

Análisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial

Analysis of Satisfaction with Life, Health and Social Support in Patients with High Blood Pressure

María J. Martos Méndez*

* Universidad de Málaga.

RESUMEN

Marco teórico: La hipertensión arterial es considerada como uno de los principales problemas de salud en la actualidad, convirtiéndose, así, en un grave problema social. El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de salud, satisfacción vital y apoyo social en una muestra de pacientes hipertensos, así como analizar la influencia del apoyo social sobre la salud y satisfacción vital. **Método:** La muestra del estudio está formada por 141 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, que cumplimentaron de forma voluntaria el cuestionario diseñado para evaluar las variables objeto de investigación. **Resultados:** Los pacientes manifiestan tener un nivel medio de salud y sentirse satisfechos con su vida, aun percibiendo algunos síntomas de enfermedad. El apoyo social percibido de todas las fuentes es bastante alto, especialmente en familia y pareja. Los resultados confirman el papel del apoyo social como predictor de la salud y satisfacción con la vida de los pacientes analizados. **Conclusiones:** Se ha comprobado el importante rol de las relaciones interpersonales en la mejora de la salud y bienestar de los enfermos hipertensos, apareciendo los sanitarios como fuente importante de ayuda, además de la familia y la pareja. Sería de gran interés realizar intervenciones específicas con familiares y sanitarios, para que los pacientes puedan aumentar tanto la percepción de apoyo recibido, como la satisfacción con el apoyo que sus fuentes cercanas le prestan.

Palabras Clave: Salud, satisfacción vital, apoyo social, hipertensión.

ABSTRACT

Theoretical Framework: Nowadays arterial hypertension is considered to be one of the major health problems, and it is becoming a serious social issue. The aim of this study is to determine the level of health, satisfaction with life and social support in a sample of hypertensive patients and to analyze the influence of social support on health and satisfaction with life. **Method:** The sample consists of 141 people who were diagnosed with high blood pressure. They completed the questionnaire designed to evaluate the variables under investigation. **Results:** Patients report a good level of health and they claim to be satisfied with their lives, even when they feel some symptoms of the disease. Patients were highly satisfied with the social support. The results confirm the role of social support as being essential to health and satisfaction with life. **Conclusions:** The importance of interpersonal relationships has been demonstrated in improving the health and wellbeing of hypertensive patients. Doctors are an important source of help, in addition to the family and the partner. It would be of great interest to interact patients's family and physicians in order to increase both perception of support received and satisfaction with that support.

Key words: Health, satisfaction with life, social support, high blood pressure.

INTRODUCCION.

La hipertensión arterial (HTA) es considerada como uno de los principales problemas de salud en la actualidad, convirtiéndose, así, en un grave problema social (Kaplan, Huguet, Feeny y McFarland, 2010). Además, es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular (Rapsomaniki et al., 2014), siendo más común que el tabaquismo, la dislipemia y la diabetes, que son los otros factores de riesgo principales. Niveles de presión arterial elevados causan el 54% de todos los accidentes cerebrovasculares y el 47% de todos los episodios de cardiopatía isquémica a nivel mundial (Lawes, Vander Hoorn y Rodgers, 2008), aumentando también el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. El riesgo de desarrollar cualquiera de estas complicaciones es mayor cuando no se controla la hipertensión, es decir, si no es inferior de 140/90 (Organización Mundial de la Salud, 2013). Esto, junto con la gran prevalencia de presión arterial elevada en la población (Kearney et al, 2005), afectando en España al 33,3% de las personas mayores de 18 años (Banegas et al., 2012), explica por qué la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la presión arterial elevada como primera causa de muerte en todo el mundo (OMS, 2013).

Desde este punto de vista, el control de la hipertensión arterial y la forma en que los pacientes afrontan su enfermedad es clave a la hora de prevenir riesgos posteriores. Además, la HTA rara vez produce síntomas en las primeras etapas y, en muchos casos, no se diagnostica adecuadamente, por lo que el enfermo puede no ser consciente de que está padeciendo ningún tipo de dolencia.

En este sentido, tan importante es que un paciente se encuentre bien de salud en cuanto al no padecimiento de determinados síntomas relacionados con su enfermedad y su salud en general, como que se encuentre satisfecho con su vida. A veces, este segundo criterio es mucho más importante que sentir o no dolor. Varias investigaciones relacionan la hipertensión con bajos niveles de calidad de vida (Battersby et al., 1995; Erickson, Williams y Gruppen, 2001) y las personas con algún tipo de enfermedad, en general, suelen sentirse menos satisfechas con su vida (Strine, Chapman, Balluz, Moriarty y Mokdad, 2008).

