elderly Patients with Hypertension - Baseline Data from the Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE). *Blood Pressure*, 11, 157-165.

Erci, B., Sayan, A., Tortumluoglu, G., Kilic, D., Sahin, O. & Gungormus, Z. (2003). The effectiveness of Watson's Caring Model on the Quality of Life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (2), 130-139.

Escalante, E. (1999). *Aspectos psicosociales de la calidad de vida e indicadores inmunológicos en pacientes con VIH - SIDA*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Fernández, J.A.; Rancano, I. & Hernández, R. (1999). Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema*, 11 (2), 293 - 330.

Figuroa, J. & González, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (3), 447 - 458.

Finkelstein, M. (2000). Hipertensión, self - perceived health status and use of primary care services. *Canadian Medical Association Journal*, 162 (I), 45-48.

French, D., Marteau, T., Seniro, V. & Weinman, J. (2002). Eliciting Causal Beliefs about Heart Attacks: A Comparison of Implicit and Explicit Methods. *Journal of Health Psychology*, 7 (4), 433 - 444.

Ganong, W. (1992). *Fisiología Médica*. 13ª ed. México: El Manual Moderno.

García, D. (2000). *Hipertensión Arterial*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gidron, Y., Davidson, K. & Ilia, R., (2001). Development and Cross - Cultural and Clinical Validation of a Brief Comprehensive Scale for Assesing Hostilitiy in Medical Settings. *Journal of Behavioral Medicine*, 24.1- 15.

Golubev, S.A. & Miliy, M.N.. (2000). Gender Differences in the Quality of Life and Compliance with routine treatment of essential hypertensives in an economically disadvantaged community. *Value in Health*,3 (5), 311-312.

González, J., (2001). *Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de Vida en pacientes seropositivos al VIH-SIDA*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

González, J., & Sánchez - Sosa, J. (2001). Systematic assesment of quality of life in HIV - Positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1 (3), 519-528.

González- Célis R., A. L. (2002). *Efectos de la Intervención de un Programa de promoción a la salud sobre la Calidad de Vida en ancianos*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Goodwing, D., Boogs, S. & Graham - Pole J. (1994). Development and Validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6 (4), 321 - 328.

Guadalajara, J. (1985). *Cardiología*. México: Méndez Cervantes.

Gutiérrez, F. (1994). *Asertividad, herramienta para mejorar la calidad de vida*. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández, L. & Sánchez Sosa, J. (1993). *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC)*.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill.

Hoper, L., Bartlett, C., Smith, G. & Ebrahm, S. (2002). Systematic review of Long Term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *British Medical Journal*, 325, 628.

Hoelscher, T. & Lickstein, K. (1986). Home Relaxation Practice in Hypertension Treatment. Objective Assessment and Compliance Induction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 217-221.

*Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud* (1998). Argentina: CATA.

*Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática* (2002).  
<http://www.inegi.gob.mx>

Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC. (2003). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. En:

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>.

Mayo.

Julkunen, J. (2001). Health related quality of life and psychological factors in treatment of hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 15 (Suppl 1), S35-S38.

Kaplan, N.M. (1997). *Hipertensión Clínica*. 2ª ed. Barcelona: Springer.

Kaplan, N.M. (2002). *Clinical Hypertension*. 7a. ed. USA: Lippincott Williams&Wilkins.

Labarthe, D.& Ayala, C. (2002). Non drug interventions in hypertension prevention and control. *Cardiology clinics*, 20 (2), 249-263.

Lagunes, I. (1993). Las Redes Semánticas Naturales, su Conceptualización y su Utilización en la Construcción de Instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, LX. (1), 81-97.

Lara, C., Ponce de León, S. & De la Fuente, J. (1996). Desarrollo de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer. *Salud Mental*, 19 ( Supl), Oct., 30-35.

Leplege, A. & Ecosse, E. (2000). WHOQOL Rasch Project Scientific Committee. Methodological issues in using the Rasch model to select cross culturally equivalent items in order to develop a quality of life index: The analysis of four WHOQOL - 100 data sets (Argentina, France, Hong Kong, United Kingdom). *Journal of Applied Measurement*, 1 (4), 372 - 392

Lindeman, M., Kesdivaara, P. & Roschier M. (2000). Assessment of Magical Beliefs about Food and Health. *Journal of Health Psychology*, 5 (2), 195 - 209.

