

Estudio Transversal Percepción Del Bienestar - Calidad De Vida En Población Hipertensa Mediante Escala Chal, Hospital Pedro León Álvarez De La Mesa, Cundinamarca, 2020

Cross Sectional Study Perception Of Well Being - Quality Of Life In Hypertense Population Using The Chal Scale, Pedro León Álvarez De La Mesa Hospital, Cundinamarca, 2020

Jimmy Jafeh Herrera Torres, MD¹, Diego Fernando Paramo Álvarez, MD² Daniel Alejandro Buitrago Medina³

¹Médico general Hospital Pedro León Álvarez de La Mesa, Cundinamarca

²Médico general -Estudiante epidemiología - Universidad del Rosario | CES

³Profesor de epidemiología Escuela de Medicina y Ciencias de la salud

Autor de correspondencia

Dr. Jimmy Jafeh Herrera Torres

Estudiante epidemiología - Universidad del Rosario | CES

Médico general. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Fucs

Teléfono 3122190405

jimmy.herrera@urosario.edu.co



**PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR - CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN
ADSCRITA AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN MEDIANTE ESCALA CHAL.
HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DE LA MESA, CUNDINAMARCA, 2020**

DIEGO FERNANDO PARAMO ALVAREZ

JIMMY JAFEH HERRERA TORRES

ASESOR:

DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO MEDINA

Profesor Escuela de Medicina y Ciencias de la salud

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA
SEPTIEMBRE 10 DEL 2023
BOGOTA D.C**

RESUMEN

Introducción. En Colombia las enfermedades cardiovasculares, (CV) constituyen una problemática prioritaria en salud pública, reportes de la organización Mundial de Salud, (OMS), en los últimos 3 años: 2019 al 2021, demuestran que son una de las primeras causas de morbi – mortalidad en la población, dado su alto impacto se consideró significativo determinar las características y calidad de vida en esta población.

Objetivo: Caracterizar la percepción del bienestar – calidad de vida mediante la escala CHAL de la población adscrita al programa de Hipertensión en el hospital Pedro León Álvarez del Municipio de la Mesa Cundinamarca, durante el año 2.020.

Metodología. El estudio es descriptivo, analítico y de tipo transversal; de la población se seleccionó una muestra al azar de 278 pacientes adscritos al programa de hipertensión en el Hospital Pedro León Álvarez de la ciudad de la Mesa Cundinamarca. Se realizó un instrumento en Excel, donde se dividió en grupos de variables (factores sociodemográficos, antecedentes, factores asociados y puntuación escala CHAL); la información se recolectó a partir de la aplicación del cuestionario de la Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) de manera telefónica y a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes y se analizó mediante el programa Jamovi.

Resultados. Se obtuvo que la edad promedio de los pacientes fue de 68,9 años, se presentó que con mayor frecuencia los pacientes presentaban las siguientes características: más frecuentes en mujeres (60,4%), residentes de área urbana (71,2%), con estrato socioeconómico II (74,8%), en unión libre (78,8%), con sobrepeso (44,6%), antecedente de diabetes mellitus (23,4%), evolución de la enfermedad en promedio 20,3 años, consultan en promedio 3,23 veces al año, pertenecientes a familias extensas (61,5%), no tenían cuidadores (87,3%), con adherencia al tratamiento (81,7%), usuarios de terapia dual (66,2%), sin requerimiento de hospitalizaciones (99,3%), no realizaban actividad física (84,6%) ni tenían hobbies (85,6) y todos estos pacientes presentaron una calidad de vida buena según la escala CHAL y finalmente se observaron diferencias entre las características de los pacientes frente a este resultado final.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes tuvieron en promedio 68,9 años, fueron mujeres, residentes de área urbana, con estrato socioeconómico bajo, en unión libre, con sobrepeso, con

diabetes mellitus, con 20,3 años de evolución de enfermedad en promedio, con un número de 3.23 consultas al año, pertenecientes a familia extensa, sin cuidadores, adherentes al tratamiento con terapia dual, sin hospitalizaciones durante el año de estudio, no realizaban actividad física ni tenían hobbies y todos con resultado final de la escala de CHAL con calidad de vida buena

Palabras Clave: *Cuestionario CHAL; Dimensiones; Programa; Atención primaria; Calidad vida; Pacientes; Hipertensión arterial; Enfermedades Cardiovasculares; Validación; Caracterización; Historias Clínicas.*

ABSTRACT

Introducción. In Colombia, cardiovascular diseases (CV) constitute a priority problem in public health, according to reports from the World Health Organization (WHO), in the last 3 years: 2019 to 2021, they are one of the first causes of morbi – Mortality in the population, constituting a disease with an important impact, for which it is considered significant to determine the characteristics and quality of life of the population.

Objective: Characterize the perception of well-being - quality of life through the CHAL scale of the population assigned to the Hypertension program at the Pedro León Álvarez hospital in the Municipality of Mesa Cundinamarca, during the year 2020.

Methodology. The study is descriptive, analytical and cross-sectional; A random sample of 278 patients assigned to the hypertension program at the Pedro León Álvarez Hospital in the city of Mesa Cundinamarca was selected from the population. An instrument was made in Excel, where it was divided into groups of variables (sociodemographic factors, background, associated factors and CHAL scale score); The information was collected from the application of the Quality of Life in Arterial Hypertension (CHAL) questionnaire by telephone and from the review of patient medical records, and was analyzed using the Jamovi program.

Results. It was obtained that the average age of the patients was 68.9 years, it was presented that with greater frequency the patients presented the following characteristics: more frequent in women (60.4%), residents of urban areas (71.2%), with socioeconomic stratum II (74.8%), in a common-law relationship (78.8%), with overweight (44.6%), history of diabetes mellitus (23.4%), evolution of the disease on average 20, 3 years, consulted an average of 3.23 times a year, belonging to extended families (61.5%), had no caregivers (87.3%), adhered to treatment (81.7%), users of dual therapy (66.2%), without requiring hospitalization (99.3%), did not perform physical activity (84.6%) or had hobbies (85.6) and all these patients presented a good and very good quality of life according to the CHAL scale and finally differences were observed between the characteristics of the patients compared to this final result.

Conclusions. The majority of the patients had an average age of 68.9 years, were women, residents of urban areas, with a low socioeconomic status, in a consensual union, overweight, with diabetes

mellitus, with an average of 20.3 years of disease evolution, with a number of 3.23 consultations per year, belonging to an extended family, without caregivers, adherent to dual therapy treatment, without hospitalizations during the study year, did not perform physical activity or have hobbies and all with a final result of the CHAL scale with very good and good quality of life.

Keywords: CHAL Questionnaire; Dimensions; Program; primary care; quality life; patients; Arterial hypertension; Cardiovascular diseases; Validation; Characterization; Clinical Histories.

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“Las universidades del Rosario, CES y el Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en el trabajo, solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GLOSARIO

- **Calidad de Vida:** Percepción que cada sujeto tiene de su perspectiva en la vida, en el andamiaje del sistema cultural y de los valores en que vive concerniente con sus esquemas, expectativas, pautas y preocupaciones. (6).
- **CHAL:** Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial fiable, validado y específico. Este mide dimensiones como *manifestaciones somáticas, cuidado personal, dolor/ malestar, actividades cotidianas, estados anímicos, depresión, ansiedad*, entre otros (7 – 8).
- **Caracterización.** Es una fase descriptiva en la cual se puede adquirir la identificación de distintas variables, hechos, actores, contenidos y contextos de una experiencia, con el fin de garantizar mediciones, técnicas, y estudios poblacionales en este caso desde el área de salud (11 – 12).
- **La salud Pública.** Disciplina encargada de la protección de la salud de la población humana y tiene como fin de optimizar la salud física y mental y controlar y/o erradicar las enfermedades, a su vez es un área multidisciplinar ya que se complementa utilizando los conocimientos de otras ciencias (34 – 35).
- **La Hipertensión Arterial.** Es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, conocida como “asesino silencioso”, dado que, a pesar de su elevada morbimortalidad, normalmente no presenta síntomas y pasa inadvertida hasta que se produce la afectación de alguno de los órganos denominados diana, en cuyo caso la sintomatología depende del órgano afectado: corazón (infarto, angina o insuficiencia cardíaca), renal (insuficiencia renal) y cerebral (hemorragia o infarto cerebral), principalmente. (15 - 17)

- **Adherencia.** El grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en eventos de salud, búsqueda de cuidados y reestructuración del estilo de vida. (43 - 45).
- **Prevención.** Modelo de salud que se basa en evitar los riesgos que pueden suponer determinadas exposiciones que son conocidas de antemano. Fruto de las investigaciones previas, sabemos que es adverso estar expuesto a los siguientes riesgos: elevadas demandas, bajo control sobre la tarea y las capacidades, bajas recompensas y pobre apoyo social (45)
- **Intervención.** Existen diversas estrategias para prevenir y manejar riesgos según el segmento o área, específicamente en relación a los riesgos psicosociales, la estructura de las estrategias de revisión y control deberá considerar las diferentes categorías (organizacional e individual) y atender a los tipos de intervención primaria, secundaria y terciaria. (46 - 48).
- **Los Factores Protectores Psicosociales.** Se relacionan con la autoestima alta, los estilos de vida saludable, el manejo y control de emociones, el entrenamiento en la regulación y el autocontrol, el desarrollo de habilidades sociales, la equidad en el salario, afiliación a la seguridad social, el reconocimiento por desempeño, los ascensos, los turnos rotativos y la capacitación. (45 – 47)
- **Intervención Primaria.** Alude a aquellas intervenciones dirigidas a toda la Organización con la idea de modificar o eliminar las fuentes de estrés y así disminuir el impacto negativo sobre los individuos. (46 – 48).
- **Intervención Secundaria.** Se relaciona con la detección precoz especialmente sobre grupos de riesgo, se dirige a modificar estilos de vida perjudiciales para la salud, como son eliminar o disminuir el consumo de tabaco y alcohol, promover el ejercicio físico, una

alimentación sana, realizar ejercicios de relajación y tener buenos hábitos de sueño. (46 – 48).

- **Intervención Terciaria.** Este modelo es aquella dirigida a combatir los síntomas que provoca estar expuesto al riesgo psicosocial. Incluye en este nivel, estrategias dirigidas a minimizar los efectos de los problemas que ya están teniendo lugar. (46 – 48).

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	14
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. MARCO TEÓRICO	21
4.1 BASES CONCEPTUALES	21
4.1.1 DEFINICIÓN DE HIPERTENSION ARTERIAL	22
4.1.2 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	22
4.1.3 EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	23
4.1.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	24
4.1.5 ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA FAVORECER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	25
4.1.6 COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	26
4.1.7 MODELOS Y MÉTODOS PARA LA ATENCIÓN: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN SALUD	26
4.1.7.1 MODELO DE LA SALUD- ATENCIÓN PRIMARIA (AUTOCUIDADO)	27
4.1.7.2 MODELO DE LA SALUD- INTERVENCIÓN	29
4.1.8 LA ESCALA CHAL- INSTRUMENTO DE MEDICION SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	31
4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	34
5. METODOLOGÍA	36
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	36
5.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS	36
5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS	37

5.5	PRUEBA PILOTO	39
5.6	SELECCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
5.7	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	44
5.8	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	45
5.9	CONTROL DE SESGOS	45
5.10	CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
6.	RESULTADOS	47
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ADSCRITOS AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL AÑO 2020	47
6.2	ANTECEDENTES DE LOS ADSCRITOS AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL AÑO 2020	49
6.3	FACTORES ASOCIADOS Y APLICACIÓN DE ESCALA CHAL A LOS PACIENTES ADSCRITOS AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL AÑO 2020	51
6.4	DIFERENCIAS ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON EL RESULTADO FINAL DE LA ESCALA CHAL	56
7.	DISCUSIÓN	60
8.	CONCLUSIONES	63
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
	ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS.

TABLA 1: Criterios de inclusión y exclusión

TABLA 2: Operacionalización de las variables sociodemográficas de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 3: Operacionalización de los antecedentes de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 4: Operacionalización de los factores asociados de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 5. Medidas de resumen de la edad en años de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 6. Características sociodemográficas de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 7. Antecedentes de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 8. Medidas de resumen de los años de evolución, número de consultas, puntaje estado de ánimo, manifestaciones somáticas y final de la escala de CHAL de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 9. Factores asociados de los pacientes adscritos al programa de hipertensión Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 10. Recategorización puntaje final escala CHAL, de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial del Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

TABLA 11. Diferencias entre las características de la población con el resultado final de la escala CHAL de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial del Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Flujograma para la recolección de la información del estudio

LISTA DE ANEXOS.

ANEXO 1. Consentimiento Informado

ANEXO 2. Cuestionario de C.V. Escala CHAL.

ANEXO 3. Instrumento de recolección de datos

ANEXO 4. Cronograma

ANEXO 5. Presupuesto

ANEXO 6. Carta de autorización del hospital para uso de base de datos

INTRODUCCIÓN

En Sur América como en Colombia las enfermedades cardiovasculares, (CV) constituyen una problemática prioritaria en la salud pública, según reportes de la organización Mundial de Salud, (OMS), en los últimos 3 años: 2019 al 2021, son una de las primeras causas de morbi-mortalidad en la población (1 - 2).

Otro de los indicadores actuales que informa la OMS es que la enfermedad CV ya no discrimina ni género ni edad, ya que son cada vez más personas jóvenes las que lo padecen (3 - 4), por lo que el sector productivo de las empresas se ha visto afectado ya que contribuyen considerablemente a la carga de discapacidad por enfermedad.

Según los últimos reportes de la OMS, (5), se estima que aproximadamente 21,7 millones de muertes ocurren por enfermedades cardiovasculares y que, en los próximos 5 años, 2,5 millones será atribuidas a la hipertensión arterial – (HA), considerada como causal del 65% de las enfermedades cerebro vasculares y del 50% de la enfermedad cardíaca isquémica, con una variación por sexo.