En el caso de los pacientes hipertensos, estos necesitan hacer un importante cambio en su estilo de vida lo que puede provocar malestar y una disminución en la satisfacción vital del enfermo. Es conveniente seguir un régimen farmacológico estricto y la alimentación, al igual que el ejercicio físico, adquieren una gran importancia para mantener una buena calidad de vida y prevenir complicaciones (Hayes, 2002). Estas condiciones conllevan

un trastorno en la vida cotidiana de los enfermos crónicos, y estas personas tienen que plantearse nuevos retos e ir adaptándose a su enfermedad y a los cambios en su estilo de vida que esta conlleva (Lefevre, 2003). Otros ajustes importantes que el paciente debe realizar son respecto a su entorno social, familiar y laboral. En este caso, puede verse afectada la salud y el bienestar del sujeto, además de por su estado de hipertenso, por todos los problemas que pueda llevar consigo el padecimiento de una enfermedad crónica como esta. Así, las relaciones interpersonales inciden en el manejo y el control de la hipertensión arterial, mejorando, por tanto, la salud y proporcionando un mayor bienestar (York y Waite, 2012).

En relación con lo anterior, y respecto a cómo los pacientes con hipertensión afrontan su enfermedad, el apoyo social aparece como una estrategia de vital importancia para estos pacientes, amortiguando en algunas ocasiones el estrés causante por el padecimiento de una enfermedad crónica e incluso el malestar y síntomas asociados (Thoits 2011).

El apoyo social es un concepto interactivo (Cohen y Wills, 1985) que lejos de hacer referencia a un término unidimensional, con un único significado, ha de ser concebido como un constructo complejo, con múltiples componentes, que puede ser entendido de modos muy diversos (Allen, 2003; Barrón, 1996; Berges, Dallo, Di Nuzzo, Lackan y Weller,

2006; Chronister, Chin Chou, Frain y Da Silva, 2008; Gracia, Herrero y Musitu, 2002). Una de las definiciones más aceptadas es la de Lin (1986), el cual define apoyo social como el conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

La relación del apoyo social con la salud se ha evidenciado en múltiples investigaciones demostrando que el padecimiento de enfermedades es más pronunciado y probable entre aquellos individuos a los que les falta apoyo, este es insuficiente o les resulta insatisfactorio (Richmond, Ross y Egeland, 2007; Uchino, 2004). Un nivel deficiente de apoyo social se asocia a un mayor riesgo de padecimiento de determinadas patologías relacionadas, por ejemplo, con trastornos cardiovasculares (Brummett et al., 2005), trastornos psicológicos (Barrón y Sánchez, 2001; LaHuerta, Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez y Nebot, 2004), así como a un bajo nivel de salud (Okamoto y Tanaka, 2004) y calidad de vida (López-García, Banegas, Graciano, Herruzo y Rodríguez-Artalejo, 2005). En cuanto a la hipertensión arterial, también se ha demostrado la importancia de las relaciones interpersonales y, en concreto, del apoyo social en pacientes con este tipo de dolencias (Menéndez et al, 2003).

La influencia del apoyo social sobre la salud va a depender de muy diversos factores, entre los que se encuentran las circunstancias personales y la población a la que nos refiramos (si se trata, por ejemplo, de enfermos crónicos o no), entre otras (Martos y Pozo, 2011a; McDonald, 2007). Por otro lado, también se deben tener en consideración aspectos como la especificidad de la fuente, el tipo de apoyo y la satisfacción con la ayuda recibida (Chronister et al, 2008).

Varias investigaciones atestiguan la importancia de la satisfacción con el apoyo social en los individuos (Orth-Gomer y Unden, 1987) y cómo la sensación de sentirse apoyado y la calidad de ese apoyo repercuten en el bienestar (Martos y Pozo, 2011a; Vega y González, 2009). Aun así, todavía no se han establecido suficientes bases científicas acerca de si basta con que el paciente hipertenso reciba apoyo social (frecuencia) o es necesaria una cierta satisfacción del enfermo con el mismo. Por ello, esta investigación analiza la incidencia de la frecuencia del apoyo social percibido y la satisfacción con el mismo sobre la salud y satisfacción vital de los pacientes con HTA.

Por lo que se refiere a la especificidad de la fuente, hay que tener en cuenta que su relevancia es distinta según el momento de la enfermedad que estemos considerando (Berges et al, 2006; Dressler, Baileiro, Ribeiro y Dos

Santos, 2005). Además, los enfermos con hipertensión necesitan información y apoyo emocional sobre su dolencia, pero no la reciben igual si viene de un facultativo o personal sanitario que si es de un familiar o amigo (Masters, Stillman y Spielmans, 2007).

Diversas investigaciones han proporcionado conclusiones respecto a la importancia de la pareja, familia y amigos en la provisión de apoyo social a los enfermos con hipertensión (York y Waite, 2012). Dressler (1996) estudió la importancia de la familia como institución social de apoyo en la comunidad, ya que la familia proporciona un efecto protector frente a las circunstancias problemáticas y reduce el riesgo de hipertensión. De este modo, se ha comprobado la relación positiva que ejerce el apoyo social sobre la salud de las personas con algún tipo de enfermedad crónica, especialmente, en pacientes hipertensos (Dressler, 1982). Además, las personas con bajo apoyo social tienen mucho más alta la presión arterial. Por tanto, los peores resultados de salud se dan en el grupo con alta tensión y con el menor acceso al apoyo social (Dressler, 1982; Al-Kandari, 2011).

