



## Modelo psicosocial de calidad de vida en salud de los hipertensos arteriales según el nivel educativo

### *Psychosocial Model of Quality of Life in Health of Hypertensive Patients According to Educational Level*

José Eduardo Rondón Bernard

*Universidad Católica Andrés Bello/Universidad Central de Venezuela*

Jeimmy Villarreal Rivas

*Universidad Central de Venezuela*

#### RESUMEN

**Introducción:** La hipertensión arterial es una enfermedad poco sintomática; sin embargo, existe una percepción general de salud más baja en hipertensos. Se pretendió validar un modelo psicosocial sobre la calidad de vida en salud según el nivel educativo. **Método:** investigación no experimental (n= 328 hipertensos, 20-88 años). Se empleó el Cuestionario Tridimensional para la Depresión, la Escala de Social Network and Support, el Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales, y el Cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial. **Resultados:** por medio del análisis de regresión múltiple, se encontró en ambos niveles educativos que, en la dimensión psicológica de la calidad de vida, solo la depresión tiene influencia (bajo:  $\beta = 0,77$   $p < 0,05$ ) (alto:  $\beta = 0,85$   $p < 0,05$ ). En la dimensión física, sigue siendo la depresión la variable con mayor efecto; sin embargo, para el nivel educativo bajo se agrega la asertividad ( $\beta = -0,11$   $p < 0,05$ ). **Conclusión:** El modelo quedó parcialmente validado.

Palabras clave: **Calidad de vida en salud; Depresión; Asertividad; Apoyo Social**

## ABSTRACT

**Introduction:** Hypertension is a condition with few symptoms; however, there is a general perception of poorer health among people with this condition. The aim was to validate a psychosocial model on quality of life in health according to educational level. **Method:** A non-experimental study was conducted (n= 328 hypertensive patients, 20-88 years). The Tridimensional Depression Questionnaire, Social Network and Support Scale, Self-Report of Attitudes and Values in Social Interactions, and Quality of Life Questionnaire for Arterial Hypertension were used. **Results:** Through multiple regression analysis, it was found that in both educational levels, in the psychological dimension of quality of life, only depression had an influence (low:  $\beta = 0.77$   $p < 0.05$ ) (high:  $\beta = 0.85$   $p < 0.05$ ). In the physical dimension, depression remained the variable with the greatest effect; however, for the low educational level, assertiveness was also significant ( $\beta = -0.11$   $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The model was partially validated.

**Keywords:** Health-related Quality of Life; Depression; Assertiveness; Social Support

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible, letal, que pocas veces se diagnostica en sus primeras etapas, siendo identificada como una patología multifactorial. (Álvarez-Ochoa et al., 2022). Entre los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, además de la genética y la edad, se encuentran exposiciones ambientales personales, como una dieta de mala calidad, alta en sodio y bajo en potasio, sobrepeso y obesidad, consumo de alcohol, consumo de tabaco, inactividad física y mal manejo del estrés (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La enfermedad, inicialmente asintomática, puede originar daños severos en los órganos diana de los pacientes que viven con hipertensión, causando una afectación en su calidad de vida, al asociarse con la presencia de otros trastornos que impiden a la persona realizar sus actividades cotidianas, agudizándose esta relación al tener mayor edad (Gómez et al., 2011; Nolasco et al., 2015).

El estrés sostenido provoca modificaciones en la conducta de estos pacientes, en forma de ira, ansiedad y depresión. Sin embargo, el estrés como tal no condiciona siempre la misma respuesta en los sujetos. La presencia de factores personales como el estilo de afrontamiento al estrés, los estilos de comunicación, la vulnerabilidad biológica, la percepción de control, la autoeficacia o el apoyo social percibido puede modular la percepción de estrés en cada individuo (Jaén et al., 2014).

Los fracasos ante situaciones estresantes pueden causar malestar psicológico, como por ejemplo depresión. En los pacientes hipertensos, la tasa de depresión reportada es del 40,1 %, pero incluso puede llegar hasta el 63,4 % en las mujeres. Algunos metaanálisis muestran que cuando estas enfermedades coexisten, los pacientes tienen una mayor probabilidad de tener una menor calidad de vida e incluso de morir (Collazos-Perdomo et al., 2020). Por su parte, Heather Rogers et al. (2018), sostienen que las personas con depresión tienen un nivel de presión arterial sistémica más alta, debido a los niveles de norepinefrina y el alto tono simpático —reacciones típicas del estrés—; además de la falta de adherencia al tratamiento médico antihipertensivo, lo que ocasiona un descontrol de la enfermedad, y por ende una peor valoración de su calidad de vida en salud; esta relación se acentúa especialmente en las mujeres y personas con más edad, puesto que, aunque la depresión es más frecuente en la segunda etapa de la vida, es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor incidencia en los adultos mayores (Choi y Lee, 2015; Giacomani et al., 2011).

La depresión como trastorno multifactorial implica un conjunto de síntomas específicos a nivel motor, biológico, cognoscitivo y social (Rondón, 2018). En referente a este último componente, se destaca la evitación de la interacción social que causa un detrimento en el apoyo social en la persona con hipertensión, destacándose que son las mujeres quienes frecuentemente perciben menos apoyo social que los hombres, y por ende pueden emitir conductas de aislamiento cónsono con esta percepción (Ledón et al., 2007); por otro lado, se sostiene que la red de apoyo social es independiente del sexo (Rondón y Angelucci, 2021).

Se plantea, por ejemplo, que al aumentar el tamaño de la red de apoyo con que la persona pueda conversar sobre su enfermedad podría hacer que las relaciones fueran más tensas o conflictivas, puesto que se conversaría sobre las restricciones o consecuencias negativas de la enfermedad, pero, si la red social fomenta la participación en actividades sociales para promover la autonomía y los roles sociales, incide positivamente sobre la adherencia al tratamiento y, por último, sobre la calidad de vida (Thuy et al., 2021).