Lobato, X. (2002). *Adherencia Terapéutica y bienestar del paciente diabético: Medición y mejoramiento*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

López, Sh. & Zinder, C. (2003). *Positive psychological assessment\_ A handbook of models and measures*. Washington, DC. US: American Psychological Association. XVII.

Mannucci, E.; Rica, V.; Barciulli, E.; Di Bernardo M.& Travaglini, R: et al. (1999). Quality of Life and Overweight: The Obesity Related Well - Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24 (3), 345 - 357.

Mazzeo, R. & Tanaka, H. (2001). Exercise Prescription for the Elderly Current Recommendations. *Sports Medicine*, 31 (11), 809-818.

Moore, K., Burrows, G. & Hardy, K. (1997). Anxiety in chronic liver disease: Changes post transplantation. *Stress Medicine*, 13 (1), 49- 58.

Moos, Cronkite, Billings & Finney. (1983). *Health and Daily Living Form Manual*. California: Standfork.

Nunally, J. & Bernstein, I.(1995). *Teoría Psicométrica*. México: Mc Graw-Hill.

Oblitas, L. A., & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.

O' Boyle & Ciaran, A. (1997). Quality of life Assessment: A paradigm shift in health care?. *Irish Journal of Psychological Society of Ireland*, 18 (1), 51-66.

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud*. Argentina.

Palencia, F. (2001). *Perfil del impacto de la insuficiencia renal crónica en la Calidad de Vida*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Palomar, J. (1995). *Diseño de un instrumento sobre calidad de vida*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Parker, J. & Wright, G. (1997). Assessment of psychological outcomes and quality of life in the rheumatic diseases. *Arthritis Care and Research*, 10 (6), 406-412.

Plaisted, C., Lin, P., Ard, J., Mc Clure, M. & Svetkey, L. (1999). The effects of dietary patterns on quality of life: A substudy of the Dietary Approaches to stop Hypertension trial. American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association*, 99 (8).

Pollard, T. (1999). Sex, gender and cardiovascular disease. En: Pollard, T. M., & Hyatt, S. B. (Ed.) *Sex, gender and health*. United Kingdom: Cambridge University Press, 53- 74.

Pontremoli, R. & Toso, A. (2003). High - risk hypertension. *Recenti Progressi in Medicina*. 94. (6) Jun., 253-259.

Power, M., Bullinger, M. & Harper, A., The World Health Organization Quality of Life Group. (1999). The World Health Organization WHOQOL - 100: Tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups world wide. *Health Psychology*, 18 (5), 495-505.

Resendiz, C. (1998). *Disminución del estrés por medio de la logoterapia para aumentar la calidad de vida en pacientes con cáncer*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Reveillere, C., Caria, A. & Riviere H. (2000). Psychometric properties of a new instrument for evaluation of quality of life, the WHOQOL - 26, in a population of neuromuscular patients. *Encephale*, 26 (5), 13-22.

Richardson, A.D. & Piepho R.W. (2000). Effect of race on hypertension and antihypertensive therapy. *International Journal of Clinical pharmacology and therapeutics*. 38 (2) Feb.,75-79.

Riveros, A. (2002). *Calidad de vida en padecimientos crónicos: Un estudio en pacientes hipertensos*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Robert, A. & Scheidt, S. (2002). *Heart and Mind. The practice of Cardiac Psychology*. U.S.A.: American Psychological Association.

Robinson, J. & Shaver, P. (1973). *Measures of social Psychological Attitudes*. USA: Survey Research Center. Institute for Social Research.

Robles, R. (2002). *Evaluación y Modificación de la Calidad de Vida de personas con Diabetes mellitus Tipo II*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM: México.

Rodríguez, O. (2002). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Safren, S. (1999). Cognitive - Behavioral Interventions to increase medication adherence. En *Psychaitric Practice: Everyday Solutions. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School*. Boston. 191 - 213.