La HA es una enfermedad crónica, la cual es se considera uno de los principales problemas a nivel mundial, por su alta prevalencia; generalmente, es de forma asintomática y no se detecta sino hasta la aparición de síntomas secundario a las lesiones de órganos diana, siendo el transcurso de tiempo y diagnóstico desconocido y muy variable (22).

El interés sobre la medición de la calidad de vida radica en que permite evaluar el proceso de atención sanitaria y a su vez controlar los resultados de la atención y las intervenciones realizadas por parte del personal de la salud (22).

Aunque actualmente en Colombia no se cuenta con instrumentos de medición sobre calidad de vida específico para la hipertensión arterial, la escala CHAL, la cual fue designado como el cuestionario de salud (6) y que fue desarrollado y validado originalmente por Roca Cusahs, en cuanto a la estructura del instrumento, este mide dimensiones como *manifestaciones*

somáticas, cuidado personal, dolor/ malestar, actividades cotidianas, estados anímicos, depresión, ansiedad, entre otros (7). Según los estudios recientes sobre el tema, exponen que a la presente versión del instrumento se le hicieron mejoras en el año 2.000, con el fin de que contuviera un total de 55 ítems agrupados en dos apartados, estos son: estado de ánimo (EA) con 36 ítems y manifestaciones somáticas (MS) con 19 ítems (8).

El panorama nacional hace necesario la detección oportuna, el tratamiento, el control de la enfermedad y calidad de vida de los pacientes por lo cual se hace necesario visibilizar instrumentos de medición como baterías, escalas que permitan identificar e intervenir desde la prevención o la promoción de la salud.

La reducción de los eventos adversos asociados al tratamiento de la hipertensión arterial y la mejora de la calidad de vida del paciente hipertenso se han convertido en la actualidad en uno de los resultados principales en la evaluación de estos pacientes. Es por ello que en el presente proyecto de investigación se llevará a cabo la temática de estudio *caracterización de la población y aplicación de la **escala CHAL** para determinar calidad de vida en población adscrita al programa de Hipertensión en el hospital Pedro León Álvarez del Municipio de la Mesa Cundinamarca durante el año 2.020.*

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1.Planteamiento del Problema.

Las enfermedades cardiovasculares en Colombia, (CV) (9), constituyen una problemática prioritaria en la salud pública y se ha considerado con una de las primeras causas de morbi – mortalidad en la población, según reportes de la OMS.

En cuanto a la hipertensión es una de las patologías crónicas más comunes, la cual afecta a una gran parte de la población a nivel mundial, alcanzando ya a mil millones de personas, esto debido a su alta prevalencia, falta de control y de prevención de la enfermedad (10).

Para la organización mundial de salud - OMS, uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión (tensión arterial elevada) lo que puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas (1-3).

Igualmente, en los múltiples estudios sobre el tema, estos manifiestan que los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial requieren de una atención multidimensional que acoja desde la prevención primaria hasta el establecimiento de un tratamiento temprano y oportuno que impida el origen de complicaciones en su estado de salud, siendo necesario conocer la conducta que asume los pacientes hacia el tratamiento (11).

De acuerdo a las enfermedades crónicas no transmisibles, la hipertensión arterial es considerada como una de las enfermedades que afectan a los adultos repercutiendo el bienestar y la calidad de vida de quienes lo padecen, puesto que tienen más probabilidades de desarrollar trastorno de ansiedad, depresión, problemas en el sueño, función sexual, autocontrol, sensación de angustia y aparición de manifestaciones somáticas (23).

Este panorama hace necesario que en el sector salud se realicen estudios sobre la detección oportuna, tratamiento, el control de la enfermedad, asimismo la calidad de vida de los pacientes, que permite a su vez identificar otras variables que no son tenidas en cuenta en el

momento de la atención al usuario dado que se centran en el manejo de la patología más no del paciente, por lo cual se hace prioritario visibilizar instrumentos de medición que permitan identificar e intervenir desde la prevención o la promoción de la salud y además evaluar la calidad de vida que tienen los pacientes (6 -8).

Es por ello que en el presente proyecto de investigación se pretende realizar la caracterización de la población y aplicación de la escala CHAL para determinar calidad de vida en población adscrita al programa de Hipertensión en el hospital Pedro León Álvarez del Municipio de la Mesa Cundinamarca durante el año 2020, teniendo en cuenta también factores sociodemográficos, asociados y antecedentes que afectan la calidad de vida de cada paciente.

2. JUSTIFICACION.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y una de las principales causas de muertes en Colombia. No es una enfermedad inocua, ya que, sin tratamiento, puede producir complicaciones que son las causantes de otras enfermedades, muchas de ellas invalidantes e incluso fatales, afectando así la calidad de vida de quienes lo padecen (23).

En el 2017, en Colombia se presentaron muertes prematuras de personas menores de 65 años de edad diagnosticadas con la enfermedad Isquémica Cardíaca y Cerebrovascular, por condiciones asociadas con la Hipertensión Arterial. Esto mismo se determinó en la Encuesta Nacional de demografía y Salud 2019, donde se evidencio que el 42% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial se encontraban entre los 18 y 69 años, por lo que ya no puede ser considerado una enfermedad solo en mayores de 50 años (12 -14).

Por lo anterior, los programas de Hipertensión Arterial tienen un gran impacto ya que tienden a incrementar los niveles de adherencia, integran condiciones con multicomponentes con una amplia variedad de conductas y habilidades en diferentes grados de complejidad, requiriendo de la participación activa del paciente (15).

Para el control de esta enfermedad es necesario complementar la estrategia de atención preventiva con intervenciones comunitarias con los dispositivos de la detección oportuna, el tratamiento, el control de la enfermedad y calidad de vida de los pacientes, este último, en el cual se centrará el estudio, se realizará específicamente a través de la escala CHAL (16 -17).

Esta temática de estudio es relevante, dado que promueve la enseñanza del autocuidado, hacia la generación de un cambio de comportamiento, orientados al logro de los objetivos terapéuticos, mejorar y mantener la calidad de vida, impedir las complicaciones y muertes, promoviendo la autonomía y el empoderamiento del paciente (16 -17).

Por último, el estudio permitirá tener el resultado de información que servirá como estadística municipal y departamental, como se ha descrito anteriormente la hipertensión arterial es una

enfermedad diagnosticada comúnmente en el país, y a su vez esta puede ser precedente en la aparición de otras enfermedades cardiovasculares, además permite establecer estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

3. OBJETIVOS.

1.2. Objetivo General.

Caracterizar la población y aplicación de la escala CHAL como instrumento de pertinencia ante la percepción del bienestar – calidad de vida en *la población adscrita al programa de Hipertensión en el hospital Pedro León Álvarez del Municipio de la Mesa Cundinamarca, durante el año 2.020.*

1.3. Objetivos Específicos.

- Descripción sociodemográfica de la población adscrita al programa de hipertensión arterial.
- Identificar los antecedentes y factores asociados de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial.
- Determinar el resultado final de la escala CHAL de la población adscrita al programa de hipertensión arterial.
- Estimar las diferencias de las características de la población frente al resultado final de la escala CHAL de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1 BASES CONCEPTUALES

La Hipertensión arterial, se sitúa en un lugar relevante por su condición de enfermedad crónica, del 1 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020, la prevalencia de HA en Colombia fue de 9,08 casos por cada 100 habitantes (24). Además de ser asintomática en sus inicios y a pesar de tener un diagnóstico fácil y tratamientos efectivos, sigue siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados y los en vía de desarrollo al constituirse en un factor de riesgo mayor e independiente para enfermedad vascular coronaria, cerebral y de nefropatía principalmente (50 -51).

En el 2009, en Bogotá se presentó la muerte prematura de 1.215 personas menores de 65 años correspondientes al 23,15% del total de fallecimientos por Enfermedad Isquémica Cardíaca y Cerebrovascular, por condiciones asociadas con la Hipertensión Arterial (55 -57).

La Encuesta Nacional de Salud de 2019 estimó para el Distrito Capital en 22,2% la prevalencia de la HTA en sujetos de 18 a 69 años. La HTA se asocia con el aumento de la edad, especialmente después de los 50 años, su incidencia es mayor en hombres, en personas obesas, en poblaciones de origen africano, el bajo peso al nacer y personas con alta ingesta de alcohol (51 -53). Para el control de esta enfermedad es necesario complementar la estrategia de atención resolutive con intervenciones comunitarias y la promoción de estilos de vida saludable (53 -54).

La presión arterial es una variable continua; al aumentar su nivel lo hacen también los riesgos asociados a ella. Desde el punto de vista clínico, la Hipertensión Arterial es la que entraña modificaciones funcionales y orgánicas a corto y largo plazo. Desde el punto de vista anatómico, originó daño vascular visceral (51 – 53).

En cuanto al punto de vista epidemiológico, sus límites se basan en relación con el incremento en la morbilidad y mortalidad; los valores de la presión arterial muestran una distribución con cifras que se incrementan progresivamente con la edad, principalmente a partir de los 60 años (50 -52).

La presión sistólica sigue elevándose progresivamente en cada decenio sucesivo de la vida, en tanto la presión diastólica tiende a alcanzar una meseta en las últimas décadas e incluso comienza a declinar (51).

4.1.1 Definición de Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial, es una alteración hemodinámica caracterizada por un incremento de la resistencia vascular periférica, y se constituye en un factor de riesgo para la arteriosclerosis que interviene en la etiología de enfermedad cardiovascular y renal (52 -54).

Se considera hipertensión arterial cuando la presión arterial tomada en el consultorio es reiteradamente ≥ 140 (sistólica) y/o ≥ 90 mmHg (diastólica). La hipertensión arterial sistólica aislada es definida como una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica < 90 mmHg; es común en personas jóvenes y en adultos mayores, y es la forma más común de hipertensión arterial. En ancianos, se explica por la rigidez de los grandes vasos y el incremento en la presión de pulso (diferencia entre PA sistólica y diastólica) (25).

4.1.2 Clasificación de la Hipertensión arterial

Según la guía de práctica global de hipertensión de la Sociedad Internacional de Hipertensión 2020, se clasifica de la siguiente manera:

- **Presión arterial normal** si la presión arterial sistólica es < 130 y la diastólica < 85 mmHg.
- **Presión normal alta**, cuando la presión arterial sistólica está entre 130-139 y/o la diastólica entre 85-89 mmHg.
- **Hipertensión arterial grado 1** comprende cifras sistólicas entre 140-159 y/o diastólicas entre 90-99 mmHg,
- **Hipertensión grado 2** comprende cifras sistólicas mayores o iguales a 160 y/o las diastólicas mayores o iguales a 100 mmHg. (25)

4.1.3 Evaluación Clínica de la Presión Arterial.

Todos los pacientes usualmente se requieren 2-3 visitas en el consultorio a intervalos de 1-4 semanas para confirmar la hipertensión arterial (cuando esto sea posible). El diagnóstico puede establecerse en una visita si la presión es $\geq 180/110$ mmHg y hay evidencia de enfermedad cardiovascular. Es recomendable que el diagnóstico de hipertensión se confirme con medición de la presión por fuera del consultorio (25).

La evaluación clínica del paciente se realiza de la siguiente manera: En primer lugar, revisando la historia clínica y familiar, indagar sobre síntomas de daño en órgano blanco, estilos de vida e identificar los factores de riesgo cardiovascular y enfermedades concomitantes (57 – 58).

Además de la correcta medición de la Presión Arterial, palpar los pulsos arteriales centrales y periféricos, evaluar soplos en el cuello y abdominales, palpación de glándula tiroidea, examen de corazón y pulmones, examen de abdomen (57 -59).

Igualmente, que incluya riñones, detección de tumoraciones y pulsaciones aórticas, verificar edema de miembros inferiores y valoración neurológica, verificar el índice de masa corporal (peso (kg)/talla al cuadrado (m)); medida de la circunferencia de la cintura y realizar el examen del fondo de ojo (57 -59).

Además:

- En la revisión por sistemas de cada control clínico se debe interrogar síntomas como angina, disnea, palpitaciones, claudicación, edemas periféricos, cefalea, visión borrosa, nicturia, hematuria o mareo.
- Indagar acerca de los tratamientos recibidos y efectos adversos. Además del uso de medicamentos que alteren la presión arterial (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos).
- Durante los controles clínicos (en especial la consulta de primera vez del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial) estar atento a los síntomas sugestivos de causas secundarias:
 - Debilidad muscular/ tetania, parestesias, arritmias: (hipokalemia = aldosteronismo primario).

- Edema pulmonar "flash" = estenosis arteria renal.
- Sudoración, palpitaciones, cefalea frecuente = feocromocitoma.
- Ronquera, hipersomnolencia diurna = síndrome de apnea obstructiva.
- Intolerancia al frío, ganancia de peso, piel reseca, estreñimiento = hipotiroidismo.
- Intolerancia al calor, pérdida de peso, temblor, palpitaciones = hipertiroidismo.
- Realizar un examen físico dirigido:
 - Circulación y corazón: frecuencia cardíaca, ritmo, características, inspección de la presión venosa yugular, latido ventricular, extrasístoles, crépitos basales, edemas periféricos, soplos (carotídeos, abdominal, femoral), características alteradas del pulso ("saltón", "parvus et tardus").
 - Otros órganos o sistemas: palpación de nefromegalia, circunferencia del cuello >40 cm (apnea del sueño), bocio, incremento del índice de masa corporal, circunferencia abdominal elevada, depósitos de grasa en cuello y fosas supraclaviculares, y estrías violáceas (síndrome/enfermedad de Cushing).
- Realizar exámenes de laboratorio:
 - Bioquímica sanguínea: sodio y potasio sérico, creatinina sérica y estimación de la tasa de filtración glomerular, perfil lipídico.
 - Uro análisis (documentar proteinuria) o albuminuria.
 - Electrocardiograma en búsqueda de fibrilación auricular, hipertrofia ventricular izquierda, signos de isquemia cardíaca (25).