La edad es un factor que se encuentra estrechamente asociado al apoyo social y, por ende, a la calidad de vida, puesto que la edad hace que se acentúen las carencias de cada persona, de tal forma que en muchos casos se necesita ayuda de terceras personas, sobre todo en el ámbito físico, para poder seguir funcionando en los diferentes ámbitos (Nolasco et al., 2015).

En hipertensión, el apoyo social representa un factor protector, pues permite mantener controlada la enfermedad y así obtener una mejor calidad de vida en salud; sin embargo, estos hallazgos pueden verse matizados por las características

de la red, los tipos y fuentes de apoyo, y el tipo de interacción que se establezcan en la misma (Achury et al., 2013; Hanson y Gluckman, 2011).

Al respecto, los estilos de comunicación son importantes porque es la manera que posee la persona para interactuar con los demás, puesto que permite interpretar, filtrar o entender el significado del mensaje (Nina, 1991; Norton, 1983). En ese sentido, la carencia de habilidades comunicativas obstaculiza la adaptación a una enfermedad crónica no transmisible, como bien podría ser la hipertensión arterial (Camacho et al., 2013).

Además de las anteriores variables psicológicas que influyen sobre la calidad de vida en salud de la persona con hipertensión y que pudieran explicar las marcadas disparidades en cuanto a prevalencia y la mortalidad por la enfermedad, el nivel educativo de quien la padece puede moderar estas relaciones, puesto que las personas con menor nivel de instrucción generalmente tienden a presentar mayor malestar emocional, mayor dificultad en la identificación y expresión de las emociones, menor sentido de control personal, mayor deterioro en sus habilidades cognitivas y menor bienestar subjetivo (Psicodata, 2023).

Las personas con menor educación tienden en general a tener una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión y factores de riesgo relacionados como, por ejemplo, mayor índice de colesterol y glucosa. Poseen más riesgo de padecer enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, y tienen menos acceso a la prevención o al tratamiento (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021; Ose et al., 2013).

Las personas con menor nivel educativo y mayor edad tienden a presentar mayor depresión; sin embargo, la presencia de factores tales como la realización de actividades recreativas y el apoyo emocional ofrecido por la pertenencia a un grupo social pueden beneficiar el estado emocional atenuando la presencia de síntomas depresivos (Collazos-Perdomo et al., 2020; Giacomani et al., 2011).

Según un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) (2018), la prevalencia de la depresión disminuye mucho entre las mujeres conforme adquieren más formación académica. Así, mientras que su impacto entre los hombres con un nivel educativo bajo es cinco puntos mayor que entre los que tienen estudios superiores, la diferencia es casi el doble entre las mujeres.

Por otra parte, se plantea que los sujetos con un bajo nivel educativo, generalmente asociado a un bajo nivel socioeconómico, presentarían una exposición más frecuente a riesgos, amenazas y conflictos cotidianos. A su vez, el contexto influiría negativamente en la interpretación cognitiva de estas situaciones, generando

comportamientos de mayor hostilidad o menor asertividad (Caballero et al., 2018).

En conclusión, la valoración que realiza una persona con hipertensión —de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado y que refleja el grado de satisfacción personal a nivel fisiológico, emocional y social (Lombardi et al., 2010)— puede estar influenciada por el sexo, la edad, la depresión, el apoyo social y los estilos de comunicación que desarrolle (Medina y Rivas, 2021), considerando que el tipo o magnitud de esta relación puede estar moderada por el nivel educativo de la persona hipertensa. En ese sentido, la presente investigación se plantea el siguiente objetivo: Validar un modelo psicosocial (edad, sexo, niveles de depresión, red de apoyo social y estilo de comunicación) de la calidad de vida en salud de personas con hipertensión arterial, moderado por el nivel educativo.

## **MÉTODO**

### **Muestra**

328 personas entre hombres y mujeres con diagnóstico de mínimo de un año de hipertensión arterial de la Gran Caracas, con edades comprendidas entre 20 y 88 años, con una edad media de 59,8 y una desviación típica de 12,45, de las cuales 140 personas poseían un nivel educativo bajo (de básica incompleta a bachillerato completo) y 180 un nivel educativo alto (universitaria incompleta a postgrado completo). El promedio de tiempo de diagnóstico es de 14,31 años con una desviación típica de 10,80. Se empleó un tipo de muestro no probabilístico de tipo propositivo según Fred Kerlinger y Howard Lee (2002), pues se seleccionaron intencionalmente los sujetos de acuerdo con los siguientes criterios: Mínimo 1 año con diagnóstico, alfabeta, sin diagnóstico psiquiátrico a excepción de depresión, sin comorbilidad con cáncer, ACV y enfermedad renal terminal.

### **Tipo y diseño de investigación**

De acuerdo a Kerlinger y Lee (2002), la presente investigación es de tipo no experimental, debido a que no se posee control directo de las variables independientes, ya que sus manifestaciones han ocurrido o son inherentemente no manipulables.

Es un diseño prospectivo de grupo único o diseño predictivo (Montero y León, 2007), dado que existe un conjunto de factores biopsicosociales que influyen en la calidad de vida en salud, considerando el nivel educativo; en ese sentido, se aplica este diseño a cada grupo de acuerdo al nivel educativo.

## Instrumentos

- *Cuestionario Tridimensional para la depresión CTD*: Este instrumento fue desarrollado por Jiménez en el 2002 para evaluar la depresión desde el modelo teórico de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Se empleó la adaptación venezolana en pacientes con enfermedades crónicas realizada por Irama Cardozo et al. (2016), la cual consta de 32 ítems, 11 en la escala motor, 12 en el cognitivo y 9 en el fisiológico. Los 32 ítems están precedidos por el ítem de carácter criterial “me siento triste”. La escala de respuesta va del 0 al 4, donde 0 representa la respuesta casi nunca y 4 la respuesta casi siempre. Los puntajes van desde 0 hasta 128. Una puntuación alta, indica un mayor nivel de depresión.

Los índices de confiabilidad en todas las escalas, según Cardozo et al. (2016), son superiores a 0,75. El índice de consistencia interna de la prueba total es de 0,85. Respecto a la validez de constructo, los análisis demuestran que el cuestionario presenta una estructura factorial que explica un 31,94 % de la varianza total (Cardozo et al., 2016).