Sánchez - Sosa, J. (2002<sup>a</sup>). Health Psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. In: *Encyclopedia of Life Support*

*Systems (EOLSS), Social Sciences and Humanities.* Oxford. U.K.  
<http://www.eolss.net>

Sánchez - Sosa, J. (2002<sup>b</sup>). Treatment Adherence: The role of Behavioral Mechanisms and some implications for Health Care Interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, (1) Jun. 85-92.

Sarafino, E. (1998). *Health Psychology*. 3d. Ed. USA: John Wiley & Sons Inc.

Saxena, S; Carlson, D., Billington, R. & Orley, J., (2001) The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL - BREF): The importance of its items for cross - cultural research. *Quality of Life Research*, 10 (8), 711-721.

Sawada, Y., Yamakoshi, K. & Shimazy, H. (1983). Vascular unloading method for non-invasive measurement of instantaneous arterial pressure: Applicability in psychophysiological research. *Psychophysiology*, 20 (6), 709-714.

Senior, V., Smith, J., Michie, S. & Marteau, T. (2002). Making sense of risk: an interpretative phenomenological analysis of vulnerability to heart disease. *Journal of Health Psychology*, 7 (2), 157 - 168.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Sherbourne, C. D., Wells, K. B. & Judd L. L.(1996). Functioning and well - being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213 - 218.

Sheu, S., Irvin, B., Lin, H., & Mar, Ch., (2003). Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension. *Taiwan Holistic Nursing Practice*, 17 (1), 41-47.

Schnaider, R.H., Castillo - Richmond, A., Alexander, C. N., Myers, H., Kaushik, V., Aranguri, C., Norris, K., Haney, C., Rainforth, M., Calderon, R. & Nidich, S. (2001). Behavioral treatment of hypertensive heart disease in African Americans: Rationale and design of a randomized controlled trial. *Behavioral Medicine*, 27 (2). 83 -95.

Simon, M. Ed. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sivelberg, D. & Iana, A. (2002). Treating Obstructive Sleep Apnea Improves Essential Hypertension. *Quality of Life*, 65 (2), 229-237.

Skevington, S. (2002) Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research*, 11 (2) Mar. 135-144.

Skevington, S., Carse, M. & Williams, A. (2001). Validation of the WHOQOL - 100: Pain Management improves quality of life for chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 17 (3). Sep. 264 - 275.

Skoog, I. & Gustafson, D. (2002). Hypertension and related factors in the etiology of Alzheimer's disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 977, 29-36.

Sokolow, M., McIlroy, M. & Cheitlin, M., (1992). *Cardiología Clínica*. México: Manual Moderno.

Soyochan, W. (1981). *Autoevaluación de la Salud*. México: Limusa.

Symister, P. & Friend, R.(1996). Quality of life and adjustment in renal disease: A health psychology perspective. En: Resnick, R.J. & Rozensky, R.H. (Ed). *Health psychology through the life span: Practice and Research opportunities*. Washington, DC: American Psychological Association.

Tresguerres, J. (1999). *Fisiología Humana*. 2ª. Ed.. Madrid: Mc Graw Hill.

Vázquez, R. (2002). *Efecto del programa de entrenamiento asertivo sobre la calidad de vida en estudiantes universitarios*. Tesis de Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. UNAM: México.

Velázquez, O., Rosas, M., Lara, A. & Pastelin, G. Grupo ENSA. (2002). Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*, 72 (1), 71-84.

Vickrey, B.G.; Hays, R.D.; Marooni, R. & Myers, L. W. (1995). A Health - Related Quality of Life Measure for Multiple Sclerosis. *Quality of Life Research*, 4 (3), 187 - 206.

Villarreal, E., Mathew, A., Garza, M., Núñez, G., Salinas, A. & Gallegos. (2002). Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública de México*, 44 (1). Ene - Feb, 7-13.

Weller, B. (1997). *Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud*. México: Mc Graw Hill - Interamericana.

WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28 (3), 551-558.

WHOQOL HIV Group. (2003). Initial steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV / AIDS. *AIDS Care*, 15 (3), 347 - 357.

