

# Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve

## Quality of life related to health and its relation in patients with diagnostic of slight arterial hypertension

Stefano Vinaccia\*

Japcy Margarita Quiceno

Ángela Gómez

Lina Marcela Montoya

Universidad de San Buenaventura,  
Medellín, Colombia

Recibido: Marzo 15 de 2007

Revisado: Abril 20 de 2007

Aceptado: Junio 4 de 2007

### Resumen

El propósito de esta investigación fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud en 282 pacientes con hipertensión arterial leve de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL). Los resultados evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas.

**Palabras clave:** Calidad de vida, salud, hipertensión arterial leve, síntomas.

### Abstract

The purpose of this investigation was to evaluate the extent of quality of life related to health in 282 patients with slight arterial hypertension from the city of Medellín, Colombia. The questionnaire Quality of Life Hypertension (CHAL) was used. The results demonstrated an important deterioration in the quality of life of these patients at level of the state mind and mainly in his somatic manifestations.

**Key words:** Quality of life, health, slight arterial hypertension, symptoms.

\* Correspondencia: Stefano Vinaccia, Director del grupo Salud Comportamental. Facultad de Psicología U.S.B. Medellín. Correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com. Dirección postal: Apartado aéreo 81240, Envigado, Antioquia.

## Introducción

La Sociedad Europea de Cardiología e Hipertensión (2003) define la hipertensión arterial esencial (HTAE) como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es decir, la HTAE es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles elevados en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo.

La aparición de la hipertensión depende de la interacción entre la predisposición genética y factores ambientales. Se sabe, sin embargo, que la hipertensión va acompañada de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático (Adrenérgico), del riñón y del sistema renina-angiotensina y de otros mecanismos humorales. La hipertensión conlleva por tanto diferentes cambios estructurales del sistema cardiovascular que amplifican los estímulos hipertensivos e inician las lesiones cardiovasculares. Produce lento y progresivo deterioro si no viene controlada, es indolora y silenciosa (González-Juanatey, Mazón, Soria, Barrios, Rodríguez y Bertomeu, 2003).

La enfermedad cardíaca hipertensiva se clasifica en *estado leve*, que se refiere al estado temprano de la enfermedad cardíaca hipertensiva, en la cual hay presión arterial reproducible de al menos 140 mmHg, sistólica y 90 mmHg, diastólica, o cifras mayores sin mostrar todavía evidencia de hipertrofia ventricular izquierda compensadora (ECO o ECG). El *estado moderado*, se caracteriza por hipertrofia ventricular concéntrica, sin dilatación de las cavidades, lo cual refleja mecanismo adaptativo para reducir el estrés de la pared ventricular. A nivel celular hay aumento del número de sarcómeras que permite mantener el aumento del trabajo cardíaco; la disfunción diastólica es más notoria ahora. Y por último, en el *estado severo*, ha producido una miocardiopatía dilatada, consecuencia de la sobrecarga de presión sostenida y de la isquemia miocárdica crónica; esta última, causada por el desequilibrio entre el sistema capilar coronario disminuido frente al aumento de la masa ventricular izquierda, lo cual resulta en

necrosis miosotaria y aumento del tejido conectivo, con progresiva dilatación ventricular (hipertrofia excéntrica). Es más frecuente la ectopia ventricular y la muerte súbita; el paciente puede tener severas limitaciones en su clase funcional (Kaplan, 1995).

La hipertensión arterial es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia cardíaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, la mortalidad total, la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita, además de otros factores como la edad, el género, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, elevación de la presión arterial sistólica, elevación de la presión arterial diastólica, tabaquismo, aumento del colesterol total y de las lipoproteínas de alta densidad, antecedentes de episodios cardiovasculares, antecedentes de accidentes cerebrovasculares, diabetes, nefropatía, microalbuminuria, obesidad y modo de vida sedentario (Baena, del Val García, Tomás, Martínez, Martín, et. al., 2005).