Respecto a los índices de confiabilidad, se halló en la presente muestra los siguientes alpha de Cronbach: Depresión total (0,92), componente motor (0,83), componente cognitivo (0,82) y componente fisiológico (0,83).

- *Escala de Social Network and Support*: Es originalmente una versión condensada del Interview Schedule for Social Interaction de Scott Henderson et al. (1980). Su objetivo es medir la red de apoyo social, en su dimensión de integración social. La escala fue traducida al español por Lya Feldman en 2002, teniendo un alpha de Cronbach de 0,76 y una alta validez predictiva de enfermedades cardiovasculares y depresión. Esta versión traducida por Feldman, la cual se empleó, consta de 5 ítems, cada uno con 6 opciones (ninguna, 1-2, 3-5, 6-10, 11-15 y más de 15). El puntaje menor es de 5 puntos y el mayor es de 30 puntos. A mayor puntaje, mayor red de apoyo social (Feldman, 2002). José Rondón y Zoraide Lugli (2013) establecen que el cuestionario en población venezolana con enfermedades crónicas posee un índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0,79 y una estructura unifactorial que explica el 55,25 % de la varianza total. A mayor puntaje, mayor red de apoyo social. Respecto al índice de confiabilidad, se halló en la presente muestra un alpha de Cronbach de (0,77).
- *Cuestionario de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial (CHAL)*: La escala original del CHAL consta de 55 ítems y dos dimensiones, una llamada estado de ánimo y la otra, manifestaciones somáticas. La escala de respuesta consiste en una escala Likert de cuatro opciones (“no”; “sí, algo”;

“sí, bastante”; “sí, mucho”) que se puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud), donde a mayor puntuación peor calidad de vida, y permiten obtener una puntuación total de la prueba y una puntuación para cada una de las dimensiones. La consistencia interna de la prueba original fue de 0,96 para la prueba total y 0,89 para la dimensión “estado de ánimo” y 0,96 para “manifestaciones somáticas” (Lombardi et al., 2010).

Se empleó la adaptación del CHAL en población venezolana realizada por María Lombardi et al. (2010), en la cual se replica la estructura factorial del CHAL original, con los 55 ítems del cuestionario; cuenta además con índices de consistencia interna de un alpha de Cronbach en la dimensión psicológica (que va del ítem 1 al 27) de 0,92, un alpha de Cronbach en la dimensión física (que va del ítem 28 al 55) de 0,93, y por último un alpha de Cronbach en toda la prueba de 0,957. En cuanto a la validez de constructo, Lombardi et al. (2010) reportan que, por medio de la técnica del análisis factorial con rotación varimax, existen dos dimensiones que explican el 37,119 % de la variabilidad de la puntuación total.

Para el presente estudio se empleó la estructura factorial hallada por Lombardi et al. (2010). Respecto a los índices de confiabilidad, se halló en la presente muestra los siguientes alpha de Cronbach: Calidad de Vida total (0,95), dimensión psicológica (0,92) y dimensión física (0,91).

- *Autoinforme de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales (ADCAS)*: Este cuestionario fue creado en 1992 por Emanuel García y Angela Magaz, con la finalidad de identificar las actitudes y el sistema de valores del sujeto con respecto a las relaciones sociales, además de establecer el perfil de sus actitudes y valores en las interacciones sociales: pasivos, agresivos, asertivos y pasivo-agresivos (García y Magaz, 2011). Específicamente, evalúa las dimensiones de autoasertividad, que es el grado o nivel de respeto y consideración hacia los sentimientos, ideas y comportamientos propios; y de heteroasertividad, que se refiere al grado o nivel de respeto y consideración hacia los sentimientos, ideas y comportamientos ajenos. Según los autores, la dimensión de autoasertividad posee un alpha de Cronbach de,90, mientras que la heteroasertividad, un alfa de,85. Se obtienen los puntajes directos de cada dimensión (los primeros 20 ítems de autoasertividad, los últimos 15 de heteroasertividad); sumando el resultado de los ítems, sabiendo que se multiplican por 3, 2, o 1, dependiendo de la columna donde se encuentre. Específicamente, se utilizó la adaptación en población venezolana con enfermedades crónicas realizada por Rondón et al. (2014), en donde se reporta para la prueba en su totalidad un índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) de,92, así como para la dimensión de heteroasertividad,



de,89 (15 ítems), y para la dimensión de autoasertividad, de,85 (20 ítems). Los dos factores explican un 35,20 % de la varianza. Respecto a los índices de confiabilidad se halló en la presente muestra los siguientes alpha de Cronbach: Asertividad total (0,97), autoasertividad (0,96) y heteroasertividad (0,93).

- *Cuestionario sociodemográfico*: Formato previamente diseñado, donde se le solicitó por escrito a cada uno de los participantes la siguiente información: edad, sexo, peso, tiempo con la condición, estado civil, tipo de religión y nivel de instrucción.
- *Carta de consentimiento informado*: Formato previamente diseñado por medio del cual se le informó a los participantes el propósito de la investigación y los principios éticos garantizados en la misma: riesgo del participante, libertad de coerción y confidencialidad; solicitándole su firma al final del documento.

### **Procedimiento**

Se entrenó al personal de recolección de datos en técnicas de entrevista y aplicación de los instrumentos; además, se les otorgó por escrito los criterios de inclusión de la muestra, para que procedieran a seleccionar los participantes. Una vez seleccionadas las personas con los criterios que se señalan en “muestra”, se procedió a indicarles el propósito de la investigación y a solicitarles su consentimiento de participación por escrito, cumpliéndose así con los parámetros éticos del estudio. Luego de obtener su consentimiento, se prosiguió con la aplicación de los cuestionarios en forma de entrevista de manera individual.

Completado los datos de los participantes, se realizó su codificación y vaciado en el paquete estadístico SPSS 20. Posteriormente, se realizó los análisis estadísticos pertinentes para responder al objetivo de la investigación.