WHOQOL. World Health Organization Quality of Life. (1998).  
*WHOQOL. Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización  
Mundial de la Salud. Manual del Usuario. Argentina: CATA.*

# ANEXOS



## INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

**INSTRUCCIONES:** Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste *señalando con una 'X'* la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

### EJEMPLO

	Nunca 0%	Casi nunca 1-20%	Pocas Veces 21-40%	A veces 41-60%	Frecuentemente 61-80%	Siempre o Casi siempre 81 al 100%
1 Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tacharía "CASI NUNCA" si ha sentido miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, tacharía "SIEMPRE O CASI SIEMPRE".

	Nunca 0%	Casi nunca 1-20%	Pocas Veces 21-40%	A veces 41-60%	Frecuentemente 61-80%	Siempre o Casi siempre 81 al 100%
1 Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

**BIENESTAR Y SALUD.**

Muy mala    Mala    Regular    Buena    Muy Buena    Excelente

1	1	2	3	4	5	6
1	Mi salud en general es...	<input type="checkbox"/>				
2	En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?	<input type="checkbox"/>				

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas.** por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos quince días.**

Nunca    Casi nunca    Pocas Veces    A veces    Frecuentemente    Siempre o Casi siempre  
0%    1-20%    21-40%    41-60%    61-80%    81 al 100%

3	3	4	5	6	7	
3	Creo que si me cuido mi salud mejorará.	<input type="checkbox"/>				
4	Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas.	<input type="checkbox"/>				























59 En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida?  
(por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

( ) **NO** ( ) **SI** Por favor describa: \_\_\_\_\_

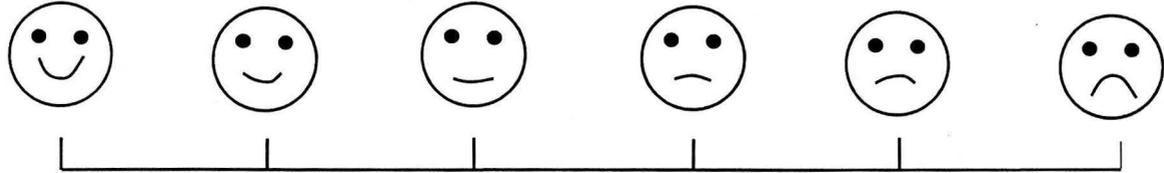
\_\_\_\_\_

60 En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.?)

( ) **NO** ( ) **SI** Por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

61 En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?  
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



**a** **b** **c** **d** **e** **f**

La Mejor  
calidad de vida  
posible.

La Peor  
calidad de vida  
posible.

Tan mala o peor que estar muerto(a)

**Instrucciones:** La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió en los **últimos 7 días**.

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
62 ¿Dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>				
63 ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/>				
64 ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc)	<input type="checkbox"/>				
65 ¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?	<input type="checkbox"/>				
66 ¿Problemas para ver?	<input type="checkbox"/>				
67 ¿Problemas para oír?	<input type="checkbox"/>				
68 ¿Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc.)	<input type="checkbox"/>				

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
69 ¿Tos molesta?	<input type="checkbox"/>				
70 ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc.)	<input type="checkbox"/>				
71 Tics o tartamudeo	<input type="checkbox"/>				
72 ¿Mal olor, por ejemplo, en aliento, por sudoración, etc.?	<input type="checkbox"/>				
73 ¿Hay algún síntoma que desee agregar?, si es así, ¿Cuál o cuáles son?	_____				

SI USTED PADECE *DIABETES O LUPUS ERITEMATOSO*  
POR FAVOR, CONTINÚE.

SI NO ES ASÍ, SÁLTESE ESTAS DOS HOJAS Y  
PASE A LA PREGUNTA #81

En los últimos siete días...

**CONTESTE SÓLO SI PADECE D I A B E T E S**

No tuve      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo

73 ¿Tuvo azúcar en sangre alta o baja?

(Si no se inyecta insulina, sáltese esta pregunta y continúe con la siguiente).

74 ¿Reacciones por insulina?

En los últimos siete días...