Por otra parte, la prevalencia de hipertensión arterial (PHTA) en poblaciones occidentales es mayor en hombres que en mujeres entre los 50 y 60 años de edad. En Colombia, el riesgo de PHTA tiene una prevalencia de 12, 6% en la población mayor de 15 años, constituyéndose en el factor de riesgo más importante en relación con las enfermedades cardiovasculares (PAHO, 1998). De otro lado, en la población adulta la hipertensión arterial se presenta con una frecuencia estimada de 14% porcentaje que aumenta con la edad (Tejada, Herrera y Moreno, 2000).

Se estima que casi uno de cada tres adultos norteamericanos presentó cifras elevadas de presión arterial a finales de la pasada década, cifra que muestra un cambio radical en la tendencia descendente que se había observado en años precedentes. La prevalencia PHTA ha alcanzado el 29% de la población adulta, lo que implica un incremento del 4% desde el período 1988-1991 y revierte la tendencia decreciente observada desde los años sesenta. Se calcula que más de 58 millones

de estadounidenses eran hipertensos en 1999-2000 (Hajjar & Kotchen, 2003).

La PHTA constituye un problema más importante en Europa que en Estados Unidos y Canadá, según un estudio internacional publicado en el último número de «JAMA»; los resultados muestran que en el grupo de población mayor de 35 años la HTA (cifras tensionales superiores a 140/90 mm Hg) afecta al 44% de los europeos y al 28% de los norteamericanos. La enfermedad es más prevalente en Alemania (55%), seguida de Finlandia (49%), España (47%), Inglaterra (42%), Suecia (38%), Italia (38%), Estados Unidos (28%) y Canadá (27%). Además, el estudio demuestra que PHTA se relaciona directamente con la mortalidad por *ictus* en estos países, donde las tasas son de 41, 2 muertes por cada 100.000 en Europa frente a 27.6 por 100.000 en Norteamérica. Asimismo, subraya que la enfermedad es tratada de forma más agresiva en Estados Unidos y Canadá, donde el 33% de los hipertensos están controlados, en relación con sólo el 8% en Europa (Wolf-Maier, Cooper, Banegas, Giampaoli, Hense, et. al., 2003).

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos en su calidad de vida (Vinaccia, Tobón, Moreno, Cadena y Anaya 2005a; Vinaccia, Quiceno, Contreras, Zapata, Fernández, Bedoya, Tobón, 2005b; Vinaccia, Contreras, Palacio, Marín y Tobón, 2005c).

En otro orden de ideas, enfermedades como la hipertensión arterial se pueden analizar también en términos de la Teoría de la Crisis (Moos y Schaefer, 1984), la cual trata acerca del impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido de funcionamiento social y personal; esta teoría plantea la posibilidad de que los individuos tienden a funcionar en un estado de equilibrio y cuando dicho estado se interrumpe por cualquier ra-

zón, incluyendo la enfermedad, las personas, para recuperar el equilibrio, se basan en aquellos modos de respuesta anteriores que les hubieran resultado efectivos.

La crisis se produce cuando los acontecimientos son tan extremos o importantes que los patrones de afrontamiento habituales resultan inadecuados y, de esta manera, las personas experimentan un exacerbado sentimiento de ansiedad, temor y estrés. Pero, dado que las personas no pueden tolerar un estado de crisis por mucho tiempo, adoptan nuevos modos de respuesta y algunas de esas nuevas formas de afrontamiento pueden conducir a una adaptación sana, pero otras pueden provocar ajustes insanos y un deterioro psicológico. Hay que notar que la crisis en sí misma no es sana ni patológica: se trata simplemente de un punto de inflexión en la calidad de vida de una persona, cuyo resultado puede ser, bien un ajuste saludable ante el acontecimiento que lo precipita, o bien una adaptación psicológica insana (Brannon y Feist, 2001).

La calidad de vida es un concepto complejo que incluye el bienestar físico, mental y social percibido por el individuo, felicidad, satisfacción y recompensa (Schwartzmann, 2003). En este sentido, se asume que la calidad de vida tiene componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad). Dentro de este contexto, surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, aspecto determinante en cuanto repercute en el resto de los elementos y valores presentes en la calidad de vida total (Vinaccia et. al., 2005a).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analíti-

ca, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras) (Schwartzmann, 2003).