### **Consideraciones éticas**

Se garantizó durante todo el proceso del estudio el anonimato y la confidencialidad de los datos de los participantes; además, su diseño e implementación se fundamentó en lo pautado en el “Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela”.

### **RESULTADOS**

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos de tendencia central (media), de dispersión (desviación típica, coeficiente de variación y rango) y de las características de la distribución (asimetría y curtosis) de las variables del estudio (ver tabla 1). Seguidamente se ejecutará el análisis de regresión múltiple para responder a la pregunta de investigación.



**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos para las variables psicosociales del estudio según el nivel educativo

Nivel educ.	Estadístico	Depre. motor	Depre. cognitivo	Depre. fisiológico	Auto asertividad	Hetero asertividad	CV psicológica	CV física	Red apoyo social
Bajo	Media	11,77	4,84	9,97	29,46	23,66	16,48	17,21	8,95
	Desviación	8,27	5,17	6,59	17,13	11,30	12,10	11,77	4,36
	Asimetría	0,77	1,93	0,91	0,16	-0,09	1,59	0,91	0,82
	Curtosis	0,01	4,91	0,46	-1,34	-0,96	2,65	0,45	0,19
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00
	Máximo	35,00	31,00	32,00	60,00	45,00	62,00	52,00	22,00
Alto	Media	9,54	4,46	7,94	44,39	30,72	13,09	13,32	10,37
	Desviación	6,42	5,48	5,90	14,76	10,19	10,03	10,40	4,41
	Asimetría	0,86	2,27	1,25	-1,27	-0,85	1,42	1,34	0,48
	Curtosis	0,71	6,32	1,94	0,83	-0,03	2,25	2,38	-0,01
	Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	2,00
	Máximo	30,00	33,00	33,00	60,00	45,00	50,00	63,00	23,00

## Estadísticos descriptivos

Las personas con hipertensión con un alto nivel educativo tienen menor depresión en sus componentes motor, cognitivo y fisiológico, mayor autoasertividad y heteroasertividad, mayor red de apoyo social, y mayor calidad de vida, tanto en su componente psicológico y físico, en comparación con las personas con hipertensión con un nivel educativo bajo.

## Análisis de Regresión Múltiple

El análisis de regresión múltiple es un método para analizar los efectos y magnitudes de los efectos de más de una variable independiente sobre una variable dependiente, empleando los principios de correlación y regresión (Kerlinger y Lee, 2002).

Con el objetivo de verificar las relaciones que se plantean entre las variables en estudio, se verificó el cumplimiento de los supuestos de la regresión múltiple, tales como normalidad de las variables, independencia de los errores, ausencia de multicolinealidad y homocedasticidad. Derivado de que se identifica que entre los componentes de la depresión, y las variables autoasertividad y heteroasertividad, existe multicolinealidad, se emplea el puntaje total de “depresión” y la sumatoria de las variables autoasertividad y heteroasertividad, que se denominará “asertividad”.

Se realizó el análisis de regresión con el método “*enter*” para cada dimensión de la calidad de vida (psicológica y física), según el nivel educativo y tomando como nivel de significación un  $\alpha$  de 0,05. Se obtuvieron los coeficientes de correlación múltiple, el coeficiente de determinación y los coeficientes  $b$  y  $\beta$  para cada una de las variables predictoras involucradas en el modelo de regresión.

- ***Dimensión psicológica de calidad de vida:*** En la tabla 2 se observa, para el nivel educativo bajo, una correlación múltiple alta (0,80) con la mejor combinación lineal de las variables sexo, edad, depresión, asertividad y la red de apoyo social. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0,62, es decir, el modelo explica el 62 % de la varianza total de manera significativa ( $F=50,05$ ;  $gl=5/140$ ;  $p=0,000$ ). Por su parte, para el nivel educativo alto se reporta una correlación múltiple alta (0,86) con la mejor combinación lineal de las variables en estudio. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0,73, es decir, el modelo explica el 73 % de la varianza total de manera significativa ( $F=101,80$ ;  $gl=5/174$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabla 2.** Resumen del modelo para la dimensión psicológica de calidad de vida según el nivel educativo

Nivel educ.	$R$	$R^2$	$R^2_{ajust.}$	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
Bajo	,801a	0,64	0,62	7,39	1,68
Alto	,863c	0,74	0,73	5,13	2,19

Al evaluar por medio del coeficiente  $\beta$ , las magnitudes del **efecto directo** de cada una de las variables por separado sobre la dimensión psicológica de la calidad de vida (ver tabla 3), se encontró que la variable que más aporta a la predicción en el nivel educativo bajo es la relacionada con depresión, con una influencia positiva, alta y significativa ( $\beta = 0,77$   $p < 0,05$ ). En el modelo correspondiente al nivel educativo alto, se encontró que la variable que más aporta a la predicción también es la depresión, con una influencia positiva, alta y significativa ( $\beta = 0,85$   $p < 0,05$ ).

**Tabla 3.** Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia en la dimensión psicológica de calidad de vida según el nivel educativo

Nivel Educ.	Modelo	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.
Bajo	(Constante)	10,01	3,84		2,60	0,01
	Edad	-0,06	0,05	-0,06	-1,22	0,22
	Sexo	0,41	1,35	0,02	0,31	0,76
	Asertividad	-0,02	0,02	-0,05	-0,88	0,38
	Depresión	0,52	0,04	0,77	14,06	0,00
	Red apoyo social	-0,28	0,15	-0,10	-1,87	0,06
Alto	(Constante)	2,45	2,63		0,93	0,35
	Edad	-0,02	0,03	-0,03	-0,68	0,50
	Sexo	0,28	0,79	0,01	0,36	0,72
	Asertividad	0,00	0,02	0,01	0,22	0,83
	Depresión	0,55	0,03	0,85	19,25	0,00
	Red apoyo social	-0,05	0,09	-0,02	-0,56	0,57

En resumen, tanto para los hipertensos con nivel educativo alto y con nivel bajo, a mayor depresión, menor calidad de vida en su dimensión psicológica.