Por otro lado, los sanitarios también pueden aparecer como fuente necesaria de apoyo para informar y conseguir que los pacientes acepten su enfermedad y sepan convivir con ella. De este modo, y como atestiguan algunos estudios (Ansmann et al, 2014; Martos y Pozo, 2011a) el apoyo social proporcionado por el personal sanitario tiene una relación positiva

sobre la salud y el bienestar de los enfermos crónicos. Este apoyo puede ser de vital importancia en el manejo de la enfermedad por parte del paciente hipertenso, además de proveerle de las claves necesarias para poder seguir las recomendaciones médicas de una manera adecuada y, en consecuencia, no perjudicar su salud (Alonso, Pozo, Reboloso y Cantón, 2003; Nouvilas, 2000).

A la vista de lo comentado hasta el momento, las personas con más apoyo social manifiestan sentirse mejor de salud, y aquellas con un nivel apropiado de apoyo social están más satisfechas con sus vidas. Siguiendo con la argumentación anterior, el objetivo del presente estudio es doble; por un lado, determinar el nivel de salud, satisfacción vital y apoyo social en una muestra de pacientes con hipertensión arterial y, por otro lado, analizar la influencia del apoyo social sobre la salud y satisfacción vital de los pacientes hipertensos. El punto novedoso que aporta esta investigación es no sólo analizar cómo la frecuencia de apoyo social incide en la salud y calidad de vida de los enfermos hipertensos, sino que se añade el factor de la calidad del apoyo social percibido (satisfacción con el apoyo social). Así, la frecuencia y satisfacción con el apoyo no debería verse como algo diferente, sino como un fenómeno complejo y global que consta de varios aspectos.

El estudio cuenta con las siguientes hipótesis:

Se espera encontrar un nivel medio-bajo de salud y satisfacción vital en los pacientes analizados.

Todas las fuentes de apoyo social van a tener una importante influencia sobre la salud y calidad de vida de los pacientes hipertensos.

La frecuencia y, especialmente, la satisfacción con el apoyo social van a incidir sobre la salud y bienestar de los enfermos con hipertensión.

MÉTODO.

Participantes

Participaron en el estudio un total de 141 personas diagnosticadas con hipertensión arterial. Los pacientes debían cumplir una serie de criterios de inclusión para poder participar en la investigación, a saber, debían estar diagnosticados de hipertensión al menos desde hace un año y estar sometidos a tratamiento farmacológico, además de contar con la prescripción facultativa de una dieta adecuada a su dolencia y la realización de ejercicio físico de manera cotidiana. Por otro lado, se excluyeron a las personas con más de una enfermedad crónica diagnosticada para que este hecho no pudiese influir en los resultados del estudio.

La muestra está dividida en 71,6% mujeres y 24,8% hombres con una media de edad de 58,22 (d.t.=7,52). En cuanto al estado civil, el 82,3% de la muestra están casados, el 11,3% son viudos y el 6,4% restante están solteros, separados o divorciados. Por último, el 68,1% de los pacientes que han participado en la investigación tienen estudios secundarios.

Medidas

El estudio se trata de una investigación analítica y de tipo transversal. Para medir las variables incluidas en el marco teórico descrito anteriormente se han utilizado los siguientes instrumentos de recogida de información:

Los síntomas percibidos por los pacientes se evalúan mediante la “Escala de síntomas” de Jou y Fukada (1997), formada por nueve ítems que miden el grado en el que los pacientes hipertensos padecen una serie de síntomas. Algunos de los ítems incluidos son: “suele tener palpitaciones”, “a menudo siente presión en el pecho” o “tiene dolor de cabeza frecuentemente”. Esta escala ha sido traducida y adaptada a muestra española en investigaciones previas (Martos, 2009). La escala de respuesta va desde 1 “casi nunca”, hasta 5 “muy a menudo”. La consistencia interna de esta escala en la investigación es de .81.

La salud percibida del paciente, es decir, cómo valora su estado de salud en la actualidad, se mide mediante un único ítem diseñado ad hoc

“Cómo valora su estado de salud en la actualidad”. Rango de respuesta desde 1 “muy malo”, hasta 5 “muy bueno”.

La satisfacción vital es medida mediante la escala de “Satisfacción con la vida” de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) traducida y adaptada al español. Esta escala está compuesta por cinco ítems con un intervalo de respuesta de 1 a 5 (desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”). La consistencia interna de la escala en nuestro estudio fue de .88.

El apoyo social percibido en las relaciones con la pareja, familiares, amigos y sanitarios durante el transcurso de esta enfermedad crónica es evaluado a partir de la adaptación al español de la “Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad de Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky (1991)” realizada por Martos y Pozo (2011b). Esta escala mide tanto el apoyo positivo o funcional como el problemático (no funcional) proporcionado por las cuatro fuentes de apoyo. En este estudio solo se ha tomado como medida los dieciséis ítems de la subescala que refleja el apoyo social funcional (por ejemplo, “le escucha”, “le hace sentir que usted aporta algo positivo a los demás”, “le hace pequeños favores”). La escala de respuesta es de 1 “nunca”, a 5 “siempre”, lo que significa, que a mayor puntuación mayor apoyo social percibido. La consistencia interna

obtenida en el estudio de la escala de apoyo social percibido dependiendo de las fuentes es bastante alta. En el caso de la pareja el α de Cronbach es de .95., de los familiares de .91, en la subescala de apoyo social percibido de los amigos es de .95 y, finalmente, de .88 en el caso del apoyo social de los sanitarios.