Respecto a este tema la gran mayoría de los investigadores han trabajado desde la cardiología y de la psicocardiología utilizando variados instrumentos generales y específicos de calidad de vida. En la tabla No. 1 se pueden apreciar algunos de estos instrumentos, los diez primeros son generales y los dos últimos son específicos para el área (Badía, Salamero y Alonso, 2002).

Uno de los primeros estudios sobre este tema fue desarrollado por Roca-Cusachs, Ametlla, Calero, Comas, Fernández, et. al., (1992), quienes diseñaron el cuestionario de Calidad de Vida CHAL y lo aplicaron a tres muestras, dos grupos de hipertensos, uno hospitalario (n=90) y otro de asistencia primaria (n=89), y a un grupo control (n=76). Se observó que aunque las dos poblaciones hipertensas diferían entre sí significativamente en edad, sexo, usos terapéuticos, repercusión orgánica y presión arterial, su calidad de vida era globalmente similar; se diferenciaba en cambio de la del grupo control, en el que se observaban unos índices mejores. En la población hipertensa, ni el sexo, ni la gravedad de la hipertensión, ni el tipo de tratamiento o el tiempo de evolución influían en la calidad de vida.

**Tabla 1.** Instrumentos generales y específicos para medir calidad de vida e hipertensión arterial

- 
- SF-36: Medical Outcomes Study Short-form-36
  - El EuroQoL-5
  - Sickness Impact Profile
  - Nottingham Health Profile
  - Göteborg Quality of Life Instrument
  - WHOQOL-100
  - Perfil de calidad de vida en enfermos crónicos: PECVEC
  - Laminas COOP-WONCA
  - Cuestionario de Evaluación Funcional y Multidimensional: OARS
  - Psychological Well-Being Index
  - Cuestionario de Calidad de Vida de la Hipertensión Arterial: Chal
  - The Mild Hypertension Vital Signs: VSQOL
- 

Por otro lado, algunos trabajos han demostrado que la calidad de vida en el hipertenso es inferior a la del normotenso (Battersby, Hartley y Fletcher, 1995; Dimeñas, Wiklund, Dahloff, Lindval, Olofsson y Faire, 1989). Autores como Roca-Cusachs, Dalfo, Badía, Arístegui y Roset (2001), desarrollaron una investigación para determinar la relación entre variables clínicas y terapéuticas y los niveles de

calidad de vida en sujetos hipertensos. Trabajaron con una muestra de 269 pacientes hipertensos y 106 personas controles normotensos a quienes se les aplicaron los cuestionarios de calidad de vida CHAL y el EuroQoL-5D. Los resultados arrojaron puntajes desfavorables en la calidad de vida en los sujetos hipertensos a comparación con los sujetos normotensos, igualmente se encontró que la

terapia hipertensiva producía un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

Más recientemente Banegas, Guallar-Castillon, Rodríguez-Artalejo, Graciani, Lopez-García y Ruilope (2006), desarrollaron una investigación con una muestra de 3368 sujetos hipertensos con más de 60 años de edad, determinando la calidad de vida mediante el cuestionario MOS (SF-36) y la presión arterial fue medida bajo condiciones estandarizadas. Se encontró que ni la hipertensión ni el control de la droga antihipertensiva pareció influir sobre la calidad de vida de esta muestra poblacional.

Estudios similares fueron desarrollados en Egipto por Youssef, Moubarak y Kamel (2005), quienes estudiaron la calidad de vida en 316 pacientes hipertensos, concluyeron que ni el número de las drogas del antihipertensivos recibidas ni la frecuencia de la dosis afectó la calidad de la vida de los pacientes. La presencia de los efectos secundarios de la droga predijo independientemente una calidad de la vida más baja en los dominios físicos y emocionales pero no en aspectos de la vida diaria.

A partir de las anteriores consideraciones el objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2002) fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial leve de la ciudad de Medellín, Colombia.