Ahora bien, es necesario saber si existen diferencias estadísticamente significativas entre los betas correspondientes a la variable depresión en ambos niveles; para esto se aplicará la siguiente formula:

$$se_1 = Error.Desv \times (beta_1 | B_1) \rightarrow (se_1)^2$$

$$se_2 = Error.Desv \times (beta_2 | B_2) \rightarrow (se_2)^2$$

$$(b_1 - b_2)$$

$$Z = \frac{b_1 - b_2}{\sqrt{se_1^2 + se_2^2}}$$

Al comparar el puntaje obtenido (-1,063) con la Z crítica (1,96), se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los betas de ambos niveles educativos.

- **Dimensión física de calidad de vida:** En la tabla 4 se observa, para el nivel educativo bajo, una correlación múltiple alta (0,78) con la mejor combinación lineal de las variables sexo, edad, depresión, asertividad y la red de apoyo social. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0,60, es decir, el modelo explica el 60 % de la varianza total de manera significativa ( $F=44,40$ ;  $gl=5/140$ ;  $p=0,000$ ). Por su parte, para el nivel educativo alto también se reporta una correlación múltiple alta (0,76) con la mejor combinación lineal de las variables en estudio. El coeficiente de correlación ajustado fue de 0,57, es decir, el modelo explica el 57 % de la varianza total de manera significativa ( $F=48,09$ ;  $gl=5/174$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabla 4.** Resumen del modelo para la dimensión física de calidad de vida según el nivel educativo

Nivel educ.	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>ajust.</sub>	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
Bajo	,783a	0,61	0,60	7,47	1,69
Alto	,762c	0,58	0,57	6,83	2,06

Al evaluar por medio del coeficiente  $\beta$  las magnitudes del **efecto directo** de cada una de las variables sobre la dimensión física de la calidad de vida (ver tabla 5), se encontró que las variables que más aportan a la predicción en el nivel educativo bajo son la asertividad con una influencia negativa, baja y significativa ( $\beta = -0,11$   $p < 0,05$ ); y la depresión con una influencia positiva, alta y significativa ( $\beta = 0,75$   $p < 0,05$ ).

**Tabla 5.** Coeficientes B,  $\beta$  y su significancia en la dimensión física de calidad de vida según el nivel educativo

Nivel educ.	Modelo	B	Desv. error	Beta	t	Sig.
Bajo	(Constante)	2,99	3,88		0,77	0,44
	Edad	0,05	0,05	0,05	1,00	0,32
	Sexo	1,00	1,36	0,04	0,74	0,46
	Asertividad	-0,05	0,02	-0,11	-2,13	0,04
	Depresión	0,49	0,04	0,75	13,14	0,00
	Red apoyo social	-0,02	0,15	-0,01	-0,16	0,87
Alto	(Constante)	-3,59	3,50		-1,03	0,31
	Edad	0,06	0,04	0,06	1,27	0,21
	Sexo	1,28	1,05	0,06	1,22	0,23
	Asertividad	-0,01	0,02	-0,02	-0,27	0,78
	Depresión	0,51	0,04	0,77	13,46	0,00
	Red apoyo social	0,23	0,12	0,10	1,86	0,06

En el modelo correspondiente al nivel educativo alto, se encontró que la variable que más aporta a la predicción también es la depresión, con una influencia positiva, alta y significativa ( $\beta = 0,77$   $p < 0,05$ ).

En conclusión, para el nivel educativo bajo, los hipertensos con mayor depresión, y menor asertividad, tendrán menor calidad de vida en su dimensión física; mientras que para el nivel educativo alto solo a mayor depresión, menor calidad de vida en su dimensión física.

Igualmente, es necesario saber si existen diferencias estadísticamente significativas entre los betas correspondientes a la variable depresión y entre los betas correspondientes a la asertividad en ambos niveles; para esto se aplicará la siguiente fórmula para cada variable:

$$se_1 = Error.Desv X (beta_1 | B_1) \rightarrow (se_1)^2$$

$$se_2 = Error.Desv X (beta_2 | B_2) \rightarrow (se_2)^2$$

$$(b_1 - b_2)$$

$$Z = \sqrt{se_1^2 + se_2^2}$$

Para la variable depresión, al comparar el puntaje obtenido (-0,232) con la Z crítica (1,96), se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los betas de ambos niveles educativos.

Para la variable asertividad, al comparar el puntaje obtenido (-1,513) con la Z crítica (1,96), se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los betas de ambos niveles educativos.

## DISCUSIÓN

La hipertensión es una enfermedad poco sintomática (excepto en fases complicadas); por ende, parece difícil asociarla a un deterioro en la calidad de vida en salud; sin embargo, existe una percepción general de salud más baja en personas con esta condición en comparación con personas sin la misma.

La enfermedad, inicialmente asintomática, puede ocasionar daños severos en los órganos diana de estos pacientes que al final afectan su calidad de vida, agudizándose esta relación en las mujeres, personas con mayor edad, con menor apoyo social, con presencia de depresión y con menor asertividad (Gómez et al., 2011; Nolasco et al., 2015; Rogers et al., 2018; Thuy et al., 2021). Sin embargo, el nivel educativo puede marcar las diferencias, puesto que a través de la escolarización y de la educación se adquieren más conocimientos y más información, lo que favorece la práctica de estilos de vida saludables (Guijo et al., 2016).

Derivado de la importancia de conocer las variables biopsicosociales que determinan la calidad de vida en salud de las personas con hipertensión arterial, el presente estudio pretendió validar un modelo psicosocial sobre la calidad de vida en salud según el nivel educativo.

Para la dimensión psicológica de la calidad de vida en salud, tanto para el nivel educativo alto como para el bajo, la única variable que logra explicar la dimensión es la depresión, en el sentido de que, a mayor depresión, menor calidad de vida en su dimensión psicológica. Lo mismo ocurre para la dimensión física de la calidad de vida en salud para el nivel educativo alto, es decir, mayores niveles de depresión, menor calidad de vida en su dimensión física. Tal como se hipotetizaba, esta relación se encuentra un poco más acentuada en las personas con nivel educativo alto; sin embargo, estas diferencias en sus magnitudes no son estadísticamente significativas, por ende, no se puede confirmar el papel moderador del nivel educativo.