También se incluyen otros ítems sobre variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil y nivel de estudios.

Procedimiento

Para la realización de esta investigación se contó con un listado de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial y pertenecientes a dos Centros de Salud de Atención Primaria de Almería capital. Se realizaron llamadas telefónicas a los pacientes del listado para concertar una cita con ellos en su Centro de Salud y poder realizar el cuestionario. Aquellos pacientes que voluntariamente aceptaron participar en la investigación acudían a su Centro de Salud y se les informaba de los objetivos del estudio, así como que era totalmente anónimo. Posteriormente, firmaban un consentimiento informado. Los pacientes cumplimentaban el cuestionario en presencia del investigador para, de este modo, poder resolver cualquier duda que tuviesen; y este tenía una duración aproximada de 30 minutos.

Análisis de datos

Una vez recogida toda la información a través de los cuestionarios, los datos fueron introducidos en ficheros informáticos y codificados para proceder posteriormente a su análisis a través del programa estadístico SPSS en su versión 21.0 para Windows. Para cumplir con los objetivos del estudio, así como verificar las hipótesis propuestas, se llevaron a cabo una serie de análisis de datos. En concreto, se realizaron análisis descriptivos para determinar el nivel de apoyo social, salud y satisfacción vital en las personas analizadas. Posteriormente, se hicieron análisis de correlaciones para averiguar las relaciones existentes entre las variables de la investigación. Y, finalmente, se realizaron análisis de regresión para comprobar el papel predictivo del apoyo social y sus diferentes fuentes en la satisfacción vital y la salud de los pacientes.

RESULTADOS.

Nivel de apoyo social, salud, satisfacción vital y relaciones entre las variables

En el caso de los síntomas, los enfermos manifiestan que su nivel de sintomatología relacionada con su enfermedad es medio-bajo, obteniendo una puntuación de 2.45 (d.t.=0.94) en una escala de cinco puntos. Además,

consideran que su estado de salud general es medio, ya que obtienen una puntuación de 3.31 (d.t.=1.11) sobre cinco. El nivel de satisfacción vital es mayor, debido a que la puntuación es algo más alta (M=3.75; d.t.=1.06). Puede verse como esta muestra de pacientes no tiene una elevada percepción de salud ni de satisfacción con su vida, se mantienen en la media, aunque el nivel de síntomas comunicado tampoco es muy alto, normal en este caso por el aspecto asintomático de la hipertensión.

Respecto a la frecuencia del apoyo social percibido, es en el caso del apoyo social de la familia donde los pacientes han obtenido una puntuación más alta (M=4.07; d.t.=.89), seguido del apoyo social proporcionado por la pareja (M=3.97; d.t.=1.07) y los amigos (M=3.30; d.t.=1.13). En último lugar, se encuentra el apoyo proporcionado por el personal sanitario, que, en este caso, tiene una media de 2.49 (d.t.=.74). En general, los pacientes están bastante satisfechos con el apoyo social percibido. En concreto, vuelve a ser la familia la fuente de apoyo con mayor nivel de satisfacción (M=4.50; d.t.=.94). El nivel de satisfacción con el apoyo social recibido de la pareja (M=4.29; d.t.=1.16) y el personal sanitario (M=4.16; d.t.=1.03) es también medio-alto, siendo la satisfacción con el apoyo de los amigos algo más baja (M=3.99; d.t.=1.23).

A continuación, se realizaron análisis de correlaciones para ver las asociaciones existentes entre la frecuencia y satisfacción con el apoyo social, así como las diferentes fuentes de apoyo, y las variables de salud y satisfacción vital. Se confirma que el apoyo social de la pareja y la satisfacción con el mismo correlacionan con los síntomas de enfermedad, la salud y la satisfacción vital de los enfermos. En el caso de la frecuencia del apoyo social proporcionado por la familia correlaciona con los síntomas y la satisfacción vital, encontrándose también correlación significativa de esta última con la satisfacción del apoyo familiar. La satisfacción con el apoyo de los amigos correlaciona con la salud general y los síntomas percibidos. Y por último, la satisfacción con el apoyo que los pacientes perciben de los sanitarios mantiene una correlación significativa con su satisfacción vital (ver tabla 1).