4.1.4 Factores de riesgo para la hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad multifactorial asociada a los estilos de vida de la población, que contribuyen a la aparición de esta patología.

Dentro de estos se incluyen factores de riesgo modificables y no modificables

Dentro de los **factores de riesgo no modificables** se encuentra:

- **Genética e hipertensión arterial:** La presión arterial es un rasgo hereditario influenciado por varias vías biológicas que puede responder a estímulos ambientales.

- **Historia Familiar de Hipertensión:** Estudios recientes sugieren que la descendencia de padres hipertensos tiene un aumento en la toma de presión arterial.
- **Raza e hipertensión:** se ha evidenciado mayor prevalencia de hipertensión entre adultos de raza negra que entre adultos blancos.
- **Antecedentes familiares y personales:** enfermedad cardiovascular, diabetes, dislipidemia, enfermedad renal crónica.

Dentro de los **factores de riesgo modificables se encuentra:**

- **Estilo de vida:** tabaquismo, alcoholismo, actividad física.
- **Aspectos psicosociales:** como el estado de ánimo y situaciones estresantes (26).

Personas con diabetes mellitus 2, dislipidemia, sobrepeso, hiperuricemia, síndrome metabólico y otros que hacen parte de estilos de vida no-saludables; enfermedad coronaria previa, falla cardíaca, evento cerebrovascular previo, enfermedad vascular periférica, fibrilación auricular, edad mayor a 65 años, género masculino, frecuencia cardíaca basal >80 latidos/minuto, historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura, historia familiar de hipertensión y menopausia de inicio reciente, se han documentado con mayor riesgo de padecer hipertensión arterial (25).

4.1.5 Estrategias efectivas para favorecer la adherencia al tratamiento

- Evaluar la adherencia en cada visita del paciente y verificarla antes de titular cualquier tratamiento.
- Reducir la polifarmacia y privilegiar el uso de combinaciones en una sola píldora.
- Flexibilizar los esquemas posológicos (optar por medicamentos de una dosis al día).
- Estimular los comportamientos saludables diariamente (plataformas tecnológicas).
- Incorporar el uso de monitoreo en casa.
- Fomentar el autocuidado en los pacientes.
- Dedicar suficiente tiempo para dar consejería y educación al paciente (25).

4.1.6 Complicaciones de la hipertensión arterial

En cuanto a las complicaciones cardíacas del hipertenso conforman la denominada cardiopatía hipertensiva, también se destaca como complicación de la HTA la dilatación aneurismática y en las arterias de miembros la insuficiencia arterial periférica y entre las manifestaciones más tempranas del daño vascular encefálico por HTA están el deterioro cognitivo y trastornos de la marcha (58 - 59).

Otras complicaciones incluyen:

- **Hipertensión maligna:** elevación grave de la presión arterial (>200/120 mmHg) con retinopatía bilateral (hemorragias, papiledema, manchas algodinosas).
- **Encefalopatía hipertensiva:** elevación grave de la presión arterial y compromiso neurológico dado por letargia, movimientos anormales, ceguera cortical y coma.
- **Microangiopatía trombótica hipertensiva:** elevación grave de la presión con hemólisis y trombocitopenia (descartar siempre otras causas) cuya resolución se da cuando hay un mejor control tensional.

Otras formas de presentación incluyen: elevación grave de la presión arterial con hemorragia cerebral, evento cerebrovascular agudo, síndrome coronario agudo, edema pulmonar cardiogénico, aneurisma o disección aórtica, preeclampsia grave o eclampsia (25).

4.1.7 Modelos y Métodos para la Atención: Evaluación e Intervención en Salud.

Los Modelos y métodos de salud pública para la atención: evaluación e intervención en Salud, en este estudio en particular para los pacientes con Hipertensión Arterial, tienen un gran impacto ya que tienden a incrementar los niveles de adherencia, integran condiciones con multicomponentes con una amplia variedad de conductas y habilidades en diferentes grados de complejidad, requiriendo de la participación activa del paciente (60 – 61).

También buscan constituirse en una estrategia que promueve la enseñanza del autocuidado, hacia la generación de un cambio de comportamiento, orientados al logro de los objetivos terapéuticos, mejorar y mantener la calidad de vida, impedir las complicaciones y muertes, promoviendo la autonomía y el empoderamiento del paciente (60 – 62).

En cuanto a los Modelos y Métodos se exponen los siguientes:

4.1.7.1 Modelo de la Salud –Atención Primaria. (Autocuidado).

Modelo de salud que se basa en evitar los riesgos que pueden suponer determinadas exposiciones que son conocidas de antemano. Fruto de las investigaciones previas, sabemos que el mejoramiento de la atención en salud ha posibilitado que actualmente un número mayor de pacientes con múltiples enfermedades crónicas (62 - 64).

A este tenor se está visibilizando las técnicas que permiten controlar los síntomas crónicos con el objetivo de que el enfermo conserve su independencia y calidad de vida posibilitando con ello prolongar en el tiempo de mejoría y autoeficacia (63).

Igualmente, el presente modelo de la salud está transformando la relación tradicional entre el prestador de atención de salud y el paciente para posibilitar el método en el cual los individuos con alguna enfermedad crónica desempeñan una función relevante en su propio autocuidado, conjuntamente con el equipo interdisciplinario o los prestadores de atención de salud (61 - 63).

Este modelo contiene métodos de atención de las enfermedades crónicas los cuales están dejando atrás la relación tradicional entre el prestador de atención de salud y el paciente para dar paso a un modelo en el cual las personas con alguna enfermedad crónica desempeñan una función central en su propio cuidado, conjuntamente con los prestadores de atención de salud (62, 64).

En cuanto a las características de las enfermedades crónicas y exigencias únicas, también comparten dificultades parecidas en cuanto a su atención, cómo hacer frente a los síntomas y la discapacidad; Vigilar los indicadores físicos; Seguir regímenes como medicamentosos complejos; Mantener un grado adecuado de nutrición, ingesta de calorías y ejercicio; Adaptarse a las exigencias psicológicas y sociales, lo que incluye algunos ajustes difíciles del modo de vida; Establecer interacciones eficaces con los prestadores de atención de salud (60, 62).

Por lo tanto, el modelo del autocuidado de las enfermedades consiste en formar a los pacientes y proporcionarles recursos para reducir el impacto de los riesgos psicosociales

sobre su salud y bienestar (62 - 63). Igualmente, su uso es de forma general sin discriminar la enfermedad crónica en cuestión, por lo cual se ha denotado que adquirir un conglomerado genérico de aptitudes es pertinente para que los pacientes esgriman eficazmente las enfermedades y optimicen su salud (63).

En cuanto a las propuestas de cambio se exponen:

- *Profundización en el diagnóstico de los riesgos:* Para lo que se utilizará los instrumentos más específicos que permitan valorar adecuadamente el tipo, intensidad, frecuencia y severidad de los riesgos, así como de los grupos de los que inciden (62 – 64).
- *Intervención de Feedback:* Este consiste en la devolución de la información obtenida a los grupos interesados, respetando la confiabilidad y el anonimato. La devolución de resultados se convierte en un elemento importante de sensibilización y de estímulo de participación de todos los trabajadores involucrados (62 – 64).
- *Puesta en marcha en un proceso de cambio de la propia organización y de sus grupos: con el objetivo de mejorar la prevención de los riesgos psicosociales.* Constituye el último de los módulos del proceso (62 – 64).
- *la cooperación comunitaria* (a través de lo individual a lo colectivo) en las acciones del cuidado y avance de la salud; la forma de comportarse de actuar y las creencias están rigurosamente interconectadas con las decisiones de los pacientes respecto a su salud (62 – 64).

En cuanto a la promoción, se deduce que se debe implementar un programa de promoción de la salud donde se le enseñe al paciente buenos hábitos y/o estilo de vida saludables, con el fin de prevenir enfermedades como la hipertensión arterial.

4.1.7.2 Modelo de la Salud - Intervención. Existen diversas estrategias para prevenir y manejar riesgos según el segmento o área, específicamente con relación a los riesgos psicosociales, la estructura de las estrategias de revisión y control deberá considerar las diferentes categorías (individual y colectiva) y atender a los tipos de intervención primaria, secundaria y terciaria que a continuación se detallan (65 – 67).

- **Intervención primaria.**

La intervención primaria de riesgos psicosociales alude a aquellas intervenciones dirigidas al personal o equipo interdisciplinario en el área de salud con la idea de modificar o eliminar las fuentes de estrés y así disminuir el impacto negativo sobre los individuos (65 – 66).

En cuanto la perspectiva de la evaluación de riesgos psicosociales se pretende que la intervención sea sobre las causas, es decir, que se realice una intervención sobre los riesgos psicosociales en su origen (65 – 66).

Cuando se realiza una evaluación de riesgos psicosociales, ésta debe ir orientada hacia la intervención primaria, aunque no es el único tipo de intervención que se puede realizar.

- **Intervención secundaria.**

Según Tetrick y Quick (66 - 67), comentan que este tipo de intervención se relaciona con la detección precoz especialmente sobre grupos de riesgo, con la idea de limitar el deterioro y las consecuencias de los riesgos psicosociales.

De este tipo de intervención, se desglosa los siguientes objetivos, estos son identificar los riesgos psicosociales; medir la exposición; intervenir (eliminar o controlar esas condiciones) (66).

Se suele tratar de una intervención a nivel individual y grupal considerando al paciente como parte de un grupo interdisciplinario (65 - 66).

La intervención terciaria.

Según Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (56 - 57), este modelo de salud enfocado a combatir los síntomas de la enfermedad que pueden producir factores de riesgo psicosociales como:

Factores de riesgo psicosociales

Demandas.	Recursos	Personales.
-Sobrecarga de la enfermedad -Sobrecarga emocional - Sobrecarga mental - Conflicto de rol - Ambigüedad de rol -Rutina - Mobbing	-Autonomía -Feedback -Reestructuración -Apoyo social -Estilo liderazgo - Relaciones interpersonales - Trabajo en equipo Interdisciplinario	-Autoeficacia -Eficacia grupal percibida - Competencias emocionales -Competencias mentales

Consecuencias

Daños psicosociales	Bienestar psicosocial	Rechazo al Tratamiento
-Síntomas psicósomáticos - Aburrimiento -Ansiedad - Burnout –Adicciones -Estrés	-Satisfacción y placer - Relajación -Emociones positivas -Engagement - Flow	-Absentismo -Ineficacia profesional -Falta de compromiso -Intención de abandono al tratamiento.

Por su parte Lamontagne (66), incluye en este nivel, estrategias dirigidas a minimizar los efectos de los problemas que ya están teniendo lugar en el paciente como la predisposición o rechazo al tratamiento y con ello el deterioro en la salud.

En la evaluación encontramos pacientes que presentan trastornos físicos derivados del tratamiento como son: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares y musculoesqueléticos, fundamentalmente. Además, son de gran importancia los trastornos en la salud mental de los pacientes producto de la exposición a estos riesgos, de entre ellos, los más frecuentes son los trastornos de ansiedad y depresión (66 – 67).

En cuanto a estos modelos de Intervención a las propuestas de cambio se exponen:

Tanto el tratamiento médico y/o tratamientos específicos para la hipertensión arterial, las entidades de salud han desarrollado la importancia relativa del problema de salud (magnitud, gravedad e impacto económico) (62 – 65).

Igualmente, la factibilidad de una intervención (recursos, conformidad con la política en salud e interés del personal sanitario); La eficacia prevista de la intervención (evidencia de la eficacia y factores locales relacionados con ella); La justificación de los costos (de acuerdo con cada problema de salud) y el interés de la comunidad (65 – 66).

Para concluir con los métodos de intervención, la intervención primaria por lo general es más efectiva que la secundaria, y ésta lo es a su vez más que la terciaria, aunque los tres niveles no son excluyentes entre sí, sino que se complementan entre ellos y su acción conjunta maximiza su efectividad (66 – 67).

4.1.8 La Escala CHAL. Instrumento de Medición sobre Calidad de vida de los Pacientes con Hipertensión Arterial – HA.

La Escala CHAL, fue desarrollada y validada preliminarmente por Roca-Cusachs et al (12), la cual compagina el uso de diferentes técnicas como la entrevista; el cuestionario y grupos de discusión. El cuestionario que han diseñado está formado por 2 dimensiones: estado *de ánimo* (EA), **constituido por 36 ítems**; *manifestaciones somáticas* constituidas **por 19 ítems**. En la cual se obtuvo finalmente una versión de 55 preguntas (). A partir de ahí, la metodología permite profundizar en aquellos aspectos necesarios para continuar con el proceso de la intervención y su evaluación (6 -8).

En cuanto a la actualización, esta tuvo como fin mejorar las instrucciones de administración del cuestionario; el formato de respuesta; facilitar la comprensión y la realización del mismo por parte de los pacientes con hipertensión arterial (6).

En cuanto a la respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta estas son: (no; en absoluto; sí algo; sí, mucho) que califican de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y posibilita obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones (6 -7).

Igualmente brinda una información detallada de cómo se posiciona los pacientes de la muestra elegida ante cada pregunta, permitiendo conocer el porcentaje de elección de cada opción de respuesta, lo cual proporciona datos relativos, a cada factor analizado (6 -8), estos son:

- **Tiempo de Aplicación:** Hace referencia a los aspectos relacionados con la ordenación y estructuración temporal de la actividad. Evalúa el impacto que ocasiona el tiempo de calidad desde los períodos de descanso, su cantidad y calidad y del efecto que provoca la hipertensión arterial.