Los resultados anteriores son congruentes con los hallazgos previos en el área que demuestran que las personas con depresión reportan menos calidad de vida en salud (Choi y Lee, 2015; Medina y Rivas, 2021).

La depresión es una enfermedad que puede resultar incapacitante, especialmente en los mayores de 60 años. Los síntomas depresivos afectan a todas las dimensiones de la calidad de vida, incluso cuando se controlan otras variables como el grado de sobrepeso y obesidad, y la presencia de alguna enfermedad del sujeto. Las personas con depresión exhiben mayores niveles de tensión en actividades domésticas, así como irritabilidad social, estrés, limitaciones financieras, peor estado de salud y más días perdidos de trabajo que los sujetos sin la presencia de ella. En particular, en sujetos bajo condiciones médicas crónicas como la hipertensión arterial, la depresión puede generar una gran disminución sobre la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento social, llegando a considerarse mayor que el causado por la enfermedad crónica. Por último, cuanto mayor sea la intensidad de los síntomas depresivos, peor es la evaluación de la salud en pacientes con alguna condición médica crónica (Olaya et al., 2022; Ramírez et al., 2020).

Existe un impacto importante de la depresión en las personas con hipertensión, comportándose como un factor de riesgo de sufrir esta condición y con una relación bidireccional de mayor frecuencia de diagnóstico de hipertensión arterial en sujetos con depresión como evento inicial (Collazos-Perdomo et al., 2020).

Ahora bien, que las restantes variables incluidas en el modelo no hayan resultado significativas para predecir la calidad de vida en salud es contradictorio con lo reportado previamente en el área de estudio (Herrera y Oblitas; 2020; Martos-Méndez, 2016; Nolasco et al., 2015).

La razón por la cual la asertividad no ejerce un efecto sobre la calidad de vida en salud puede deberse a que los instrumentos utilizados para medir estas variables contemplan perspectivas totalmente diferentes de evaluación. En otras palabras, mientras que el instrumento empleado para medir la calidad de vida relacionada

con la salud (CHAL) refiere a una escala de autoreporte asociada a la percepción del propio funcionamiento global (Lombardi et al., 2010), el instrumento empleado para medir la asertividad (ADCAS) refiere a la relación del individuo con otras personas (García y Magaz, 2011). Otra de las razones por las cuales se pudieron encontrar estos resultados es que el instrumento de calidad de vida relacionada con la salud (CHAL) tiene muy pocos ítems relacionados con medir la calidad de las interacciones sociales, el cual es un componente de la calidad de vida en salud (Ramones, 2007), mientras que el ADCAS es un instrumento referido exclusivamente para las interacciones sociales, por lo cual se recomienda para futuros estudios emplear un cuestionario de calidad de vida en salud más integrador.

El apoyo social tampoco ejerció un efecto significativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Al respecto, Fernando Calvo et al. (2001) sostienen que a veces los resultados entre los estudios suelen ser contradictorios, debido a las imprecisas y variadas definiciones de lo que se entiende como apoyo social (apoyo social, red social, contactos sociales, integración social, participación social). La importancia de estudiar al apoyo como red se fundamenta en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial del apoyo; sin embargo, la existencia de una relación social no puede equipararse a obtener apoyo de la misma (Fernández, 2005), por lo que se recomienda en próximos estudios abordar la relación de calidad de vida en salud, pero con apoyo social percibido.

Las variables sociodemográficas incluidas en el modelo, como son la edad y el sexo, tampoco resultaron ser significativas; sin embargo, al analizar las correlaciones, se evidencia que la asociación entre estas variables con la calidad de vida es significativa y tal como se esperaba, en el sentido de que las mujeres (en ambas dimensiones) y las personas de mayor edad (en la dimensión física) reportaron tener menor calidad de vida, por lo que se recomienda en próximos estudios continuar estudiando el impacto de estas variables, sugiriendo estudiar el rol del género en vez del sexo.

Por último, en el modelo de la dimensión física de la calidad de vida relacionada con la salud, específicamente para el nivel educativo bajo, además de la depresión como variable predictora del constructo, se observó que la asertividad también ejerce un rol predictivo importante, es decir, para las personas con un nivel educativo bajo, a mayor asertividad, mayor calidad de vida en salud.

El anterior resultado pudiera reflejar el posible papel moderador del nivel educativo en la relación de la asertividad con la dimensión física de la calidad de vida relacionada con la salud, puesto que solamente es significativamente estadísticamente en el nivel educativo bajo. Sin embargo, este resultado se debe tomar con cautela, puesto que la diferencia existente entre ambos betas (correspondiente



al nivel educativo alto y bajo) no es estadísticamente significativa, por lo que el efecto moderador no quedaría totalmente comprobado; en ese sentido, se recomienda continuar estudiando esta relación.

Al respecto, Psicodata (2023) señala que los venezolanos con menor nivel educativo manifiestan mayor malestar emocional, mayor dificultad en la identificación y expresión de las emociones, menor sentido de control personal, mayor deterioro en sus habilidades cognitivas y menor bienestar subjetivo, es decir, son personas con una alta vulnerabilidad psicosocial. Además, una persona hipertensa con bajo nivel educativo generalmente tiene un estilo de vida poco saludable que hace que la condición se encuentre descontrolada, como por ejemplo mayor consumo de tabaco, menor actividad física, menor consumo de verduras y mayor consumo de alcohol (Laaksonen et al., 2007). En este mismo orden de ideas, se plantea que la calidad de vida depende en gran parte de la salud, de la existencia de buenas relaciones sociales, del ser activo y participativo en la sociedad, de no tener limitaciones físicas o psicológicas, y de altos niveles de escolaridad y de alfabetización en su condición (Guijo et al., 2016; Shahid et al., 2022).

Considerando la tendencia que existe del nivel educativo como posible variable moderadora en la relación asertividad –dimensión física de calidad de vida–, se propone que una estrategia para aumentar la calidad de vida relacionada con la salud en personas hipertensas con nivel educativo bajo es entrenarlo en comunicación asertiva.