Tabla 1.*Correlaciones y análisis descriptivos de las variables analizadas*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Med	Desv. Típ
1.Síntomas	---											2.45	0.94
2.Salud percibida	-.587**	---										3.31	1.11
3.Satisfacción Vital	-.357**	.386**	---									3.75	1.06
4.Apoyo Pareja	-.215*	.217*	.443**	---								3.97	1.07
5.Apoyo Familia	-.169*	.135	.378**	.497**	---							4.07	.89
6.Apoyo Amigos	-.010	.095	.115	.269**	.313**	---						3.30	1.13
7.Apoyo Sanitarios	-.025	.057	.031	.351**	.340**	.456**	---					2.49	.74
8.Satisfacción	-.195*	.261**	.450**	.845**	.413**	.112	.230*	---				4.29	1.16
Apoyo Pareja													
9.Satisfacción	-.162	.138	.338**	.294**	.688**	.096	.101	.356**	---			4.50	.94
Apoyo Familia													
10.Satisfacción	-.195*	.222**	.094	.224*	.241**	.701**	.361**	.142	-	---		3.99	1.23
Apoyo Amigos									.195*				
11. Satisfacción	-.150	.159	.265**	.405**	.461**	.251**	.519**	.369**	.332*	.240*	---	4.16	1.03
Apoyo Sanitarios													

** p < 0,01; * p < 0,05

Análisis de regresión. Apoyo social como predictor de salud y satisfacción vital.

Se han llevado a cabo análisis de regresión con el objetivo de identificar de manera exploratoria qué fuentes (pareja, familia, amigos y sanitarios) de la frecuencia del apoyo social percibido y de la satisfacción con el mismo pueden actuar como predictores de la salud y la satisfacción vital de los enfermos objeto de estudio.

En cuanto a la salud percibida, o lo que es lo mismo, cómo describen los pacientes encontrarse de salud en la actualidad, son la satisfacción con el apoyo social de la pareja y los amigos los mejores predictores de la salud ($R^2 = .111$, $F=3.468$, $p=.010$). Es importante resaltar que en el caso de la salud, la incidencia del apoyo se ve más claramente marcada a través de la satisfacción con el apoyo y la calidad del mismo (ver tabla 2).

Tabla 2.

Análisis de regresión salud percibida

Modelo 1: Salud percibida	β	t	p
Frecuencia Apoyo Pareja	.181	1.635	.105
Frecuencia Apoyo Familia	.063	.568	.571
Frecuencia Apoyo Amigos	.021	.198	.843
Frecuencia Apoyo Sanitarios	.031	.281	.779
Modelo 1: Salud percibida	β	t	p
Satisfacción Apoyo Pareja	.202	2.007	.047
Satisfacción Apoyo Familia	.051	.523	.602
Satisfacción Apoyo Amigos	.193	2.079	.040
Satisfacción Apoyo Sanitarios	.026	.262	.794

En el caso de la satisfacción vital aparecen tres fuentes como predictoras de la misma. La frecuencia del apoyo social de la pareja, de familiares y sanitarios son los mejores predictores del bienestar ($R^2=.291$, $F=11.48$, $p=.000$). De igual modo, la satisfacción con el apoyo de la pareja y de los familiares son buenos predictores de la satisfacción vital ($R^2=.246$, $F=9.063$, $p=.000$), confirmándose igualmente la necesidad que tienen estos pacientes de sentirse apoyados por sus familiares para encontrarse mejor de salud y con una mayor satisfacción vital (ver tabla 3).

Tabla 3.

Análisis de regresión satisfacción vital

Modelo 1: Satisfacción vital	β	t	p
Frecuencia Apoyo Pareja	.414	4.334	.000
Frecuencia Apoyo Familia	.226	2.364	.020
Frecuencia Apoyo Amigos	.091	.991	.324
Frecuencia Apoyo Sanitarios	.250	2.649	.009
Modelo 1: Satisfacción vital	β	t	p
Satisfacción Apoyo Pareja	.362	3.902	.000
Satisfacción Apoyo Familia	.188	2.087	.039
Satisfacción Apoyo Amigos	.006	.074	.941
Satisfacción Apoyo Sanitarios	.067	.745	.458

DISCUSIÓN.

La hipertensión es una dolencia que causa a nivel mundial miles de muertes al año (OMS, 2013). Bajo esta perspectiva de grave problema social, este trabajo pretende analizar el nivel de salud, calidad de vida y apoyo social en una muestra de pacientes hipertensos. Se conoce la vinculación existente entre el apoyo social, la salud y el bienestar en pacientes crónicos (Richmond, Ross y Egeland, 2007; Uchino, 2006), pero como novedad en este estudio, se pretende delimitar qué fuentes son las que más apoyo proporcionan a los enfermos hipertensos, y si es la frecuencia del apoyo social percibido, la satisfacción con ese apoyo o ambos los que más incidencia tienen en la salud y el bienestar.