- **Autonomía:** Considera aspectos como la capacidad y posibilidad individual del paciente para tomar decisiones y gestionar todo aquello relacionado con el compromiso y la toma de decisiones sobre las tareas que ha de realizar, elección de procedimientos y métodos, etc.

- **Demandas Psicológicas:** Hace referencia a las exigencias de naturaleza cognitiva y emocional a las que se ha de hacer frente. Las exigencias cognitivas se definen según el grado de movilización y esfuerzo intelectual al que el paciente se enfrenta durante el desempeño de sus tareas.

Por otro lado, las exigencias emocionales se producen en las situaciones en las que la realización de la tarea conlleva un esfuerzo emocional. Se entiende como esfuerzo emocional a la represión de las emociones o sentimientos, y a mantener la compostura para dar respuesta a las demandas de trabajo.

- **Relaciones y Apoyo Social:** Comprende todos aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno laboral.

Finalidad de la Escala CHAL.

Tras conocer la finalidad de esta escala de evaluación e intervención, es posible determinar diferentes situaciones de aplicabilidad, (6 – 8), en este caso, existen 5 posibles aplicaciones del método (6 – 8):

- *Evaluación de situaciones específicas:* Se refiere a la aplicación del método en un momento dado, donde los resultados muestran qué magnitud y qué particularidades presentan unos determinados factores en un grupo concreto, lo que permite un diagnóstico de las condiciones psicosociales de ese grupo.

- *Localización de fuentes de problemas:* Dada la existencia de un problema y de cara a establecer sus posibles remedios, el método permite identificar algunos de los ámbitos en los que se está originando el problema, y así, orientar las posteriores acciones a emprender.

- *Reestructuración - cambios y priorizar actuaciones:* Los resultados obtenidos tras una aplicación del método pueden orientar tanto para establecer qué tipo de acción ha de llevarse a cabo, como para determinar la intensidad o la urgencia de la misma o para señalar el ámbito (colectivo, individual) de intervención.

- *Para la comprensión de un grupo en dos momentos:* Esto puede llevarse a cabo debido a que los resultados del método están estandarizados. Permite la valoración de la evaluación de las condiciones psicosociales de trabajo en el tiempo o evaluar el impacto de algunos cambios.

- *Para tomar conciencia de la situación:* Hace referencia a la difusión de nuevas perspectivas de cambio.

- Utiliza instrumentos como la entrevista, sesiones de trabajo en grupo, y el análisis de contenidos de documentación disponibles.

En cuanto a las desventajas del método de la escala CHAL, resulta compleja, por lo cual en muchas ocasiones puede ser aplicada sólo por expertos en esta metodología específica y no

es un material que esté libremente disponible para cualquier técnico, utiliza instrumentos como la entrevista, sesiones de trabajo en grupo, y el análisis de contenidos de documentación disponibles (6 – 8).

Los resultados del instrumento cuantitativo son calculados mediante la media en cada factor. También se recogen los porcentajes de los pacientes que puntúan más de 3 (que es la puntuación que indica malestar importante que se experimenta con cierta frecuencia) (7).

Por otro lado, merece destacar la distinción que hacen en sus resultados de intensidad, frecuencia y severidad, validez de contenido y confiabilidad (6 – 8).

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- En el estudio realizado por García Et al en el año 2016 titulado “Estudio de factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión”, se logró concluir que la condición de ser: adulto mayor viejo, sexo femenino, afrocolombiano, residir en estrato cero y presentar un estado nutricional moderado, diabetes, problemas del corazón y cerebro, se asocia con la hipertensión arterial (27).
- En un estudio llevado a cabo por Abujieres et al en el 2019 “Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en estudiantes”, se determinó que el 35.29% de los pacientes eran hombres, los factores con una importante asociación a la enfermedad son el antecedente familiar de hipertensión familiar en primer grado, la obesidad, el sedentarismo, la dieta no saludable, la hipertrigliceridemia y el hipercolesterolemia (28).
- En la revisión sistemática realizada por Zurique et al en el 2019 titulada “Prevalencia de la hipertensión arterial en Colombia”, se concluyó que la prevalencia de hipertensión es 24%, ligeramente más prevalente en hombres 29%, aumenta proporcionalmente con la edad y menos prevalente en área urbana 21%. La tendencia cambia en relación a género-edad, prevalece más en hombres a edad temprana y en mujeres a partir de la adultez media (29).

- Se revisó el estudio de Suarez y compañía publicado en el 2019, que lleva por título “Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores de riesgo en estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia”, este estudio mostró una prevalencia de hipertensión de 4.6% con predominio del sexo masculino. La prevalencia de los factores de riesgo estudiados fue la siguiente: antecedentes familiares con un 72.7% con mayor frecuencia de parte del padre (predominando la hipertensión arterial); obesidad abdominal con un 26.5% de predominio masculino. El 26.1% fueron clasificados físicamente como insuficientemente activos y el 24.2% como inactivos con un predominio del sexo femenino en estos niveles (30).
- En el estudio realizado por Beleño y compañía en el año 2016, frente a la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y variables clínicas y sociodemográficas en pacientes hipertensos afiliados a la caja de previsión social de la universidad de Cartagena, se determinó que la edad media de los pacientes hipertensos fue de $63,54 \pm 9,472$ años, predominó el sexo femenino con un 67.7%, el 60% presentaba un tiempo de evolución menor a 5 años, solo el 16.9% usaba un solo fármaco y no tenía ninguna comorbilidad, y el 86,3% utilizaba un ARA II. Además, los resultados del presente estudio mostraron que independientemente de la edad, sexo, número de fármaco y comorbilidades que presentan los pacientes, la mayoría de estos se encontraron en un nivel de Calidad de Vida entre muy buena y buena (31).

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Investigación.

El estudio se llevó a cabo bajo un enfoque descriptivo, de tipo transversal. El cual intenta explicar por qué ocurre el fenómeno estudiado, las condiciones de sus manifestaciones y las relaciones entre variable, e implica pasos específicos como explorar, describir, correlacionar.

5.2 Población y Muestra.

La población que se seleccionó fueron 960 pacientes adscritos al programa de hipertensión en el Hospital Pedro León Álvarez de la ciudad de la Mesa Cundinamarca durante el periodo comprendido entre enero 2020 - diciembre 2020, de los cuales a través del programa JAMOVIC con un IC 95% E 5%, se genera una muestra de 278 entrevistados con diagnóstico de HTA, los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria de la base de datos con la herramienta de aleatorización de Excel.

5.3 Unidad de observación y análisis

Las unidades de observación fueron los pacientes adscritos al programa de hipertensión en el Hospital Pedro León Álvarez de la ciudad de la Mesa Cundinamarca analizados por los investigadores del presente trabajo con el fin de establecer o evaluar el nivel de calidad de vida mediante la escala CHAL.

TABLA 1: Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Población mayor de 18 años Población inscrita en programa de hipertensión arterial del hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa Cundinamarca por un periodo mínimo de 6 meses	Gestantes Población que haya fallecido durante el estudio Población que se niegue a participar Pacientes que hayan cambiado de domicilio y por ende no asisten al programa de hipertensión arterial.

5.4 Fuentes de información y recolección de datos.

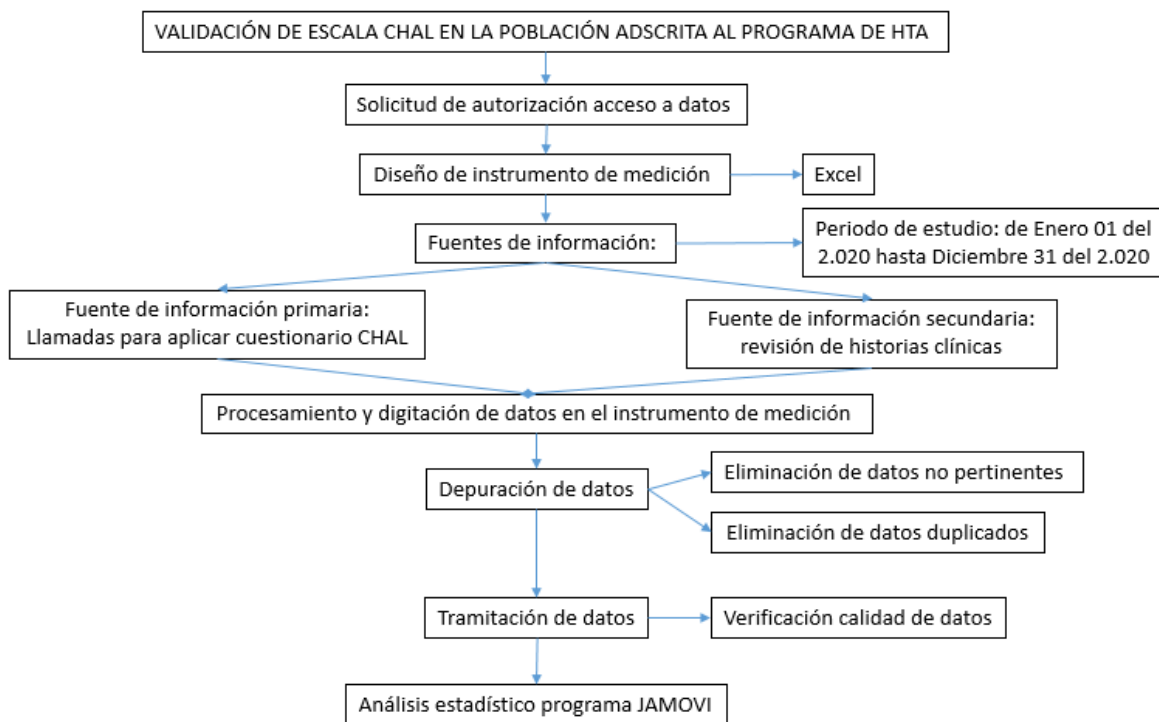
La fuente de información será primaria mediante la aplicación del cuestionario de la Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL) de manera telefónica y a partir de la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años de edad, que asistieron a consulta presencial y/o virtual al Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el periodo comprendido de Enero 01 del 2.020 hasta Diciembre 31 del 2.020, con el fin de caracterizar a la población mediante las variables sociodemográficas y asociadas.

El instrumento de medición de nuestro estudio se realizó en el programa de Excel mediante la creación de una hoja de cálculo, la cual incluye las variables (sociodemográficas, antecedentes, factores asociados y las escala CHAL dividida en 2 dimensiones: estado de ánimo y manifestaciones somáticas) necesarias para el cumplimiento de los objetivos (ver anexo); las cuales se organizaron por colores: el verde asignado para las variables sociodemográficas constituidas por 8 variables, el azul para los antecedentes que son 7 variables, el color amarillo para los factores asociados, con 9 variables, el color rosado para

la dimensión estado de ánimo con 36 preguntas y el color naranja para la dimensión manifestaciones somáticas que incluye 19 preguntas. Se asignó una fila para el nombre de las variables y otra para registrar la definición de los valores.

Para la recolección de los datos del estudio, se realizaron las siguientes actividades (Figura 1):

FIGURA 1. Flujograma para la recolección de la información del estudio



1. Autorización: Se solicitó mediante una carta de autorización al Hospital Pedro León Álvarez, el acceso a las bases de datos donde se registra la información de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial y el acceso a las historias de estos pacientes.

2. Diseño de instrumento de medición: Se creó un formato en una hoja de Excel para la organización de los datos teniendo en cuenta los objetivos y las variables de estudio (sociodemográficas, antecedentes, factores asociados y dimensiones de la escala CHAL).

3. Realización de prueba piloto. Se realizó una prueba piloto, en donde se revisaron 10 historias clínicas del año 2020.

4. Fuentes de información: Se recolectó la información de fuentes de información primaria, donde se realizó la comunicación telefónica con los pacientes y se aplicó la encuesta CHAL; también se revisaron fuentes de información secundarias suministradas por la institución donde se revisaron las historias clínicas de los participantes del estudio para determinar antecedentes y factores asociados.

5. Proceso de digitación: A partir de la información obtenida, se extrajeron las variables incluidas en el estudio, las cuales se organizaron en el instrumento de medición de Excel.

6. Depuración de datos: Se realizó la eliminación de los datos duplicados y también de los datos que no fueron pertinentes en el estudio.

7. Tramitación de datos: Se realizó la evaluación de la calidad de los datos guardados en la base de datos, se verificó que estén completos y organizados de una forma adecuada, posteriormente se realizó el análisis estadístico en el programa Jamovi.

5.5 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto, en donde se realizó 10 llamadas telefónicas y se revisaron 10 historias clínicas del año 2020, aplicando el instrumento realizado en Excel; en la cual se evidenció que todas las variables están al alcance, por lo cual se tendrán en cuenta en la aplicación del estudio.

5.6 Selección y operacionalización de variables

Las variables que permitieron cumplir con los objetivos del estudio, se agruparon sociodemográficas, antecedentes, factores asociados, dimensión estado de ánimo y dimensión enfermedad psicosomática, estas dos últimas constituyen las preguntas del cuestionario CHAL.

Como variables sociodemográficas se incluyeron: sexo, edad, estado civil, área de residencia, afiliación al sistema de la salud, estrato socioeconómico, escolaridad y grupo étnico; en las variables antecedentes: índice de masa corporal, antecedente de enfermedad renal, diabetes, dislipidemia, enfermedad coronaria, evento cerebrovascular y antecedente familiar de hipertensión arterial; en los factores asociados: estructura familiar, cuidadores,

tiempo de evolución, adherencia al tratamiento, tratamiento empleado, hospitalizaciones, número de consultas, hobbies y actividad física. La dimensión estado de ánimo incluye las primeras 36 preguntas de la escala CHAL y la dimensión enfermedad psicosomática incluye las últimas 19 preguntas de esta escala. (Ver anexo)

En la tabla 2, 3 y 4 se realiza una descripción de las variables mencionadas.

TABLA 2: Operacionalización de las variables sociodemográficas.