El empleo de una comunicación asertiva conlleva el desarrollo de conductas promotoras de salud, además de reducir el estrés, la depresión y la ansiedad. En contraparte, los individuos que tienen un estilo de comunicación agresivo o pasivo se enfrentan a altos niveles de estrés, ya sea por imponer las necesidades propias sobre las de otros (agresivo) o por inhibirse de defenderse y de comunicar sus necesidades o pensamientos (pasivo) (Kronrod et al., 2022), por lo que el único estilo de comunicación que garantiza una buena calidad de vida relacionada con la salud es el estilo asertivo.

A raíz de los resultados encontrados, se concluye que el modelo fue parcialmente validado, puesto que algunas hipótesis fueron comprobadas, y que el nivel educativo es importante en la relación que existe entre la edad, el sexo, los niveles de depresión, la red de apoyo social y el estilo de comunicación sobre la calidad de vida en salud de personas con hipertensión arterial, aunque se requieren más evidencias para confirmar su posible rol moderador de estas relaciones.

Este estudio se considera relevante, puesto que, a nivel conceptual, acentúa la importancia de entender a la calidad de vida relacionada con la salud como un constructo multidimensional, holístico e integrador, donde todos sus componentes

deben estar similarmente representados. A nivel metodológico, posiciona al nivel educativo como un factor importante a considerar en la relación de diferentes variables biopsicosociales con el nivel físico y psicológico de la calidad de vida relacionada con la salud. Por último, a nivel tecnológico destaca la importancia del entrenamiento en asertividad en el aumento de la calidad de vida en salud, especialmente en personas con un nivel educativo bajo.

## REFERENCIAS

- Achury, Diana; Rodríguez, Sandra; Achury, Luisa; Padilla, Martha; Leuro, Jenny; Martínez, María; Soto, Jenny; Almonacid, Yariselle; Sosa, Angela, & Camargo, Liliana. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*, 13(3), 363-372.
- Álvarez-Ochoa, Robert; Torres-Criollo, Larry; Garcés, Juan; Izquierdo, Diana; Bermejo, Deysi; Lliguisupa, Verónica, & Saquicela, Alberto. (2022). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 17(2), 129-137. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6662070>
- Caballero, Silvina; Contini, Norma; Lacunza, Ana; Mejail, Sergio, & Coronel, Paola. (2018). Habilidades sociales, comportamiento agresivo y contexto socioeconómico. Un estudio comparativo con adolescentes de Tucumán (Argentina). *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, (53), 183-203.
- Calvo, Fernando; Díaz, Dolores; Ojeda, Benedicta; Ramal, Josefina, & Alemán, Salvador. (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 203-213.
- Camacho, Lucia; Lucero, Lucia; Agazzi, Beatriz; Fernández, Alvaro, & Ferreira, Augusto. (2013). Adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1: un enfoque desde la perspectiva de los actores. *Enfermería*, 1(3), 169-178. <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/871/872>
- Cardozo, Irama; Guarino, Leticia, & Rondón, José. (2016). Validación del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) en población venezolana con enfermedades crónicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 191-200. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17812>
- Choi, Mi Ni, & Lee, Eun-Hyun. (2015). Relationships of depression symptom, self-esteem, and stress to health-related quality of life in patients with hypertension registered to a community health center. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 29(2), 165-176. <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2015.29.2.165>
- Collazos-Perdomo, Deissy; Ramírez-Ramos, Cristhian Felipe; Torres de Galvis, Yolanda; Correas-Orozco, Laura; Ramírez-Méndez, Diego; Castilla Agudelo, Gustavo Adolfo; Martínez Cano, Carlos Arturo; Gallego, Catalina, & Saldarriaga, Clara. (2020). Asociación entre depresión mayor e hipertensión arterial en una población colombiana. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 37(4), 162-168. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.06.002>
- Feldman, Lya. (2002). *Roles sociales, factores psicosociales y salud en mujeres trabajadoras* [Trabajo de ascenso, Universidad Simón Bolívar].
- Fernández, Roser. (2005). Redes sociales, apoyo y salud. *Periféria Revista de Recerca i Investigació en Antropologia*, (3), 1-16.
- García, Emanuel, & Magaz, Angela. (2011). *ADCA: Autoinforme de actitudes y valores en las interacciones sociales*. Editorial Albor-Cohs. <https://gac.com.es/editorial/INFO/Manuales/adcaMANU.pdf>

- Giacoman, Claudia; Funes, Daniela; Guzmán, Llorenia, & Montiel, Teresita. (2011). Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 2(2), 1-11.
- Gómez, María; García, Cleotilde; Gómez, Vicenta, & Mondragón, Patricia. (2011). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(1), 7-12.
- Guijo, Valeriana; Martins, Rosa, & Martínez, Noelia. (2016). Percepción de calidad de vida de las personas mayores en función de su nivel educativo. En Juan Castejón (Ed.), *Psicología y educación: Presente y futuro* (pp. 1194-1200). Asociación Científica de Psicología y Educación.
- Hanson, Mark, & Gluckman, Peter. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(1), S3-S5. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(11\)60003-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(11)60003-9)
- Henderson, Scott; Duncan-Jones, Paul; Byrne, Don, & Scott, Ruth. (1980). Measuring social relationships: The interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine* 10, 723-734.
- Herrera, José, & Oblitas, Aníbal. (2020). Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(1), 31-41. <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.354>
- Jaén, Fernando; Mediavilla, Juan; Navarrete, Nuria; Ramos, José; Fernández, Celia, & Jiménez, Juan. (2014). Ansiedad, depresión y su implicación en la hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 31(1), 7-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2013.08.001>
- Kerlinger, Fred, & Lee, Howard. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGrawHill.
- Kronrod, Ann; Grinstein, Amir, & Shuval, Kerem. (2022). Think positive! Emotional response to assertiveness in positive and negative language promoting preventive health behaviors. *Psychology & Health*, 37(11), 1309-1326. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1942876>
- Laaksonen, Mikko; Talala, Kirsi; Martelin, Tuija; Rahkonen, Ossi; Roos, Eva; Helakorpi, Satu; Laatikainen, Tiina, & Prattala, Ritva. (2007). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: A follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *European Journal of Public Health*, 18(1), 38-43. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm051>
- Ledón, Loraine; Agramonte, Adriana; Mendoza, Madelín; Fabré, Bárbara; Hernández, José, & Chirino, Jesus. (2007). Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endócrinas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532007000200001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000200001&lng=es&tlng=es)
- Lombardi, María; Espinoza, Víctor; Salazar, Nilda; Aguilera, Gloria; Ascanio, Yusmary; Berbesi, Martha; Chuki, Elías; Constantini, Alejandro; Quijada, Maribel; Villalobos, Zuleyma, & Fragachan, Francisco. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (CHAL). Validación preliminar en Venezuela. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 1(13). [http://www.revhipertension.com/revistas\\_pdf/suplemento\\_2010.pdf](http://www.revhipertension.com/revistas_pdf/suplemento_2010.pdf)
- Martos-Méndez, María. (2016). Análisis de la satisfacción vital, salud y apoyo social en pacientes con hipertensión arterial. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 24-59. <https://doi.org/10.21134/pssa.v4i1.707>