Los resultados muestran que los pacientes tienen un nivel de salud y satisfacción vital medio. Esto es, perciben pocos síntomas, aunque estos no inciden de manera directa a nivel de salud, ya que manifiestan encontrarse en la media en cuanto a salud general se refiere. Respecto al bienestar subjetivo, los enfermos manifiestan tener una buena satisfacción vital, aunque no llega a ser alta. Estos datos pueden estar indicándonos que, independientemente de que los pacientes perciban algunos síntomas debido a su enfermedad (pocos ya que es una padecimiento que provoca escasos

síntomas), se sienten satisfechos con su vida porque esta se haya también determinada por su salud percibida que es media (Grau, García-Viniegras y Hernández, 2006), no coincidiendo del todo con otros estudios en los que los pacientes hipertensos manifestaban tener una muy baja calidad de vida (Battersby et al, 1995; Erickson et al, 2001). Así, la hipótesis relacionada con la percepción de los pacientes de una salud y satisfacción vital media-baja no se cumple en su totalidad, debido a que los pacientes se sienten satisfechos con sus vidas y manifiestan tener un nivel medio de salud. Otra explicación a estos resultados puede estar relacionada con el elevado apoyo social que los pacientes manifiestan tener. En este sentido, las relaciones interpersonales tendrían un efecto amortiguador sobre los problemas o el estrés que la hipertensión puede provocar, manteniendo así los pacientes un nivel medio de salud y sintiéndose satisfechos con su vida (Martos y Pozo, 2011a; Vega y González, 2009). Queda demostrado que los pacientes se sienten apoyados, especialmente, por sus parejas y familiares, tanto en frecuencia como en satisfacción con el apoyo social, siendo esta última más alta. De este modo, los pacientes reportan percibir un apoyo social medio-alto de sus allegados y algo más bajo de amigos y sanitarios. En cuanto a la calidad de la ayuda, están bastante satisfechos con todas las fuentes.

Es de resaltar que la satisfacción con el apoyo de los sanitarios es también bastante alta, por lo que aparece como fuente de apoyo clave en estos pacientes.

Los resultados inciden en la relación del apoyo social con la salud y el bienestar de los pacientes con hipertensión y, específicamente, se constata qué fuentes de apoyo social son las que más incidencia tienen sobre la salud o la satisfacción vital, ya que parece claro que la pareja y la familia, al igual que en otros estudios (Dresler, 1996; York y Waite, 2012), son las principales fuentes de apoyo social y las mejores predictoras de las variables analizadas.

No obstante, no hay que dejar de lado el importante papel de otras referencias de apoyo, como los amigos, que también predicen la salud y bienestar de los pacientes analizados. Pero tal vez, uno de los resultados más interesantes sean los relacionados con la frecuencia del apoyo social de los profesionales sanitarios, ya que estos son una importante fuente de apoyo en la predicción de la satisfacción con la vida de los enfermos. Estos datos concuerdan con otros estudios en los que se apoya la idea de que la relación médico-paciente y, más aún los contactos de ayuda que el paciente percibe por parte de su médico o del personal de enfermería son de vital importancia para el bienestar de un enfermo de estas características (Ansmann et al, 2014; Soria, Vega, Nava y Saavedra, 2011).

Como ya se ha comentado, estos enfermos necesitan seguir una medicación y, en ocasiones, dietas y pautas de ejercicio estrictas, por lo que el apoyo de los sanitarios en cuanto a ayuda e información se refiere es de gran utilidad para ellos. En este sentido, se cumple la segunda hipótesis del estudio sobre las fuentes de apoyo, ya que las cuatro que se han analizado repercuten en la salud y bienestar de los pacientes.

A la vista de los resultados encontrados, es bastante importante tener en cuenta el apoyo de otras personas significantes en la vida cotidiana de los enfermos, además de sus familiares y parejas, de cara a planificar intervenciones que optimicen la salud de las personas con hipertensión. En este caso, podrían realizarse programas de intervención psicosocial dirigidos a los profesionales de la salud para poder dotarles de determinadas técnicas o habilidades para apoyar y saber comunicarse mejor con sus pacientes (Maguire, 1986; Marín y León, 2001), en definitiva, que el enfermo se sienta satisfecho en la relación sanitaria que mantiene con su médico (Rodríguez Marín, 1995).

En este caso, y además del apoyo que prestan los sanitarios al manejo y gestión de la enfermedad por parte del paciente, muchas veces el control de la misma y su repercusión en el bienestar se lleva a cabo día a día con los familiares y amigos más cercanos. Por lo que es importante

incidir también en estos resultados, y tener en cuenta a los más allegados al paciente para planificar estrategias válidas de intervención social con hipertensos.

A nivel de la satisfacción con el apoyo social o de la frecuencia del mismo, los resultados muestran que la satisfacción que los pacientes sienten con el apoyo social recibido es la variable que más influencia tiene en la salud de los mismos. Esto es, aun recibiendo apoyo, si el enfermo no lo percibe como tal y no está satisfecho, no se va a producir el efecto beneficioso del mismo sobre la salud. Este dato es de gran relevancia, ya que a veces determinados comportamientos que se podrían considerar de apoyo pueden ser vistos más como intromisiones a la intimidad o causas de estrés en los pacientes, que realmente como ayuda (Martos y Pozo, 2011b).

Por otro lado, tanto la frecuencia con el apoyo social como la satisfacción con el mismo son relevantes y aparecen como variables predictoras del bienestar, lo que indica que ambas vertientes del apoyo social son beneficiosas para aumentar la satisfacción vital de los enfermos. En este caso, se cumple la tercera hipótesis del estudio ya que la frecuencia y la satisfacción con el apoyo aparecen como variables predictoras y con una importante incidencia en la salud y bienestar de los sujetos.