Variable	Descripción de la variable	Definición de los valores de la variable	Naturaleza y nivel de medición
Sexo	Identificación de género	1= Hombre	Cualitativa dicotómica
		2= Mujer	
Edad	Años cumplidos de los pacientes	Número en años	Cuantitativa de razón
Grupo etario	Clasificación de la edad por grupos	1= 19-26 años	Cualitativa ordinal
		2= 27-59 años	
		3= 60-79 años	
		4= > 80 años	
Afiliación	Régimen de afiliación a la cual pertenece el paciente	1= Contributivo	Cualitativa dicotómica
		2= Subsidiado	
Área de residencia	Urbano: Residencia en área geográfica definida por un parámetro urbano. Rural: residencia en perímetro caracterizado por disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias	1= Urbano	Cualitativa dicotómica
		2= Rural	
Estrato socioeconómico	Estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, para el cobro diferencial	1= I	Cualitativa ordinal
		2= II	
		3= III	
		4= IV	

Variable	Descripción de la variable	Definición de los valores de la variable	Naturaleza y nivel de medición
Estado civil	Relación en la que se encuentran dos personas que viven en sociedad	1= Soltero	Cualitativa nominal
		2= Casado	
		3= Unión libre	
		4= Divorciada	
		5= Viuda	
Escolaridad	Ultimo año de estudio cursado		Cualitativa ordinal
		1= Primaria	
		2= Secundaria	
		3= Técnico o profesional	
		4= Ninguno	
Grupo étnico	Grupo de personas que comparten una cultura similar	1= Gitano	Cualitativa nominal
		2= Raizal	
		3= Indígena	
		4= Mestizo	
		5= Ninguno	

TABLA 3: Operacionalización de los antecedentes.

Variable	Descripción de la variable	Definición de los valores de la variable	Naturaleza y nivel de medición
IMC	Índice de masa corporal	1= Bajo peso	Cualitativa ordinal
		2= Peso normal	
		3= Sobrepeso	
		4= Obesidad grado 1	
		5= Obesidad grado 2	
		6= Obesidad grado 3	
Antecedente ERC	Enfermedad renal crónica previa	1= Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	
Antecedente de dm2	Diabetes mellitus previa	1= Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	
Antecedente dislipidemia	Alteraciones en valores de colesterol y/o triglicéridos previos	1= Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	
Antecedente enfermedad coronaria	Enfermedad coronaria previa	1= Si	Cualitativa dicotómica
		2=No	
Antecedente ACV	Enfermedad cerebrovascular previa	1=Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	
Antecedente familiar HTA	Antecedentes de hipertensión arterial en la familia directa	1= Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	

TABLA 4: Operacionalización de los factores asociados.

Variable	Descripción de la variable	Definición de los valores de la variable	Naturaleza y nivel de medición
Estructura familiar	Composición de la familia	1= Nuclear	Cualitativa politómica
		2= Extensa	
		3= Unipersonal	
		4= Compuesta	
		5= Sin núcleo	
cuidadores	Personas que cumplen con la función del cuidado del paciente	1=Si	Cualitativa dicotómica
		2=No	
Tiempo de evolución	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la entrevista	Años	Cualitativa de razón
Adherencia al tratamiento	Seguimiento estricto de las pautas del tratamiento farmacológico	1=Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	
Tratamiento empleado	Numero de medicamentos administrados para la hipertensión	1= Monoterapia	Cualitativa politómica
		2=Terapia dual	
		3= Polifarmacia	
Hospitalización	Hospitalizaciones derivadas de la hipertensión arterial	1=Si	Cualitativa dicotómica
		2=No	
Número de consultas	Número de consultas derivadas de la hipertensión	Numero	Cualitativa de razón
Hobbies	Actividades de entretenimiento del paciente	1=Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	
Actividad física	Realiza ejercicio regularmente	1= Si	Cualitativa dicotómica
		2= No	

Para la escala CHAL, en cuanto a la respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta estas son: (no; en absoluto; sí algo; sí, mucho) que califican de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y posibilita obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones de la siguiente manera: Dimensión estado de ánimo de 0 a 108, dimensión manifestaciones somáticas de 0 a 57 y la puntuación global es de 0 a 165, las puntuaciones más bajas indican mejor nivel de calidad vida.

Finalmente se determina las diferencias de las características de la población frente al resultado final de la escala CHAL.

5.7 Procesamiento y análisis de la información

El análisis estadístico se realizó en el programa Jamovi, inicialmente se llevó a cabo la depuración de los datos mediante la eliminación de los datos duplicados y de aquellos que no eran pertinentes en el estudio. Se llevó a cabo el análisis descriptivo, se manejaron variables de tipo cuantitativa y cuantitativa, únicamente con re categorización de las siguientes variables:

Grupo etario

- 1= 19 a 26 años
- 2= 27-59 años
- 3= 60-79 años
- 4= > 80 años

Puntuación final escala CHAL

- Muy buena= 0-41
- Buena= 42-82
- Regular = 83-123
- Mala calidad de vida= 124-165

5.8 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas, se obtuvieron frecuencias absolutas y porcentuales. A las variables cuantitativas se les realizaron las medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango, máximo y mínimo).

5.9 Control de sesgos

¿CÓMO CONTROLAMOS LOS SESGOS?

Mediante las diferentes aristas de los sesgos logramos mitigar los mismos mediante actividades dirigidas a los distintos sesgos:

Sesgo de selección: Mediante la utilización de registros que se adapten a los criterios de inclusión.

Sesgo de información: Omitiendo paciente de los cuales se halla una información incompleta

Sesgo de supervivencia: Se realiza seguimiento a los pacientes mediante la historia clínica convergiendo si asistieron a la cita control al final del año del estudio

Sesgo de error del entrevistador: Se intenta evitar mediante la adecuada capacitación y entrenamiento en la utilización del instrumento a aplicar.

Sesgo de observador: se intentó modular mediante una adecuada preparación de la digitación de los datos al momento de analizar

5.10 Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta, lo mencionado hasta el momento, el comité de ética del Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la Mesa Cundinamarca puede afirmar que la presente investigación es considerada sin riesgo, puesto que las técnicas, métodos y análisis obtenidos fueron realizados según parámetros establecidos, garantizando la objetividad de la información y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes del estudio.

En cada una de las etapas del proyecto se procederá bajo los principios éticos de la beneficencia y no maleficencia.

En tal sentido, según Rojas y Lara (2014) la beneficencia supone la obligación moral de actuar en beneficio de los otros. Por tal razón este estudio busca consolidarse en una herramienta para que los pacientes comprendan la importancia de ingresar al programa de control de la hipertensión arterial y reconozcan los factores de riesgo de la enfermedad, al mismo tiempo que se respeta su autonomía de participar o no en el mismo, así como la confidencialidad de la información manifestada por los pacientes.

Por otro lado, antes de aplicar el instrumento “cuestionario de la Calidad de vida en Hipertensión Arterial” se debe diligenciar el consentimiento informado, con la intención de confirmar que la participación de los pacientes es voluntaria, de forma complementaria se van explicando los objetivos del ejercicio y se van dando las recomendaciones relacionadas con la importancia de la adherencia al tratamiento.

Los autores no refieren conflicto de intereses.

6. RESULTADOS

En el presente estudio se analizaron las características sociodemográficas, los antecedentes, los factores asociados y la aplicación de la escala CHAL de 278 pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial del Hospital Pedro León Álvarez del municipio de la Mesa Cundinamarca, entre el 01 de enero hasta diciembre 31 del año 2.020.

6.1 Características sociodemográficas de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial año 2020

La edad de los pacientes estuvo entre 28 y 100 años, con una media de edad de 69,8 años, el 50% de los pacientes tienen una edad de 70, una edad mínima de 28 y máxima de 100 años, con una desviación estándar de 13,6 indicando una población heterogénea; estos datos se representan en la tabla 5.

TABLA 5. Medidas de resumen de la edad en años.

EDAD	n	Media	Mediana	Moda	DE	Mínimo	Máximo
	278	69,8	70	85	13,6	28	100

Fuente: Autores

En cuanto a los pacientes adscritos a este programa, se encontró que en gran porcentaje fueron mujeres 60,4% y un 39,6% de hombres; la mayoría en grupo etario entre los 60-79 años con un 57,1%, seguido de los mayores de 80 años con un 26%; el 67,3% se encontraban afiliados al sistema de salud de forma subsidiada; la mayoría de la población residía en área urbana con un 71,2%, perteneciendo al estrato socioeconómico II en un 74,8% seguido del estrato I con un 20,1%; la mayoría de los pacientes se encontraban en unión libre 37,8% y casados en un 24,8, seguido de solteros en un 19,1%; el 78,8% de los pacientes cursaron con una escolaridad secundaria y el 14% hasta la primaria; el 98,9% no pertenencia a grupos étnicos, solo 3 pacientes equivalente a 1,1% hacían parte de mestizos. Esta información se observa en la tabla 6.

TABLA 6. Características sociodemográficas de los pacientes.

Variable	Categorías	n	%
Sexo	1= Hombre	110	39,6
	2= Mujer	168	60,4
Grupo etario	1= 19-26 años	0	0
	2= 27-59 años	45	16,1
	3= 60-79 años	159	57,1
	4= > 80 años	74	26
Afiliación	1= Contributivo	91	32,7
	2= Subsidiado	187	67,3
Área de residencia	1= Urbano	198	71,2
	2= Rural	80	28,8
Estrato socioeconómico	1= I	56	20,1
	2= II	208	74,8
	3= III	12	4,3
	4= IV	2	0,7
Estado civil	1=Soltero	53	19,1
	2= Casado	69	24,8
	3=Unión libre	105	37,8
	4=Divorciada	22	7,9
	5= Viuda	29	10,4
Escolaridad	1= Primaria	39	14
	2= Secundaria	219	78,8
	3= Técnico o superior	18	6,5
	4= Ninguno	2	0,7
Grupo étnico	1= Gitano	0	0
	2= Raizal	0	0
	3= Indígena	0	0
	4= Mestizo	3	1,1
	5= Ninguno	275	98,9

Fuente: Autores

El programa parece atraer a un mayor número de mujeres que de hombres, con un 60,4% de mujeres en comparación con el 39,6% de hombres. Esto puede tener implicaciones para la planificación de servicios y atención médica específica para mujeres.

6.2 Antecedentes de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial año 2020.

TABLA 7. Antecedentes de los pacientes.

Variable	Categorías	n	%
IMC	Bajo peso	6	2,2
	Peso normal	116	41,7
	Sobrepeso	124	44,6
	Obesidad grado 1	10	3,6
	Obesidad grado 2	20	7,2
	Obesidad grado 3	2	0,7
Antecedente ERC	Si	10	3,6
	No	268	96,4
Antecedente de dm2	Si	65	23,4
	No	213	76,6
Antecedente dislipidemia	Si	62	22,3
	No	216	77,7
Antecedente enfermedad coronaria	Si	28	10,1
	No	250	89,9
Antecedente ACV	Si	2	0,7
	No	276	99,3
Antecedente familiar HTA	si	64	23
	No	214	77

Fuente: autores

En base a los datos presentados en la tabla 7, se pueden extraer varias conclusiones importantes sobre los antecedentes de los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial:

Prevalencia del Sobrepeso y Peso Normal: La mayoría de los pacientes presentaban sobrepeso, lo que sugiere que el exceso de peso podría ser un factor importante en esta población de pacientes hipertensos. Sin embargo, es relevante destacar que una proporción significativa también tenía un peso considerado normal, lo que indica que la hipertensión no está exclusivamente relacionada con el sobrepeso.

Frecuencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2: La diabetes mellitus tipo 2 se destacó como uno de los antecedentes más comunes entre los pacientes hipertensos, afectando a aproximadamente una cuarta parte de la población estudiada. Esto resalta la estrecha relación entre la hipertensión y la diabetes, ya que ambos trastornos suelen coexistir y aumentan el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Importancia del Antecedente Familiar de Hipertensión: El antecedente familiar de hipertensión también se presentó con alta frecuencia entre los pacientes, afectando al 23% de la población. Esto subraya la influencia genética en la predisposición a la hipertensión y la necesidad de un seguimiento adecuado en individuos con antecedentes familiares de esta enfermedad.

Relevancia de la Dislipidemia: La dislipidemia, un trastorno que involucra niveles anormales de lípidos en la sangre, también se detectó en una proporción significativa de los pacientes. Esto sugiere que el control de los niveles de lípidos en la sangre es una consideración importante en el manejo integral de la hipertensión, ya que ambos trastornos pueden tener un efecto sinérgico en el riesgo cardiovascular.

Baja Frecuencia de Antecedente de ACV: Aunque el accidente cerebrovascular (ACV) es una complicación grave relacionada con la hipertensión, se observó que solo un pequeño número de pacientes tenía antecedentes de ACV en esta población. Sin embargo, dado el impacto potencialmente devastador del ACV, incluso una baja prevalencia justifica la atención y el manejo de la hipertensión.

En resumen, estos hallazgos subrayan la importancia de considerar una amplia gama de factores de riesgo y antecedentes médicos al evaluar y tratar a pacientes con hipertensión arterial. Un enfoque integral que aborde no solo la presión arterial elevada, sino también los factores de riesgo relacionados, como la diabetes, la dislipidemia y los antecedentes familiares, puede ser fundamental para mejorar la salud cardiovascular de esta población.

6.3 Factores asociados y aplicación de escala CHAL a los pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial año 2020

Los datos presentados en la tabla 8 arrojan información relevante sobre la evolución de la enfermedad en los pacientes hipertensos y su calidad de vida medida a través de la escala CHAL. A partir de estos resultados, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Larga Evolución de la Enfermedad: La mayoría de los pacientes estudiados han experimentado la hipertensión durante un período prolongado, con un promedio de 20,3 años de evolución. Esto sugiere que la hipertensión es una condición crónica que afecta a esta población a lo largo de sus vidas, lo que resalta la necesidad de un manejo continuo y a largo plazo.