## Método

### *Participantes*

Se utilizó una muestra no aleatoria de 282 sujetos con diagnóstico médico de hipertensión arterial leve en tratamiento farmacológico según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología e Hipertensión (2003) de una institución prestadora de servicios de salud (IPS SUSALUD) de la ciudad de Medellín, Colombia. La muestra estuvo compuesta por 148 hombres (52.5%) y 134 mujeres (47.5%) con una edad media general de 60.8 años

y una D.T de 11.3. La población encuestada se agrupa en el nivel educativo de educación básica (primaria y secundaria) y un 11.7% de la muestra realizó estudios universitarios. Más del 50% están casados, y en un porcentaje menor hay viudos, solteros, divorciados y separados. La muestra se ubica en un nivel de clase media (en Colombia, estrato socioeconómico 4). En cuanto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad prevalecen los 7, 8 y 10 años (34%) y la tercera parte de la muestra se ubicó en años de diagnósticos inferiores (1-6 años).

### *Instrumentos*

Para evaluar la calidad de vida en la hipertensión arterial se utilizó un cuestionario específico CHAL desarrollado por Roca-Cusachs, et. al., (1992) y recientemente modificado y validado por Dalfo, Badia, Roca-Cusachs, Aristegui y Roset (2000) en España, con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89 y 0.96 respectivamente. La escala está compuesta por 55 ítems agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA) con 36 ítems y manifestaciones somáticas (MS) con 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtiene en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud). Se obtiene una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones. Las puntuaciones más bajas indicarán mejor nivel de calidad de vida. El tiempo de administración es de 30 minutos aproximadamente y el tiempo de referencia de los ítems del CHAL es de 15 días.

### *Procedimiento*

Previo permiso y autorización de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), SUSALUD de la ciudad de Medellín (Colombia) y la disponibilidad de la base de datos, se contactó a los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial leve por vía telefónica y, de acuerdo a su disponibilidad, se les asignó una cita para diligenciar las pruebas. Los pacientes fueron reunidos en diferentes días de la semana por grupos de cinco personas, máximo siete, en las instalaciones de la IPS

en un periodo de cuatro meses.

Los pacientes fueron informados acerca de los objetivos de la investigación y, una vez brindada la información, se les solicitó el consentimiento para participar en el estudio, se les planteó que la información era secreta por razones éticas, que no recibirían remuneración económica y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos lo consideraran. Una vez obtenido el consentimiento informado, se les entregaron la ficha de datos sociodemográficos y el instrumento (CHAL); ambos fueron autodiligenciados por los pacientes en una única sesión, con la supervisión y ayuda del entrevistador cuando ésta fue requerida. La duración aproximada fue de 45 minutos.

La base de datos de la información de los cuestionarios fue codificada y editada para análisis

por computadora a través del software estadístico SPSS 10, donde se evaluaron las diferentes variables del estudio. Para estos análisis de orden descriptivo se usó la medida usual de tendencia central: *media*, que apoya la identificación de los valores típicos en cuanto a las variables de calidad de vida e hipertensión arterial leve. Asimismo, se calcularon medidas de dispersión: *desviación típica*, que permite analizar la homogeneidad de la distribución, y *rango*, cuyos valores tienen íntima relación con el diseño de cada instrumento aplicado y sus reglas de calificación.

## Resultados

En la tabla 2 se presentan las medidas de tendencia central media y desviación típica, y los puntajes mínimos y máximos de cada uno de los instrumentos utilizados en el estudio.

**Tabla 2.** Estadísticas descriptivas de las variables del estudio

Instrumentos	Media	D.T	Mínimo	Máximo
CHAL				
<b>CHAL estado de ánimo (EA)</b>	<b>44.7</b>	<b>9.5</b>	<b>0</b>	<b>108</b>
<b>CHAL manifestaciones somáticas (MS)</b>	<b>23.1</b>	<b>4.6</b>	<b>0</b>	<b>57</b>

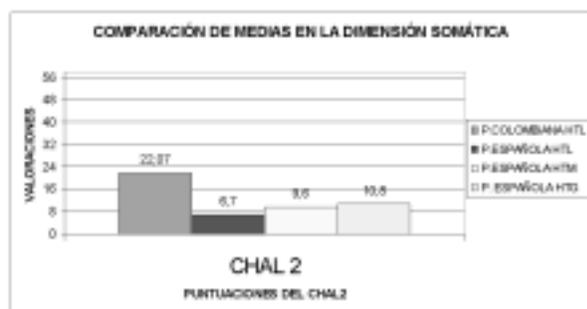
Se aprecia en el orden descriptivo en relación con las medias de los resultados obtenidos, que los niveles de calidad de vida de los pacientes hipertensos en las dos dimensiones del cuestionario CHAL, que mide estado de ánimo (EA) y manifestaciones somáticas (MS) son bajos, especialmente en lo referente a síntomas físicos.