Los resultados también corroboran que la satisfacción con el apoyo social tiene una incidencia más notoria tanto en la salud como en la satisfacción vital de los pacientes (Orth-Gomer y Uden, 1987; Vega y González, 2009).

Esta investigación está realizada con pacientes hipertensos de diversas edades y condiciones sociales, pero no se han hecho distinciones respecto a sexo (Ofman, Gómez y Stefani, 2013), estatus social o edad. Tal vez, una limitación del estudio pueda deberse a la heterogeneidad de la muestra de pacientes hipertensos. Aunque no era objetivo de esta investigación, quedaría pendiente analizar las posibles diferencias en cuanto a algunos factores sociodemográficos y ver si las variables analizadas varían en cada caso.

Por otro lado, también sería necesario hacer una distinción entre los tiempos de diagnóstico y las fases de la enfermedad. Pueden existir diferencias en cuanto a la necesidad de apoyo social cuando una persona está recién diagnosticada o cuando ya lleva varios años con la enfermedad. Además, las fuentes de apoyo pueden también variar en función de la fase de la enfermedad.

De igual modo, se deberían realizar análisis mediante modelos de ecuaciones estructurales para poder determinar con mayor precisión el papel del apoyo social y cómo se relaciona con las distintas variables analizadas en el estudio.

Como posibles líneas futuras de estudio, se plantean cuestiones como la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos y su relación con la salud, la calidad de vida, así como con el apoyo social. De este modo, sería interesante analizar el papel del apoyo social como mediador entre el cumplimiento terapéutico y la salud y satisfacción vital de los enfermos. Así, las diferentes fuentes de apoyo podrían actuar como amortiguadores ante el estrés provocado por la enfermedad (Thoits, 2011).

Finalmente, los principales hallazgos de este estudio pueden servir para comprender mejor la condición en la que se encuentra una persona hipertensa. Se puede concluir, que los pacientes objeto de investigación se perciben con una salud normal y una aceptable calidad de vida, teniendo en cuenta su enfermedad. Además, se sienten apoyados por las personas más cercanas, aunque ese apoyo podría aumentar en cantidad y calidad. Es de vital importancia para estas personas que acepten su dolencia para que consigan adaptarla perfectamente en sus vidas, y los cambios personales y sociales sean los menos posibles. En este sentido, y como indican los

resultados, la familia puede actuar como fuente de afrontamiento frente a las necesidades y problemas derivados de la enfermedad; además, sin lugar a dudas, de la ayuda, comprensión e información que el personal sanitario puede prestar al paciente hipertenso.

En definitiva, se trata de que estas personas aumenten su calidad de vida y se sientan con una mayor satisfacción vital y, por ende, que la hipertensión no ocasione otros problemas de salud que pueden estar derivados de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Al-Kandari, Y. (2011). Relationship of Strength of Social Support and Frequency of Social Contact with Hypertension and General Health Status Among Older Adults in the Mobile Care Unit in Kuwait. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26, 175–187. doi: 10.1007/s10823-011-9139-9.

Allen, K. (2003). Are pets a healthy pleasure? The influence of pets on blood pressure. *Current Directions*, 12, 236-239.

Alonso, E., Pozo, C., Reboloso, E. y Cantón, P. (2003). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: Variables de terminantes de la satisfacción del paciente y del grado de cumplimiento de las prescripciones médicas. *Psicología de la Salud*, 15, (1/2), 23-45.

Ansmann, L., Wirtz, M., Kowalski, C., Pfaff, H., Visser, A. y Ernstmann, N. (2014). The impact of the hospital work environment on social support from physicians in breast cancer care. *Patient Education Counseling*, 96 (3), 352-60. doi: 10.1016/j.pec.2014.07.016.

Banegas, J.R., Graciani, M.A., De la Cruz-Tosca, J.J., León-Muñoz, L.M., Guallar-Castillón, P., Coca, A., et al. (2012). Achievement of cardiometabolic goals in aware hypertensive patients in Spain. A nationwide population-bases study. *Hypertension*, 60, 898-905.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, (1), 17-23.

Battersby, C., Hartley, K., Fletcher, A.F., Markowe, H.J., Styhles, W., Sapper, H. y Bulpitt, C.J. (1995). Quality of life in treated hypertension: A case-control community based study. *Journal of Human Hypertension*, 9, (12), 981-986.

Berges, I. M., Dallo, F., DiNuzzo, A., Lackan, N. y Weller, S. (2006). Social support: a cultural model. *Human Organization*, 65, (4), 420-429.

Brummett, B. H., Brefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B.,... Mark, D. B. (2005). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.

Chronister, J., Chin Chou, C., Frain, M. y Da Silva, E. (2008). The relationship between social support and rehabilitation related outcomes: a meta-analysis. *Journal of Rehabilitation*, 74, (2), 16-32.

Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Dressler, W.W. (1982). *Hypertension and culture change: Acculturation and disease in the West Indies*. New York: Redgrave.