## CONTESTE SÓLO SI PADECE L U P U S

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
75 ¿Ha tenido cansancio?	<input type="checkbox"/>				
76 ¿Molestia con la luz del sol?	<input type="checkbox"/>				
77 ¿Fiebre intermitente que va y viene (38o más o menos)?	<input type="checkbox"/>				
78 Úlceras en la boca.	<input type="checkbox"/>				
79 Inflamación o enrojecimiento de la cara.	<input type="checkbox"/>				
80 Mancha en la cara en forma de mariposa.	<input type="checkbox"/>				

## ANEXO 2. INSTRUMENTO WHO-QoL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL\*\*\*\*

\*\*\*\* Traducción y adaptación: González-Celis, R. A.L. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001).

### Instrucciones

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor **seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en **las últimas dos semanas**. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5

5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tan completamente** ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué **tan bien o satisfecho** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5

21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con **qué frecuencia** usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 3. INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD. Versión Final.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

¿Cuál es su edad?: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

¿Cuál es su escolaridad? (por favor, marque uno):

- Ninguno en absoluto
- Escuela primaria incompleta
- Escuela primaria completa
- Escuela secundaria incompleta
- Escuela secundaria completa
- Bachillerato incompleto
- Bachillerato completo
- Carrera técnica
- Estudios universitarios

¿Cuál es su estado civil?  Soltero  Separado  
 Casado  Divorciado  
 Unión libre  Viudo

¿A qué se dedica?: \_\_\_\_\_

Ingreso promedio mensual \$ \_\_\_\_\_  
Ingreso promedio mensual de los habitantes en su casa \$ \_\_\_\_\_

## INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa).

INSTRUCCIONES: Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste *señalando con una 'X'* la opción que mejor describa su situación. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Procure contestar todas las preguntas. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO:

	Nunca 0%	Casi nunca 20 %	Pocas Veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
1 Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Colocaría en una 'X' "CASI NUNCA" si ha sentido miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, tacharía "SIEMPRE".

	Nunca 0%	Casi nunca 20 %	Pocas Veces 40%	Frecuentemente 60%	Casi siempre 80%	Siempre 100%
1 Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*













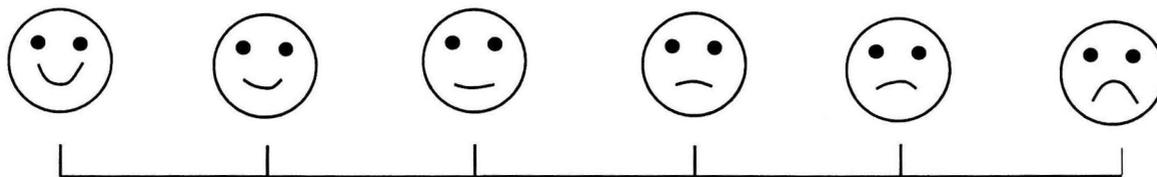




**BIENESTAR Y SALUD**

	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
33 Mi salud en general es...	<input type="checkbox"/>					
34 En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?	<input type="checkbox"/>					

35 En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?  
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



**a**

**b**

**c**

**d**

**e**

**f**

La Mejor  
calidad de vida  
posible.

La Peor  
calidad de vida  
posible.

Tan mala o peor que estar muerto(a)

**BIENESTAR Y SALUD**

36 En los últimos **siete días**: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar?  
(por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.?)

( ) **NO**

( ) **SI** Por favor describa: \_\_\_\_\_

---

---

37 En los últimos **seis meses**: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida?  
(por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

( ) **NO**

( ) **SI** Por favor describa: \_\_\_\_\_

---

---

38 Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo tiene:

---

39 ¿Toma medicamentos?, si es así, por favor indique cuáles y en qué cantidad.