En las Figuras 1 y 2 en cuanto a información se refiere, se presenta una comparación de los puntajes medios de las dos dimensiones del CHAL y las medias del estudio desarrollado por Roca-Cusachs, et. al., (2001) con muestras de pacien-

tes españoles con diagnóstico de hipertensión leve, moderada y severa. La media de la dimensión estado de ánimo (EA) del CHAL de la muestra de este estudio fue de 44.6 muy por encima de las medias de pacientes españoles con hipertensión leve (18.0), media (25) y grave (24.6). En cuanto a la dimensión manifestaciones somáticas (MS) del CHAL, la media de los pacientes del estudio fue de 22.0, mucho más alta que las medias españolas en pacientes con hipertensión leve (6.7), media (9.6) y grave (10.8). Esto indica que los sujetos de nuestro estudio tuvieron una calidad de vida muy desfavorable con respecto a la muestra de pacientes españoles.



**Figura 1.** Comparación de medias del CHAL (EA) y de la investigación de Roca-Cusachs, et. al., (2001)



**Figura 2.** Comparación de medias del CHAL (MS) y de la investigación de Roca-Cusachs, et. Al., (2001)

## Discusión

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 282 pacientes de ambos géneros, diagnosticados con hipertensión arterial leve de la ciudad de Medellín, Colombia, con una edad media general de 60.8 años.

Se observó que los pacientes con hipertensión arterial leve en las dos dimensiones del cuestionario CHAL tuvieron niveles bajos, especialmente en lo referente a síntomas físicos, lo cual indica, de manera general, que la calidad de vida fue desfavorable en cuanto a sus relaciones interpersonales, visión del futuro, estado de ánimo negativo (ansiedad-depresión), autoeficacia y síntomas somáticos asociados con la enfermedad como mareo, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía, entre otras, en comparación con el estudio realizado por Roca-Cusachs, et. al., (2001) con muestras

españolas, independientemente de la gravedad del diagnóstico de hipertensión arterial.

Selke, Marquis y Lebrun (1998) señalaron que está demostrado que la frecuencia de ciertos problemas somáticos aumentan en grupos de sujetos hipertensos en relación con grupos normotensos. De otro lado, sujetos con presiones diastólicas superiores a 95 mmHg sufren más frecuentemente depresión emocional y problemas del sueño que los sujetos normotensos. Los mismos autores argumentaron que en los pacientes en los que la presión arterial estaba bajo control, las puntuaciones de CVRS eran mejores que aquellos en los que no se controlaba. Sin embargo, este aumento de problemas o quejas podría estar en relación con el «efecto etiqueta», ya que se ha observado cambios en los perfiles de calidad de vida cuando los sujetos son informados de su hipertensión. Igualmente, la aceptación del tratamiento puede estar afectada por la eficacia y cuán tolerables sean los fármacos antihipertensivos utilizados.

Valdría la pena evaluar en futuros estudios si el deterioro en la CVRS encontrado en estos pacientes hipertensos está vinculado al abandono del tratamiento, es decir, a una deficiente adherencia terapéutica, ya que diversas investigaciones, véase Selke, et. al., (1998) y Rebollo, Fernández y Ortega (2001) han encontrado una baja CVRS en los pacientes hipertensos cuando no presentan una adecuada adhesión.

Según Rebollo, et. al., (2001) la edad y el género tienen una gran influencia sobre la CVRS, ya que a mayor edad peor CVRS evaluada por la persona. En cuanto al género las mujeres tienen peor percepción de su calidad de vida que los hombres. Por el contrario, Rodríguez-Marín (1995), encontró en diferentes investigaciones que el género femenino tiende a encontrar ganancias secundarias de los síntomas de una enfermedad crónica más fácilmente que los hombres.