Dressler, W.W. (1996). Hypertension in the African American community: social, cultural, and psychological factors. *Seminars in Nephrology*, 16, (2), 71-82.

Dressler, W.W., Baileiro, M. C., Ribeiro, R. P. y Dos Santos, J. E. (2005). Cultural consonance and arterial blood pressure in urban Brazil. *Social Science and Medicine*, 61, 527-540.

Erickson, S.R., Williams, B.C. y Gruppen, L.D. (2001). Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *Journal of Human Hypertension*, 15, (8), 539-548.

Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Análisis e intervención social. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.

Grau, J., García-Viniegras, C.R. y Hernández, E. (2006). Calidad de Vida y Psicología de la Salud. En Hernández, E. y Grau, J. *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.

Hayes, R. B. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *JAMA*, 288, 2880-2883.

Jou, Y.H. y Fukada, H. (1997). Stress and social support in mental and physical health of Chinese Students in Japan. *Psychological Reports*, 81 (3), 1303-1312.

Kaplan, M. S., Huguet, N., Feeny, D. H. y McFarland, B. H. (2010). Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. *Social Science & Medicine*, 70 (6), 844–849.

Kearney, P.M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P.K. y He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365, 217-223.

LaHuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K. y Nebot, M. (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta Sanitaria*, 18, 83-91.

Lawes, C.M., Vander Hoorn, S. y Rodgers, A. (2008). International Society of Hypertension. *Lancet*, 371 (9623), 1513.

Lefevre, F. (2003). Special Report: Interventions to improve patient adherence with medications for chronic cardiovascular disorders. *Assessment Program*, 12, 1-32.

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

López-García, E., Banegas, J.R., Graciani, A., Herruzo, R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality Life Research*, 14, 511-520.

Maguire, P. (1986). Social skills training for health professionals. En C.R. Holin y P. Trower, *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon.

Marín, M. y León, J.M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal. *Psicothema*, 13 (2), 247-251.

Martos, M.J. (2009). *Relaciones interpersonales y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos*. Tesis doctoral. Universidad de Almería, Facultad de Psicología, España.

Martos, M.J. y Pozo, M.J. (2011a). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología*, 27 (1), 47-57.

Martos, M.J. y Pozo, C. (2011b). Adaptación al español de la «Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad» de Revenson et al., 1991. *Psicothema*, 23 (4), 795-801.

Masters, K.S., Stillman, A.L. y Spielmans, G.I. (2007). Specificity of social support for back pain patients: do patients care who provides what? *Journal of Behavioral Medicine*, 30 (1), 11-20. doi: 10.1007/s10865-006-9078-z.

Menéndez, C., Montes, A., Gamarra, T., Núñez, C., Alonso, A. y Bujan, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*, 31, (6), 506-513.

McDonald, M. (2007). Social Support for Centenarians' Health, Psychological Well-Being, and Longevity. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 27, 150-159.

Nouvilas, E. (2000). Rol percibido en la relación del profesional de la salud con el paciente y cumplimiento terapéutico. *Revista de Psicología Social*, 15 (1), 87-112.

Ofman, S.D., Gómez, H.J. y Stefani, D. (2013). Factores psicosociales relacionados con la hipertensión arterial esencial desde una perspectiva de género. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23, 49-56.

Okamoto, K. y Tanaka, Y. (2004). Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*, 38, 318-322.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial*. Ginebra: WHO Document Production Services.

Orth-Gomer, K. y Uden, A .L. (1987). The measurement of social support in population surveys. *Social Science Medicine*, 24, 83-94.

Rapsomaniki, E., Timmis, A., George, J., Pujades-Rodriguez, M., Shah, A.D., Denaxas, S., ...Hemingway, H. (2014). Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1·25 million people. *Lancet*, 383 (9932), 1899-911.

Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Majerovitz, S.D. y Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33 (7), 807-813.

Richmond, C.A.M., Ross, N.A. y Egeland, G.M. (2007). Social support and thriving health: a new approach to understanding the health of indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97 (9), 1827-1833.

Rodríguez Marín J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En Rodríguez Marín J, (editor). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Soria, R., Vega, Z., Nava, C. y Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *LIBERABIT*, 17, (2), 223-230.

Strine, T.W., Chapman, D.P., Balluz, L.S., Moriarty, D.G. y Mokdad, A.H. (2008). The associations between life satisfaction and healthrelated quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33, 40-50. doi: 10.1007/s10900-007-9066-4.

Thoits, P.A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52 (2), 145-161. doi: 10.1177/0022146510395592.

Uchino, B.N. (2006). Social support and health: a review of psychological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.

Uchino, B.N. (2004). *Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press, New Haven, CT.

Vega, O.M. y González, D.S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.

York, E. y Waite, L.J. (2012). Social Network Resources and Management of Hypertension. *Journal of Health and Social Behavior*, 53 (2), 215-231. doi: 10.1177/0022146512446832.

La correspondencia concerniente a este artículo debe dirigirse a:

Dra. María José Martos Méndez.

Facultad de Psicología. Campus de Teatinos. Universidad de Málaga. 29071,

Málaga

E-mail: mjmartos@uma.es