Frecuentes Consultas Médicas: Los pacientes hipertensos en este estudio asistieron a un promedio de 3,23 consultas médicas en el último año. Esto indica una buena adherencia al seguimiento médico y la importancia que estos pacientes dan a su salud cardiovascular. La asistencia regular a consultas médicas es esencial para el control adecuado de la hipertensión.

Evaluación de la Calidad de Vida: La escala CHAL se utilizó para evaluar la calidad de vida de estos pacientes. En la dimensión de estado de ánimo, se observa que la puntuación promedio fue de 25,3 puntos, lo que sugiere que, en general, los pacientes presentan un estado de ánimo positivo o neutro en relación con su enfermedad. En cuanto a las manifestaciones somáticas, el promedio de puntuación fue de 15,4 puntos, indicando que las manifestaciones físicas de la enfermedad también son manejables para la mayoría de los pacientes.

Calidad de Vida General Aceptable: La puntuación final de la escala CHAL refleja la calidad de vida general de los pacientes, con un promedio de 40,7 puntos. Dado que la escala CHAL se clasifica en categorías de calidad de vida que van desde "muy mala" hasta "muy buena", esta puntuación sugiere que la mayoría de los pacientes tienen una calidad de vida aceptable o buena en relación con su hipertensión.

En resumen, estos resultados destacan la importancia de un manejo a largo plazo y el seguimiento médico regular para los pacientes hipertensos, así como la relevancia de evaluar la calidad de vida como parte integral de su atención. Aunque la hipertensión es una

enfermedad crónica, estos datos indican que muchos pacientes pueden mantener un estado de ánimo positivo y una calidad de vida aceptable con el manejo adecuado de su condición.

TABLA 8. Medidas de resumen de los años de evolución, número de consultas, puntaje estado de ánimo, manifestaciones somáticas y final de la escala de CHAL.

	AÑOS DE EVOLUCIÓN	N DE CONSULTAS	PUNTAJE ESTADO DE ANIMO	PUNTAJE MANIFESTACIONES SOMATICAS	PUNTAJE FINAL ESCALA CHAL
n	278	278	278	278	278
Media	20,3	3,23	25,3	15,4	40,7
Mediana	19	3	25	16	41
Moda	15	3	25	16	41
DE	7,63	1	4,89	3,95	7,89
Mínimo	7	1	11	5	21
Máximo	50	7	42	25	62

Fuente: Autores

Los resultados presentados en la tabla 9 ofrecen información valiosa sobre los factores asociados a la población de pacientes hipertensos estudiados. A partir de estos datos, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Estructura Familiar Mayoritariamente Extensa: La mayoría de los pacientes hipertensos en este estudio forman parte de una familia extensa (61,5%). Esto podría indicar que estos pacientes cuentan con un sistema de apoyo más amplio, lo que podría tener un impacto positivo en su manejo de la enfermedad. Las familias extensas pueden proporcionar un mayor soporte emocional y logístico en comparación con familias nucleares o individuales.

Baja Necesidad de Cuidadores: Un hallazgo importante es que la gran mayoría de los pacientes (87,8%) no necesitaban cuidadores. Esto podría sugerir que muchos de los pacientes son independientes en su vida diaria y no requieren asistencia constante para el manejo de su hipertensión. Sin embargo, esto también podría indicar que algunos pacientes podrían estar subestimando la necesidad de apoyo médico y de cuidado.

Buena Adherencia al Tratamiento: Más del 80% de los pacientes presentaron una adecuada adherencia al tratamiento. Este es un resultado alentador, ya que la adherencia es crucial para el control efectivo de la hipertensión. Pacientes con una adherencia adecuada tienen más probabilidades de seguir las indicaciones médicas y mantener su presión arterial bajo control.

Uso Mayoritario de Terapia Dual: La mayoría de los pacientes (66,2%) estaban en terapia dual, lo que significa que estaban tomando dos medicamentos diferentes para controlar su hipertensión. Esto podría indicar que estos pacientes tienen un nivel más avanzado de hipertensión que requiere un enfoque de tratamiento más intensivo.

Baja Tasa de Hospitalización: Resulta destacable que el 99,3% de los pacientes no fueron hospitalizados durante el año 2020. Esto sugiere que, en su mayoría, los pacientes pudieron manejar su hipertensión de manera ambulatoria sin requerir hospitalización. Esto podría reflejar un buen control de la enfermedad.

Escasa Participación en Hobbies y Actividad Física: La mayoría de los pacientes no tenían hobbies (85,6%) y no realizaban actividad física (84,5%). Estos resultados indican un nivel bajo de participación en actividades recreativas y ejercicio físico, lo que podría ser un área de mejora en la atención de estos pacientes. Fomentar un estilo de vida más activo podría tener un impacto positivo en el control de la hipertensión.

En resumen, estos hallazgos destacan la diversidad en la estructura familiar de los pacientes hipertensos y subrayan la importancia de la adherencia al tratamiento y el control ambulatorio de la enfermedad. Además, señalan la necesidad de promover un estilo de vida más activo y la participación en actividades recreativas entre esta población.

TABLA 9. Factores asociados de los pacientes.

Variable	Categorías	n	%
Estructura familiar	1= Nuclear	65	23,4
	2= Extensa	171	61,5
	3= Unipersonal	22	7,9
	4= Compuesta	10	3,6
	5= Sin núcleo	10	3,6
Cuidadores	1=Si	34	12,2
	2=No	244	87,8
Adherencia al tratamiento	1=Si	227	81,7
	2= No	51	18,3
Tratamiento empleado	1= Monoterapia	19	6,8
	2=Terapia dual	184	66,2
	3= Polifarmacia	75	27
Variable	Categorías	n	%
Hospitalización	1=Si	2	0,7
	2=No	276	99,3
Hobbies	1=Si	40	14,4
	2= No	238	85,6
Actividad física	1= Si	43	15,5
	2= No	235	84,5

Fuente: Autores

Los resultados de la recategorización de la variable "puntaje final" presentan un panorama positivo y alentador en lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes hipertensos estudiados. A partir de estos hallazgos, se pueden destacar las siguientes conclusiones:

Predominio de Buena Calidad de Vida: El análisis de los datos revela que la gran mayoría de los pacientes (84,5%) obtuvieron una categorización de "buena calidad de vida". Esto sugiere que la mayoría de los pacientes hipertensos en este estudio experimentan una calidad de vida satisfactoria en general.

Significativa Proporción de Calidad de Vida Muy Buena: Es importante destacar que un porcentaje considerable de pacientes (15,5%) alcanzaron una categorización de "muy buena calidad de vida". Estos pacientes experimentan un nivel aún más alto de satisfacción con su calidad de vida en relación con su hipertensión.

Ausencia de Calidad de Vida Regular o Mala: Uno de los resultados notables es que no se identificaron pacientes con una calidad de vida categorizada como "regular" o "mala". Esto puede interpretarse como un indicativo de que, en general, la población de pacientes hipertensos en este estudio disfruta de una calidad de vida positiva.

En resumen, los resultados de la recategorización de la variable "puntaje final" indican que la mayoría de los pacientes hipertensos gozan de una buena calidad de vida, con un porcentaje significativo experimentando una calidad de vida muy buena. Esta información es alentadora y sugiere que, en general, estos pacientes han logrado mantener una calidad de vida satisfactoria a pesar de su diagnóstico de hipertensión arterial.

TABLA 10. Recategorización puntaje final escala CHAL.

Variable	Categorías	n	%
Recategorización puntaje final escala chal	1= Muy buena	43	15,5
	2= Buena	235	84,5
	3= Regular	0	0
	4= Mala	0	0

6.4 Diferencias entre características de la población con el resultado final de la escala CHAL

Los resultados del análisis de las diferencias entre las características de la población y el resultado final de la escala CHAL (calidad de vida muy buena y buena) ofrecen una visión más detallada y matizada de la influencia de diversos factores en la calidad de vida de los pacientes hipertensos en este estudio. Aquí se resumen las principales conclusiones:

Diferencias de Género: No se observaron diferencias significativas entre las mujeres en términos de calidad de vida. Sin embargo, entre los hombres, se notó que un mayor número tenía una calidad de vida categorizada como "buena". Esto podría indicar que los hombres en este estudio pueden enfrentar desafíos o factores específicos que influyen en su calidad de vida en comparación con las mujeres.

Grupo Etario: El grupo etario más joven (27-59 y 60-79 años) presentó en su mayoría una calidad de vida "muy buena". En contraste, los mayores de 80 años tendieron a tener una calidad de vida categorizada como "buena". Esto sugiere que, en general, la calidad de vida puede variar según la edad, pero es notablemente alta en ambos grupos.

Estrato Socioeconómico, Escolaridad y Variables Sociales: No se encontraron diferencias significativas en términos de estrato socioeconómico, escolaridad, antecedente de enfermedad renal crónica, cuidadores, hobbies y actividad física. Esto indica que, al menos en esta muestra, estas variables no influyeron significativamente en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

Estado Civil: Los pacientes solteros y en unión libre tendieron a tener una calidad de vida "muy buena", mientras que los casados, divorciados y viudos mostraron una calidad de vida "buena". Esto sugiere que el estado civil puede estar relacionado con la percepción de calidad de vida en esta población.

Índice de Masa Corporal (IMC): Los pacientes con peso normal y sobrepeso predominantemente presentaron una calidad de vida "buena". En contraste, aquellos con obesidad grado 1 y 2 y bajo peso tienden a experimentar una calidad de vida "muy buena". Esto podría indicar que las personas con un IMC fuera de los rangos considerados "normales" o saludables pueden sentir que tienen una mejor calidad de vida.

Antecedentes de Salud: Los pacientes con antecedentes de diabetes mellitus, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular en su mayoría experimentaron una calidad de vida "muy buena". Aquellos sin estos antecedentes generalmente informaron una calidad de vida "buena". Esto sugiere que las condiciones de salud subyacentes pueden influir en la percepción de calidad de vida.

Estructura Familiar: Los pacientes que pertenecen a una familia nuclear o extensa en su mayoría presentaron una calidad de vida "muy buena". En cambio, aquellos con una estructura familiar compuesta o sin núcleo familiar tienden a tener una calidad de vida "buena".

Adherencia al Tratamiento y Uso de Medicamentos: Los pacientes con adherencia al tratamiento y aquellos que usan monoterapia o terapia dual en su mayoría experimentaron una calidad de vida "muy buena". Mientras tanto, aquellos que usan polifarmacia generalmente informaron una calidad de vida "buena".

Hospitalizaciones: La mayoría de los pacientes que no fueron hospitalizados en el año evaluado tenían una calidad de vida "muy buena". Esto podría indicar que la hospitalización puede estar relacionada con una percepción reducida de calidad de vida.

En conjunto, estos resultados resaltan la complejidad de los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes hipertensos. Múltiples variables, desde la edad hasta los antecedentes médicos y la estructura familiar, pueden desempeñar un papel importante en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes. Estos hallazgos pueden ser útiles para desarrollar estrategias de atención médica más centradas en las necesidades individuales de los pacientes hipertensos.

TABLA 11. Diferencias entre las características de la población con el resultado final de la escala CHAL.

	CALIDAD DE VIDA MUY BUENA	CALIDAD DE VIDA BUENA
EDAD		
Hombre	53	57
Mujer	84	84
GRUPO ETAREO		
19-26 años		
27-59 años	33	12
60-79 años	109	40
>80 años	30	44
AFILIACIÓN		
Contributivo	49	42
Subsidiado	88	99
ÁREA DE RESIDENCIA		
Rural	99	102
Urbano	41	39
ESTRATO SOCIECONÓMICO		
I	27	29
II	103	105
III	6	6
IV	1	1
ESTADO CIVIL		
Soltero	31	22
Casado	29	40
Unión libre	58	47
Divorciada	8	14
Viuda	11	18
ESCOLARIDAD		
Primaria	18	21
Secundaria	110	109
Técnico o superior	9	9
Ninguno	0	2
IMC		
Bajo peso	5	1
Peso normal	54	62
Sobre peso	58	66
Obesidad grado 1	8	2
Obesidad grado 2	11	9
Obesidad grado 3	1	1
ANTECEDENTE DE ERC		
Si	3	7
No	134	134

	CALIDAD DE VIDA MUY BUENA	CALIDAD DE VIDA BUENA
ANTECEDENTE DE DM2		
Si	38	27
No	99	114
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA		
Si	18	10
No	119	131
ANTECEDENTE DE ECV		
Si	2	0
No	135	141
ANTECEDENTE FAMILIAR DE HTA		
Si	28	36
No	109	105
ESTRUCTURA FAMILIAR		
Nuclear	34	31
Extensa	89	82
Unipersonal	8	14
Compuesta	3	7
Sin núcleo	3	7
CUIDADORES		
Si	17	17
No	120	124
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		
Si	110	117
No	27	24
TRATAMIENTO EMPLEADO		
Monoterapia	14	5
Terapia dual	94	90
Polifarmacia	29	46
HOSPITALIZACIONES		
Si	2	0
No	135	141
HOBBIES		
Si	20	20
No	117	121
ACTIVIDAD FÍSICA		
Si	21	22
No	116	119

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la población compuesta por 278 pacientes inscritos en el programa de hipertensión arterial del Hospital Pedro León Álvarez, ubicado en el municipio de La Mesa, Cundinamarca. Nuestro objetivo principal fue evaluar la calidad de vida de estos pacientes mediante la aplicación de la escala CHAL, al tiempo que se realizaron análisis detallados de diversos factores sociodemográficos y antecedentes médicos.