El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve así misma y a su vida. Afecta el autoconcepto desde el momento del diagnóstico. Ciertamente, algunas enfermedada-

des, son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican algunos niveles de discapacidad y dolor, como es el caso de la hipertensión arterial leve. La adaptación a esta enfermedad dependerá de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados. Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con hipertensión arterial leve tener una buena calidad de vida relacionada con la salud.

## Referencias

- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud*. 3 edición. Barcelona: Edimac
- Baena, J. M., del Val García, J. L., Tomás, J., Martínez, J. L., Martín, R., González, I., Raidó, E. M., Pomares, M., Altés, A., Álvarez, B., Piñol, P., Rovira, M. y Oller, M. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Revista Española de Cardiología*, 58, 367-373.
- Banegas, J. R., Guallar-Castillon, P., Rodríguez-Artalejo, F., Graciani, A., Lopez-García, E. y Ruilope, L. M. (2006). Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *American Journal Hypertense*, 19, 686-93.
- Battersby, C., Hartley, K. y Fletcher, A. F. (1995). Quality of life in treated hypertension: a case control community based study. *Journal Human Hypertense*, 9, 981-986.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. (2003). *Journal of Hypertension*, 21, 1011-1053.
- Dalfo, A., Badia, X., Roca-Cusachs, A., Aristegui, I. y Roset, M. (2000). Validación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida. *Atención Primaria*, 26, 70-85.
- Dimeñas, E. S., Wiklund, I. K., Dahloff, C. G., Lindval, K. G., Olofsson, B.K. y Faire, V. H. (1989). Differences in the subjective well being and symptoms of normotensives, borderline hypertensives and hypertensives. *Journal Hypertension*, 7, 885-890.
- González-Juanatey, J. R., Mazón, P., Soria, F., Barrios, V., Rodríguez, L. y Bertomeu, V. (2003). Actualización de las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 56, 487-497.
- Hajjar, I. & Kotchen, T. (2003). Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*, 290, 199-206.
- Kaplan, N. (1995). *Tratamiento de la Hipertensión*. Texas: Willey.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness. En R. H. Moos (Ed.), *Coping of physical illness* (Vol. 2, pp. 3-25). New York: Plenum Press.
- PAHO (1998). Colombia: Situación general y tendencias. En PAHO (Editor). *La salud en las Américas*, Volumen II (pp 184 - 197) Washington: PAHO.

- Rebollo, P., Fernández, F. y Ortega, F. (2001). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. *Hipertensión*, 18, 429-429.
- Roca-Cusachs, A., Ametlla, J., Calero, S., Comas, O., Fernández, M., Lospaus, R., Monmany, J., Morera, R., Muñoz, M., Peris, A. y Puig, F. (1992). Calidad de vida en la hipertensión arterial. *Medicina Clínica*, 98, 486-490.
- Roca-Cusachs, A., Dalfo, A., Badía, X., Arístegui, I. y Roset, M. (2001). Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *Journal Hypertension*, 19, 1913-1919.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Selke, B., Marquis, P. y Lebrun, T. (1998). Socioeconomic and quality of life repercussions of arterial hypertension. *Drugs*, 56, 45-53.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Tejada, E. L., Herrera, J. A. y Moreno, C. H. (2000). Identificación temprana de riesgo cardiovascular y de cáncer por pruebas-filtro de laboratorio en funcionarios de la Universidad del Valle, Cali, Colombia 1999-2000. *Colombia Médica*, 31, 131-134.
- Youssef, R. M., Moubarak, I. I. y Kamel, M. I. (2005). Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *East Mediterranean Health Journal*, 11, 109-18.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno, E., Cadena, J. y Anaya, J. M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45-60.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M. y Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A. y Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
- Wolf-Maier, K., Cooper, R.S., Banegas, J.R., Giampaoli, S., Hense, H.W., Joffres, M., et al. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA*. 289, 2363-9.