- Medina, Génesis, & Rivas, Alejandra. (2021). *Influencia del sexo, la depresión, el estilo de comunicación y la red de apoyo social sobre la calidad de vida en salud de pacientes con hipertensión arterial* [Trabajo de grado inédito]. Universidad Católica Andrés Bello.
- Montero, Ignacio, & León, Orfelio. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. [http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07\\_es.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf)
- Nina, Ruth. (1991). *Comunicación marital y estilos de comunicación: Construcción y validación* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Autónoma Nacional de México.
- Nolasco, Cristina; Navas, Lucía; Carmona, Cristina; López, M.<sup>a</sup> Dolores; Santamaría, Rafael, & Crespo, Rodolfo. (2015). Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enfermería Nefrológica*, 18(4), 282-289. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842015000400006>
- Norton, Robert. (1983). *Communicator style: Theory. Applications and measures*. Sage Publishers. <https://doi.org/10.1017/S0047404500011180>
- OECD (2018). "How is depression related to education?". *Education Indicators in Focus*, N°. 60. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/782fc82d-en>.
- Olaya, Leidy; Córdova, Verónica; Velilla, Lina, & Hernández, Jonathan. (2022). Síntomas de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: Una revisión. *Psicología desde el Caribe*, 39(3), 158-194. <https://dx.doi.org/10.14482/psdc.39.3.616.125>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Venezuela. Hipertensión profile*. <https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/hypertension-profiles-2023.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos de NMH.
- Ose, Dominic; Rochon, Justine; Campbell, Stephen; Wensing, Michel; Freund, Tobias; Lieshout, Jan van; Langst, Gerda; Szecsenyi, Joachim, & Ludt, Sabine. (2013). Health-related quality of life and risk factor control: The importance of educational level in prevention of cardiovascular diseases. *European Journal of Public Health*, 24(4), 679-684. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt139>
- Psicodata. (2023). *Psicodata Venezuela. Un retrato psicosocial*. Escuela de Psicología, UCAB.
- Ramírez, Karina; Valdez-Torres, José; Paredes-Osuna, Sergio; Valdez-Lafarga, Cuitláhuac, & Hernández-Murúa, José. (2020). Calidad de vida de pacientes con depresión leve o moderada en México. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.29035/rcaf.21.1.7>
- Ramones, Igor. (2007). Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 2(5), 147-150.
- Rogers, Heather; Lemos, Maríantonía; Cuartas, Verónica, & Arango, Juan. (2018). Depressive symptoms and associated risk factors in coronary artery disease patients. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 53-61. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1047>
- Rondón, José. (2018). Depression: A review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5(1), 6-7. <https://doi.org/10.15406/mojamt.2018.05.00082>
- Rondón, José, & Angelucci, Luisa. (2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(2), 215-242. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.08>
- Rondón, José; Cardozo, Irama, & Lacasella, Rosa. (2014). *Depresión, estilo de comunicación pasivo-asertivo-agresivo y adhesión al tratamiento en paciente con diabetes mellitus tipo 2* [Manuscrito no publicado]. Instituto de Psicología, Caracas.

- Rondón, José, & Lugli, Zoraide. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 193-207.
- Shahid, Rabia; Shoker, Muhammad; Manh, Luan; Frehlick, Ryan; Ward, Heather, & Pahwa, Punam. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Thuy, Luu Quang; Thanh, Nguyen Hoang; Trung, Le Hong; Tan, Pham Huy; Nam, Hoang; Diep, Pham; An, Tran; Van San, Bui; Ngoc, Tran, & Van Toan, Ngo. (2021). Blood pressure control and associations with social support among hypertensive outpatients in a developing country. *BioMed Research International*, 2021, 7420985. <https://doi.org/10.1155/2021/7420985>



#### JOSÉ EDUARDO RONDÓN BERNARD

Doctor y Licenciado en Psicología por la Universidad Central de Venezuela (UCV). Magister en Psicología por la Universidad Simón Bolívar (USB). Coordinador de investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Director del Instituto de Psicología UCV.

[bernard85@gmail.com](mailto:bernard85@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-2774-2069>

#### JEIMMY VILLARREAL RIVAS

Licenciada en Psicología mención clínica, por la Universidad Central de Venezuela (UCV). Investigadora docente del Instituto de Psicología-UCV.

<https://orcid.org/0009-0008-4798-519X>

[psico.jeimmyvillarreal@gmail.com](mailto:psico.jeimmyvillarreal@gmail.com)

#### FORMATO DE CITACIÓN

Rondón Bernard; José Eduardo, & Villarreal Rivas, Jeimmy. (2025). Modelo psicosocial de calidad de vida en salud de los hipertensos arteriales según el nivel educativo. *Quaderns de Psicologia*, 27(3), e2269. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.2269>

#### HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 14-01-2025

1ª revisión: 18-02-2025

Aceptado: 21-02-2025

Publicado: 30-12-2025