---

**Instrucciones:** La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió en los **últimos 7 días**.

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
40 ¿Dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>				
41 ¿Dolores musculares?	<input type="checkbox"/>				
42 ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc)	<input type="checkbox"/>				
43 ¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?	<input type="checkbox"/>				
44 ¿Problemas para ver?	<input type="checkbox"/>				
45 ¿Problemas para oír?	<input type="checkbox"/>				
46 ¿Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc.)	<input type="checkbox"/>				

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
47 ¿Tos molesta?	<input type="checkbox"/>				
48 ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc.)	<input type="checkbox"/>				
49 Tics o tartamudeo	<input type="checkbox"/>				
50 ¿Mal olor, por ejemplo, en aliento, por sudoración, etc.?	<input type="checkbox"/>				

51 ¿Hay algún síntoma que desee agregar?, si es así, ¿Cuál o cuáles son? \_\_\_\_\_

**SI USTED PADECE *DIABETES O LUPUS ERITEMATOSO*  
POR FAVOR, CONTINÚE.**

***En los últimos siete días...***

**CONTESTE SÓLO SI PADECE *D I A B E T E S***

**No tuve      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo**

52 ¿Tuvo azúcar en sangre alta o baja?

**(Si no se inyecta insulina, sáltese esta pregunta y continúe con la siguiente).**

53 ¿Reacciones por insulina?

En los últimos siete días...

## CONTESTE SÓLO SI PADECE L U P U S

	No tuve	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
54 ¿Ha tenido cansancio?	<input type="checkbox"/>				
55 ¿Molestia con la luz del sol?	<input type="checkbox"/>				
56 ¿Fiebre intermitente que va y viene (38o más o menos)?	<input type="checkbox"/>				
57 Úlceras en la boca.	<input type="checkbox"/>				
58 Inflamación o enrojecimiento de la cara.	<input type="checkbox"/>				
59 Mancha en la cara en forma de mariposa.	<input type="checkbox"/>				

### COMENTARIOS GENERALES

Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo al reverso de esta página.

*Muchas Gracias por su participación y paciencia*

#### ANEXO 4. Forma de Calificar el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

A continuación se presenta la forma de asignar los puntajes a los reactivos del Inventario de Calidad de Vida y Salud y el procedimiento para obtener la calificación total y por área.

El Inventario de conforma por 59 reactivos, los cuales se encuentran divididos en ocho principales áreas así como una de síntomas y otra de bienestar y salud. Los reactivos que conforman cada área se enumeran abajo:

	<i>Reactivos</i>
✓ Apariencia Física	1*,2*,3*,4*
✓ Desempeño Físico	5,6,7,8
✓ Adherencia Terapéutica	9*,10*,11,12*
✓ Funciones Cognitivas	13*,14*,15*,16*
✓ Familia	17,18,19,20*
✓ Preocupaciones sociales debido a la enfermedad	21*,22*,23*,24*
✓ Alejamiento	25*,26*,27*,28*
✓ Percepción de apoyo social	29,30,31,32

\* *Reactivos inversos*

Estos reactivos se califican otorgando puntuaciones de 1 a 6 en orden positivo:

- 1 =Nunca, 0%
- 2 = Casi nunca, 20%
- 3 =Pocas Veces, 40%
- 4 = Frecuentemente, 60%
- 5 = Casi siempre, 80%
- 6 = Siempre, 100%.

Excepto los reactivos inversos (marcados por un asterisco) que se recodifican de la siguiente manera : 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1, a partir de la respuesta del paciente.

Una vez asignada la puntuación de cada reactivo, se suman los reactivos de cada área y se obtiene el porcentaje por área. El porcentaje se obtiene al considerar que la puntuación mayor por cada área es igual a 24 puntos lo que conformaría el 100%, siendo así, si se obtuvo un total de 19 puntos, el porcentaje de esa área sería  $(19 \times 100) / 24 = 79.16\%$ .

Para obtener el porcentaje total de Calidad de Vida , se suman todos los puntos de cada área, con un máximo de 192 que equivalen al 100%, con el procedimiento anterior, se obtiene el porcentaje total, lo que indicará, puntajes bajos, menor calidad de vida; puntajes altos, mejor calidad de vida.

El área de síntomas, se puede manejar por su frecuencia codificando presencia (1) o ausencia (0) y por su severidad (Poco, Moderado, Mucho Muchísimo).

El área de Bienestar y Salud, permite evaluar indicadores que pudieran estar influyendo en la calidad de vida.