Uno de los hallazgos más destacados se refiere a la edad promedio de los pacientes, la cual se sitúa en 68,9 años, indicando que esta población está mayoritariamente compuesta por adultos mayores. Además, se observó que las mujeres representan la mayoría de los casos, un hallazgo que difiere de algunos estudios previos que sugieren una mayor prevalencia de hipertensión en hombres. La mayoría de los pacientes residen en áreas urbanas y pertenecen al estrato socioeconómico II, a diferencia de investigaciones previas que mostraron una mayor frecuencia de hipertensión en estratos más bajos y en pacientes residentes en áreas rurales. Además, la mayoría de los pacientes se encuentra en un estado civil de unión libre, con nivel de escolaridad secundaria, y solo un pequeño porcentaje pertenece a grupos étnicos, con solo tres pacientes mestizos.

En lo que respecta a los antecedentes médicos, el sobrepeso se erige como una condición predominante en el estudio, un hallazgo que concuerda con otros estudios. La diabetes mellitus resultó ser el antecedente más común asociado con la hipertensión, seguido de la hipertensión familiar y las dislipidemias, aunque estos resultados difieren de algunos informes anteriores que priorizaron la hipertensión familiar. Por otro lado, la enfermedad cerebrovascular fue el antecedente menos común en nuestra población.

El análisis de factores asociados reveló que la evolución promedio de la hipertensión en estos pacientes es de 20,3 años, con un rango que abarca desde 7 hasta 50 años, en contraposición a estudios previos que mostraron una mayoría de pacientes con una evolución menor a 5 años. Estos pacientes asistieron a consultas de control en un promedio de 3,23 veces al año, no requirieron cuidadores, no fueron hospitalizados en el último año y, en su mayoría, forman parte de familias extensas. Además, un número significativo de pacientes no participa en

actividades de ocio ni realiza actividad física, resultados que se alinean con investigaciones anteriores.

Un hallazgo importante se refiere a la aplicación de la escala CHAL a los pacientes, revelando que todos ellos presentaron una calidad de vida clasificada como buena o muy buena, en consonancia con un estudio previo. Sin embargo, al analizar las diferencias entre las características de la población y los resultados de calidad de vida, se identificaron tendencias específicas. Los hombres tienden a tener una buena calidad de vida, mientras que en las mujeres no se observaron diferencias significativas en este aspecto. Además, se observó que la calidad de vida muy buena se encuentra en pacientes de edades comprendidas entre los 27 y 79 años, mientras que la calidad de vida buena es más común en pacientes mayores de 80 años.

En cuanto al régimen de salud, los pacientes contributivos exhibieron una muy buena calidad de vida, mientras que los subsidiados mostraron una calidad de vida buena. El estado civil de soltero y unión libre se asoció principalmente con una muy buena calidad de vida, en contraposición a los estados civiles de casado, divorciado y viudo, que se vincularon más con una calidad de vida buena. En términos de estado nutricional, los pacientes con peso normal y sobrepeso tienden a tener una buena calidad de vida, mientras que los que presentan bajo peso y obesidad de grado 1 y 2 generalmente tienen una calidad de vida muy buena.

En relación con los antecedentes médicos, los pacientes con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular tienden a tener una calidad de vida muy buena, mientras que aquellos con antecedentes familiares de hipertensión arterial tienen una calidad de vida buena. Por otro lado, en cuanto a la estructura familiar, la mayoría de los pacientes pertenecientes a familias nucleares o extensas presentaron una calidad de vida muy buena. En lo que respecta a la adherencia al tratamiento y la hospitalización, aquellos que cumplen con el tratamiento y no han sido hospitalizados exhibieron una calidad de vida buena y muy buena. Finalmente, factores como el estrato socioeconómico, la escolaridad, el antecedente de enfermedad renal crónica, la presencia de cuidadores, la participación en hobbies y la actividad física no mostraron diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida muy buena y buena en esta población.

Es importante destacar que este estudio presenta ciertas limitaciones, como la aplicación telefónica de la escala CHAL, que en ocasiones resultó extenuante para algunos pacientes debido a su extensión. Además, la dependencia de fuentes de información secundaria, como las historias clínicas, limitó la exploración de otras características sociales o ambientales que podrían estar relacionadas con la hipertensión.

En resumen, este estudio ofrece una visión detallada de las características y la calidad de vida de pacientes hipertensos en nuestro entorno hospitalario y área de estudio. Los hallazgos aquí presentados pueden ser valiosos para la toma de decisiones clínicas y la planificación de futuras intervenciones relacionadas con la hipertensión y la calidad de vida de los pacientes.

8. CONCLUSIONES.

En el presente estudio, se realizó un exhaustivo análisis de las características y la aplicación de la escala CHAL a pacientes hipertensos adscritos al programa de hipertensión arterial del Hospital Pedro León Álvarez en el municipio de La Mesa, Cundinamarca, durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2020. Los hallazgos obtenidos arrojan una serie de conclusiones significativas que contribuyen a la comprensión de esta población y su calidad de vida.

En primer lugar, se destaca que la mayoría de los pacientes hipertensos en estudio se encuentran en un rango de edades amplio, que abarca desde los 28 hasta los 100 años, con una edad promedio de 69,8 años. Además, se observa que la población femenina representa el 60,4% del total, y la mayoría reside en áreas urbanas (71,2%) y pertenece al estrato socioeconómico II (74,8%). En cuanto al estado civil, la unión libre es la situación más común (78,8%), mientras que solo un pequeño porcentaje se identifica como mestizo (1,1%).

En lo que respecta a los antecedentes médicos de los pacientes, el sobrepeso es la condición más común, afectando al 44,6% de la población estudiada, seguido por la diabetes mellitus, que afecta al 23,4%. Por otro lado, la enfermedad cerebrovascular es el antecedente menos común, presente en solo el 0,7% de los casos.

Al analizar los factores asociados a la hipertensión arterial en esta población, se destaca que la mayoría de los pacientes lleva más de dos décadas (20,3 años en promedio) lidiando con su enfermedad. En promedio, consultan al médico aproximadamente 3,23 veces al año. La mayoría de ellos se considera parte de una enfermedad extensa (61,5%) y no cuentan con cuidadores (87,3%). A pesar de esto, la mayoría muestra una adecuada adherencia al tratamiento (81,7%), utiliza una terapia dual (66,2%) y no ha requerido hospitalización durante el último año (99,3%). Es importante destacar que una gran proporción de los pacientes no realiza actividad física (84,6%) ni tiene hobbies (85,6%).

Un hallazgo notable es que, según la aplicación de la escala CHAL, todos los pacientes obtuvieron calificaciones que indican una buena o muy buena calidad de vida, sin que se reportara ninguna puntuación que refleje una calidad de vida regular o mala en ninguno de los casos evaluados.

Finalmente, al analizar las diferencias entre las características de la población y los resultados de calidad de vida (muy buena y buena), se identificaron tendencias específicas. Los pacientes con calidad de vida muy buena tienden a tener edades comprendidas entre los 27 y 79 años, pertenecen al régimen contributivo, tienen estados civiles de soltero o en unión libre, y presentan una variedad de estados nutricionales, desde bajo peso hasta obesidad grado 1 y 2. Además, muchos de ellos tienen antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular. En su mayoría, estos pacientes pertenecen a familias nucleares extensas o nucleares, no mantienen una adecuada adherencia al tratamiento y utilizan monoterapia o terapia dual.

Por otro lado, la población con calidad de vida buena tiende a ser mayor de 80 años, en su mayoría es subsidiada, tiene estados civiles de casado, divorciado o viudo y presenta estados nutricionales de peso normal o sobrepeso. A diferencia del primer grupo, estos pacientes no tienen antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria ni enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, la mayoría cuenta con antecedentes familiares de hipertensión arterial y pertenece a familias compuestas o sin núcleo. Además, presentan una adecuada adherencia al tratamiento, utilizan polifarmacia y no han experimentado hospitalizaciones recientemente.

En resumen, el estrato socioeconómico, la escolaridad, el antecedente de enfermedad renal crónica, la presencia de cuidadores, la participación en hobbies y la actividad física no mostraron diferencias significativas con respecto a la calidad de vida muy buena y buena en esta población.

Estos resultados contribuyen al conocimiento de las características de los pacientes hipertensos y su relación con la calidad de vida en el contexto de nuestro hospital y área de estudio, lo que puede ser de utilidad para la toma de decisiones clínicas y la planificación de intervenciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Internet 2013, [citado el 26 de noviembre de 2020]. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=79F934024F19B0E449B5339A3452CD5E?sequence=1
2. Organización Mundial de la Salud. Centro Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas. Hay que detener la epidemia de enfermedades crónicas: Salud Cardiovascular. 2015.
3. OMS. Enfermedades no transmisibles, una carga económica y de salud para la Región. 2009. [En línea]. [Consultado 5 julio 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature49.htm>.
4. World Health Organization (WHO). Organização Panamericana da Saúde. OPAS. [Acesso em 2008 Feb 13]. Disponível em; <http://www.who.int/diseases/en/?s=0009>
5. Szabo S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument, en Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Rev. Scielo Nueva York 1996; 3: 355-362.
6. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería 2003; 9: 209-21.
7. Badía X, Salameo M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Edimac; 1999: 105-174.
8. Roca CA, Ametlla J, Calero S, Comas O, Fernández M, Lospaus R et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. Med Clin Barcelona 1999; 19: 486-90.
9. Roca CA, Dalfó A, Badia X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. Journal Hypertension Barcelona 2001: 1913-1919.
10. Rebollo P, Fernández F, Ortega F. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos con hipertensión arterial. Revista Diversitas Perspectivas en Psicología 2001; 18: 429-429.
11. Fundación Cardio Infantil. Cerca de 4 millones de personas padecen Hipertensión Arterial en Colombia. [Internet], 16 de mayo de 2020 [Consultado el 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cardioinfantil.org/noticias/cerca-de-4-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-en-colombia/>
12. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoción. salud. 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>

13. Ávila Lillo C. La hipertensión arterial: importancia de su prevención. Universidad Complutense. 2015. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20DEL%20CARMEN%20AVILA%20LILLO.pdf>
14. Peña López L.J, Jiménez Maldonado, M. S. Caracterización del comportamiento de la hipertensión arterial en Colombia en adultos mayores a partir de la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Universidad de Ciencias Aplicadas Y Ambientales - U.D.C.A (2016) Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/490/1/TESIS%20CORREGIDA.pdf>
15. Ávila Lillo C, Ávila Lillo C. La hipertensión arterial: importancia de su prevención [Internet]. 2015 [citado 7 de junio de 2021]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/48520/>
16. Revista colombiana de cardiología. Consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia. Sociedad colombiana de cardiología y cirugía. RCC. 2018; Volumen 25, Páginas 4-26.
17. Varela AMT, Arrivillaga QM, Cáceres ED, Correa SD, Holguín PL. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Acta Colombiana de Psicología 2005; 8: 69-85.
18. Vinaccia S, Contreras F, Palacio C, Marín A, Tobón S, Moreno E. Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Terapia Psicológica 2005; 23: 15-24.
19. Rodríguez MJ. Psicología Social de la Salud. Una referencia especial a la Psicología Social española. En: Psicología comunitaria, salud y calidad de vida. Salamanca Madrid: Eudema; 1995: 231-252.
20. Luquez, H, Madoery JR, Loredó L, Roitter H, Lombardelli S, Capra R, Zelaya H. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados. Estudio de Funes Provincia de Córdoba- Argentina. Rev. Fed. Cardiol Arg 1999; 28: 93-104.
21. Peña B, Eugenia I. La equidad en el plan obligatorio de salud colombiano: una visión comparada. 2012 [citado 8 de junio de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11581>
22. Ibaqué, A. Dalfó; I LLACH, X. Badia; ROCA-CUSACHS, A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Atención Primaria, 2002; 29(2), p. 116.
23. Peña López, Leidy Johana, et al. Caracterización del comportamiento de la hipertensión arterial en Colombia en adultos mayores a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. 2016. 63 p.

24. Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Hipertensión arterial: Una enfermedad silenciosa. Ministerio de Salud y Protección y Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
25. Unger, Thomas, et al. Pautas de práctica global de hipertensión de la Sociedad Internacional de Hipertensión 2020. *Hipertensión*, 2020; 75(6), pág. 1334-1357.
26. Cuenca, Victoria Alejandra Polo, et al. Factores de Riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en adultos. *Revista Navarra Médica*, 2018; 4(1), p. 32-39.
27. García-Castañeda, Nini J., et al. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de cardiología*, 2016, 23(6), p. 528-534.
28. Galeano, Cineia Mabeth Ujieres, et al. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en estudiantes. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 2019, 6(2), p. 17-26.
29. Zurique-Sánchez, Marina Sofía, et al. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia. *Acta médica colombiana.*, 2019; 44(4), p. 5.
30. Landazábal, Olga Suárez, et al. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores de riesgo en estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 2019; 21(2), p. 16-23.
31. Beleño Tapia, Jheison; MUÑOZ GARCIA, Marcos. Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y variables clínicas y sociodemográficas en pacientes hipertensos afiliados a la caja de previsión social de la Universidad de Cartagena. 2016. Tesis Doctoral. Universidad de Cartagena. 57 p.
32. Evolución de la participación del estado en la salud pública y la financiación de plan territorial de salud - ProQuest [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/9063cbe20170e6c2ddb1d1b341ded91f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037661>
33. Escobar-Díaz FA, Castillo-Santana PT, Rodríguez-Salazar N, Quintero-Cabezas CJ, Castañeda-Orjuela CA. Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. *Rev. salud pública*. junio de 2017; 19: 368 -73.
34. Reformas al sistema general de seguridad social en salud en Colombia desde la calidad de la prestación de los servicios [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/14609>
35. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13: 670-676.
36. Selke B, Marquis P, Lebrun T. Socioeconomic and quality of life repercussions of

- arterial hypertension. *Drugs PubMed indexed for MEDLINE* 1998; 56: 45-53.
37. Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez A, Montoya ML. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología Medellín* 2007; 3: 203-211.
 38. Belalcázar, Peña. I.E. La equidad en el plan obligatorio de salud colombiano: Una visión comparada. (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia). (s.f.).
 39. González, Y., González, D., Soto D & Casadiegos, H. Evolución de la Participación del estado en la salud pública y la financiación del plan territorial de salud CES. *Salud Pública*, 2010; 1 (1) 109 – 121.
 40. Iniciativas por la Salud Pública. Cartilla No. 2. Propuesta de un sistema de salud para Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2011; 2, 8-99.
 41. Molina, M., & Spurgeon, P. La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y política pública*. 2007; 16(1), 171-202.
 42. Pinto, D., & Muñoz, A.L. Colombia sistema general de seguridad social en salud. Estrategia del BID 2014. (2011).
 43. Ramírez, A. M., Rocha Beltrán, D. E., Durango Suárez, L. F., & Rodríguez Álvarez, S. B. (Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *Revista CES Derecho*, 2016; 7(2), 13-41.
 44. Romero RV, Ramírez NA, Méndez PAM, Vélez OR. Atención Primaria Integral de Salud. :314.
 45. Romero, S. L., Cárdenas, V. E., & Mosquera, D. C. *Reformas al sistema general de seguridad social en salud en Colombia desde la calidad de la prestación de los servicios [Monografía]*. 2018; Bogotá: Universidad Santo Tomás.
 46. Sierra O, Lopera MM, Guerrero BMC, Montoya PC. El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*. 2004; 22(2):3.
 47. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan territorial de salud*. Obtenido de <https://www.calameo.com/books/001493445a782658baf35>
 48. Ministerio de Salud y Protección Social. *Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas*. 1996; Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/orientaciones-participacion-social.pdf>.
 49. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC para la implementación de la

resolución 518 de 2015. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/pr eguntas-frecuentes-sobre-la-implementacion-Resolucion-518-de-2015.pdf>.

50. Morales, E. Informe Técnico sobre las directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública y responsabilidades de los departamentos, municipios e instituciones. 2020; Obtenido de [file:///C:/Users/ESCRITORIO/Downloads/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20202011400036691%20de%202020%20Edilfonso%20Morales%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ESCRITORIO/Downloads/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20202011400036691%20de%202020%20Edilfonso%20Morales%20(3).pdf).
51. Tatis I, Arzuza K. Lineamientos de gestión institucional para la contratación de las empresas sociales del estado – hospitales públicos con operadores externos para la prestación de sus servicios de salud.- segundo semestre de 2010. 2011 [citado 8 de junio de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/215>
52. New York: Oxford University Press. Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Ciencia y trabajo*, 6 (14), 197 - 201.
53. Villalobos, G. (2005). Diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Tesis doctoral para la obtención del grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. Xanthopoulou, D., Bakker, A.,
54. 1. 03 Santafé.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Diagnosticos%20Locales/Locales%20Preliminares/03_Santaf%C3%A9.pdf
55. 2. 1405-1079-gpp-16-01-171.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v16n1/1405-1079-gpp-16-01-171.pdf>
56. 3. 1405-1079-gpp-16-01-171.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v16n1/1405-1079-gpp-16-01-171.pdf>
57. 4. 12058108001.pdf [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12058108001.pdf>
58. Báez L, Blanco M, Bohórquez R, Botero L, Cuenca G, Roa N. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2007; 13(S1):195-206. [En línea]. [Consultado 23 julio 2012]. Disponible en: http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/4-GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL-2007.pdf
59. Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia, 2004. *Rev. Colom. Cardiol*. [En línea]. 2009; 16(4):143-152. [Consultado 28 octubre 2012]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332009000400002

60. Coomeva EPS. Evaluación del programa de HTA y DM, Bogotá, Colombia. 2008. [En línea]. [Consultado 20 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.comeva.com.co/disenno/elearning/SitePerfilEpidemiologicoEPSFinal/7.18.html>
61. Acero JR, Céspedes Y, Suarez LC. Sistematización del cuidado de enfermería en las prácticas clínicas de la Universidad Cooperativa de Colombia dentro del periodo 2007-2010, Implementación y evaluación. 2007. [En línea]. [Consultado 13 octubre 2012]. Disponible en: <http://bucaramanga.ucc.edu.co/biblioteca/archivos/ENFERMERIA/ENF%20090.pdf>
62. Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica. [Acesso em 2008 mar 10]. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos>.
63. Casi A, Aizpurúa F, Ibáñez F, Múgica J, Torradadella S. Efectividad de los protocolos sobre riesgo cardiovascular en el País Vasco. *Aten Primaria* 2000; 26: 287-292
64. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS; 1996.
65. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC: OPS; 2002.
66. OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12 septiembre, 1978, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1978.
67. Cabrera Arana GA. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colomb Med* 2004; 35 (3):184-8.
68. Cabrera Arana GA. Teorías y modelos en la Revista Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia 2000-2004. *Rev. Fac Nac Salud Pública* 2005; 23 (2):78-8.
69. Balestrini, A. Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación. *España: Editorial Spersing*. (2000); 7(1):99-111.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.

Fecha:

Yo: _____ con documento de identidad. C.C. ____ T.I. ____ Otro. ____

Cual. __ Número. _____,

Certifico que he sido informado(a) de los objetivos de la actividad académica de forma clara y precisa, la cual consiste en una invitación a participar en la aplicación del cuestionario de la Calidad de vida en Hipertensión Arterial, que llevará a cabo en el Hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa Cundinamarca.

Por lo tanto actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo en este procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información suministrada por mí, al igual que mi seguridad física y psicológica.

Se autoriza el uso de la información y de imágenes para contribuir al mejoramiento del programa de manejo de la hipertensión arterial en el Hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa Cundinamarca durante el año 2020-2021.

Paciente

Estudiante

Nombre:

Nombre:

CC.

CC.

Anexo 2. Cuestionario de Calidad de Vida de la Hipertension Arterial (CHAL).

ANEXO 1. Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial (CHAL)

1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
2. ¿Ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables?
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?
4. ¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?
5. ¿Se despierta cansado?
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?
8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día?
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

27. ¿Tiene decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?
28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
30. ¿Ha notado flojedad en las piernas?
31. ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?
35. ¿Ha sufrido visión borrosa?
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?
38. ¿Ha padecido sordococos?
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?
43. ¿Ha notado sequedad de boca?
44. ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?
45. ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?
48. ¿Ha disminuido su apetito?
49. ¿Ha aumentado de peso?
50. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?
51. ¿Ha tenido dolor de cabeza?
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?
54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?
55. ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?

Opciones de respuestas (no. en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud). La puntuación global y la puntuación para cada una de las dimensiones se obtiene sumando las puntuaciones asignadas a los ítems correspondientes a la dimensión.

ANEXO 3. Instrumento de recolección de datos

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J					
	VARIABLES SODIO- DEMOGRÁFICAS													
	SEXO	EDAD (años cumplidos)	GRUPO ETAREO	ESTADO CIVIL	AREA DE RESIDENCIA	AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD	ESTADO SOCIOECONOMICO	ESCOLARIDAD	GRUPO ETNICO					
NUMERO	1=Hombre 2=Mujer	Años cumplidos	1=13-26 años 2=27 a 59 años 3=60 a 73 años 4=>80 años	1= casada 2= soltera 3= unión libre 4= divorciada 5= viuda	1= Urbana 2=Rural	1= contributivo 2= subsidiado	1=I 2=II 3=III 4=IV	1= primaria 2= secundaria 3= técnico o superior 4= ninguna	1=Gitano 2=Racial 3=Indígena 4=Mestizo 5=Ninguno					
1	2	K	73	L	M	3	N	2	O	1	P	2	Q	51

ANTECEDENTES						
INDICE DE MASA COPORAL (KG/TALLA2)	ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD RENAL	ANTECEDENTE DE DIABETES	ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA	ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA	ANTECEDENTE DE ACV	ANTECEDENTE FAMILIAR DE HTA
1= Bajo peso 2= Peso normal 3= Sobrepeso 4= Obesidad grado 1 5= Obesidad grado 2 6= Obesidad grado 3	1= Si 2= No	1= Si 2= No	1= Si 2= No	1= Si 2= No	1= Si 2= No	1= Si 2= No
3	2	2	1	2	2	1

FACTORES RELACIONADOS								
ESTRUCTURA FAMILIAR	CUIDADORES	TIEMPO DE EVOLUCION	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO EMPLEADO	HOSPITALIZACION	NUMERO DE CONSULTAS	HOBBIES	ACTIVIDAD FISICA
1= Nuclear 2= Extensa 3= Unipersonal 4= Compuesta 5= Sin nucleo	1= Si 2= No	Años	1= Si 2= No	1= Monoterapia 2= Terapia dual 3= Polifarmacia	1= Si 2= No	Numero	1= Si 2= No	1= Si 2= No
1	2	10	1	2	2	10	2	2

BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF
¿HA AUMENTADO DE PESO?	¿HA NOTADO PALPITACIONES FRECUENTES?	¿HA TENIDO DOLOR DE CABEZA?	¿HA NOTADO DOLOR EN EL PECHO SIN HACER NINGUN ESFUERZO?	¿HA NOTADO DOLOR MUSCULAR?	¿HA NOTADO SENSACION DE ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO	¿HA NOTADO QUE SU DESEO SEXUAL ES MENOR DE LO HABITUAL ?	PUNTACION DIMENSION MANIFESTACIONES SOMATICAS	PUNTACION FINAL ESCALA DE CHAL
0=No, en absoluto 1=Si, algo 2=Si, Bastante 3=Si, Mucho	0=No, en absoluto 1=Si, algo 2=Si, Bastante 3=Si, Mucho	0=No, en absoluto 1=Si, algo 2=Si, Bastante 3=Si, Mucho	0=No, en absoluto 1=Si, algo 2=Si, Bastante 3=Si, Mucho	0=No, en absoluto 1=Si, algo 2=Si, Bastante 3=Si, Mucho	0=No, en absoluto 1=Si, algo 2=Si, Bastante 3=Si, Mucho	0=No, en absoluto 1=Si, algo 2=Si, Bastante 3=Si, Mucho	PUNTAJE	PUNTAJE FINAL
1	0	1	1	1	0	1	9	25

Anexo 4. Cronograma.

PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR - CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN MEDIANTE ESCALA CHAL. HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DE LA MESA, CUNDINAMARCA, 2020	
Actividad	Fecha
Planteamiento del problema, Justificación y Objetivos	1 al 14 de Diciembre de 2020
Marco teórico, conceptual y legal	15 Diciembre
Visita al Hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa Cundinamarca	20 al 24 de Diciembre 2020
Presentación de los permisos correspondientes en el Hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa Cundinamarca	28 de Diciembre de 2020
Fase de Aplicación	
Observación	29 al 30 Diciembre del 2020
Aplicación del cuestionario de la Calidad de vida en Hipertensión Arterial	1 de Enero 25 de Marzo de 2021
Fase de Análisis de resultados	
Metodología y Resultados	26 al 28 de Marzo 2021
Discusión, conclusiones	29 al 16 de Junio 2021
Entrega final	30 de Junio de 2021

Anexo 5. Presupuesto.

PRESUPUESTO				
FECHA INICIO: 01/12/2020		FECHA FINALIZACIÓN: 30/06/2021		
Fecha	Rubros	Cantidad	Vr. Unidad	Vr. Subtotal
Diciembre	Transporte Visita al hospital	4 pasajes, ida y vuelta al hospital	1 pasaje \$3000	\$12000
Diciembre	Transporte Solicitar permisos al hospital	4 pasajes ida y vuelta al hospital	1 pasaje \$3000	\$12000
Diciembre	Transporte Y papelería	4 pasajes, ida y vuelta para realizar la observación 1 agenda	1 pasaje \$3000 1 agenda \$15000	\$ 12000 \$15000
Enero	Transporte Desplazamiento hasta el hospital para la aplicación del cuestionario	6 transportes hasta el hospital para aplicar las encuestas	1 transporte \$3000	\$18000
Enero	Papelería	25 copias del cuestionario	1 computador \$1200000	\$ 5000 \$1200000
Marzo	Computador y conexión a internet	1 computador	Pago recibo internet	\$80000
Abril	Conexión a internet	Conexión a internet	Pago recibo internet	\$80000
Mayo	Conexión a internet	Conexión a internet	Pago recibo internet	\$80000
Junio	Conexión a internet	Conexión a internet	Pago recibo internet	\$80000
TOTAL PRESUPUESTO				\$15.820000

Anexo 6. Autorización del hospital para el uso de la base de datos



CÓDIGO SCCM -20-3-3.2

VERSIÓN:

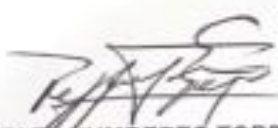
26 de mayo de 2022, La Mesa cundinamarca

Señores estudiantes
Diego Fernando Paramo Álvarez
Jimmy Jafeh Herrera Torres
Médicos generales
Estudiantes especialización epidemiología- Universidad el Rosario

Asunto: Respuesta a solicitud información y base de datos

En atención a su solicitud donde requieren la información y la base de datos de los pacientes que asisten a control de hipertensos del hospital Pedro León Álvarez del año 2020, para llevar a cabo el proyecto titulado "ESCALA CHAL EN POBLACIÓN ADSCRITA AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN DEL HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DE LA MESA, CUNDINAMARCA, 2020", me permito informar que es aceptada y viable su solicitud, siempre y cuando cuya información sea usada para los fines estrictamente descritos en la solicitud.

Cordialmente,


RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Subgerente Científico

Proyectó: Mario Palma Quiñones- Coordinador Médico 



SECSALUD



La Mesa – Cundinamarca, Calle 8 No. 25 – 34 Teléfono: 5878570 Call Center: 3172601556
Email: gerencia@hospilamesa.gov.co www.hospilamesa.gov.co Cód. Postal: 2526-01