

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS:

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL ESSALUD - DISTRITO DE CHOTA, 2017.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ

Asesora:

M. Cs. LUZ AMPARO NÚÑEZ ZAMBRANO

Cajamarca – Perú

2019

COPYRIGHT@ 2019 BY
JOSE UBERLI HERRERA ORTIZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL ESSALUD - DISTRITO DE CHOTA, 2017.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ

JURADO EVALUADOR

M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano
Asesora

Dra. Rosa Esther Carranza Paz
Jurado Evaluador

Dra. Elena María Bardales Urteaga
Jurado Evaluador

M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2019



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

Escuela de Posgrado

CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las *10:00am* horas del día 11 de octubre de Dos Mil Diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ**, **Dra. MARÍA ELENA BARDALES URTEAGA**, **M.Cs. YENY OLGA IGLESIAS FLORES**, y en calidad de Asesora la **M.Cs. LUZ AMPARO NÚÑEZ ZAMBRANO**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESSALUD-DISTRITO DE CHOTA, 2017**, presentada por el **Bach. En Enfermería JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *APROBADA*.....con la calificación de *(6) Dieciséis BUENO*.....la mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bach. En Enfermería JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *12.m.* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano
Asesora

.....
Dra. Rosa Esther Carranza Paz
Jurado Evaluador

.....
Dra. María Elena Bardales Urteaga
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Yeny Olga Iglesias Flores
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A:

*Mis padres Luis Amado Herrera Guevara
y Luz Aurora Ortiz Rojas, por su sacrificio
y paciencia, cuyo anhelo es verme
progresar*

A:

*Mis abuelos Luis Salvador y Victoria Rojas,
que desde el cielo siempre estarán conmigo,
por haber sido el pilar fundamental en todo
lo que soy, tanto académica, como de la vida*

José Uberli

AGRADECIMIENTO

Infinitas gracias A DIOS, por darme el privilegio de la vida y por permitirme llevar a cabo esta investigación.

A mi Asesora MCs. Luz Amparo Núñez Zambrano, por sus valiosos aportes científicos, que como orientadora, hizo del desarrollo de la Tesis una agradable fase de aprendizaje, motivación, dedicación e incentivo para su culminación.

A los docentes de las Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca que en cada cátedra reforzaba y mejoraba nuestros conocimientos.

Al Director del Centro Médico EsSalud: Dionicio Bernal Cabrera y al Lic. Wilmer Delgado Vega, por permitir la recolección de la información.

Y tu corazón guarde mis mandamientos; porque largura de días y años de vida y paz te aumentaran.

Proverbios 3:1-2

ÍNDICE GENERAL

Pág.

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
EPÍGRAFE	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
GLOSARIO	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del problema	1
1.2.Formulación del problema de investigación	4
1.3.Justificación e importancia	4
1.4.Limitaciones	5
1.5.Objetivos	5

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Bases teóricas	8
2.3. Marco conceptual	9
2.4. Definición de términos básicos	18

CAPÍTULO III PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Variables/categorías	19
3.2. Operacionalización de los componentes de la hipótesis	20

CAPÍTULO IV MARCO METODOLOGICO

4.1. Ubicación geográfica	22
4.2. Diseño de la investigación	22

4.3. Población, muestra y unidad de análisis	23
4.4. Técnica e instrumentos de recopilación de información	25
4.5. Confiabilidad y validez del instrumento	26
4.6. Técnica para el procesamiento y análisis de la información	26
4.7. Aspectos éticos de la investigación	26
4.8. Matriz de consistencia metodológica	28
CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSION	
5.1. Presentación de resultados	29
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	30
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	57

LISTA DE TABLAS

	Pag.
1 Tabla 1: Características Sociodemográficas del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	30
2 Tabla 2: Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud - Distrito de Chota, 2017.	37
3 Tabla 3: Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso según la dimensión Estado de Ánimo. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	39
4 Tabla 4: Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso según la dimensión Manifestaciones Somáticas. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	42
5 Tabla 5: Edad y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	44
6 Tabla 6: Sexo y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	46
7 Tabla 7: Estado civil y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	48
8 Tabla 8: Grado de instrucción y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	50
9 Tabla 9: Ocupación y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	51
10 Tabla 10: Procedencia y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	52
11 Tabla 11: Religión y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.	54

LISTA DE ABREVIATURAS

AM:	Adulto Mayor.
DISA:	Dirección Sub Regional de Salud.
ESSALUD:	Seguro Social de Salud.
EA:	Estado de Ánimo.
HTA:	Hipertensión arterial.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
MINSA:	Ministerio de Salud.
MINICHAL:	Cuestionario calidad de vida.
MS:	Manifestaciones Somáticas.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.

GLOSARIO

Calidad de Vida:	Según la OMS, es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones
Adulto Mayor	Según la ONU, se considera anciano a la población de 60 años y más; Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les dio el nombre de “adultos mayores”
Hipertensión Arterial:	Es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). En la población adulta (≥ 18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg y para la diastólica ≥ 90 mmHg
Estado de Ánimo:	Es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo desde el punto de vista de la persona adulta mayor con hipertensión arterial
Manifestaciones Somáticas:	Son un conjunto de síntomas propios de la hipertensión arterial en adultos mayores

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. Estudio descriptivo, corte transversal, con una muestra de 120 adultos mayores pertenecientes a la cartera del Adulto Mayor del Centro Médico EsSalud Chota. La recolección de datos se hizo con el cuestionario Calidad de Vida en pacientes con Hipertensión Arterial (MINICHAL) de Badia X. y colaboradores. Resultados: Las características sociodemográficas del adulto mayor hipertenso fueron: Las edades van desde los 60 a 99 años y el mayor número está entre 60 y 74. En cuanto al sexo 56.7% son mujeres, mientras 43.3% son hombres; la mayoría proceden de zona urbana 75.8% y rural 24.2%. El estado civil más frecuente casado 67.5%, y menos frecuente divorciado 2.5%; según nivel de instrucción, 40.8% instrucción superior y 18.3% primaria. El 36.7% de adultos inactivo y 31.7% ama de casa. La religión que más profesan es católica 94.2%. En cuanto a calidad de vida 77.5% presentan mejor calidad de vida y 22.5% peor calidad de vida. Se encontró 88.3% mejor nivel de salud en la dimensión estado de ánimo y 84.2% mejor nivel de salud en la dimensión manifestaciones somáticas. Al analizar calidad de vida del adulto mayor hipertenso según sus características sociodemográficas, se encontró que tienen mejor calidad de vida: 52.5% de adultos mayores de 60 a 74 años, 40.8% mujeres, 52.5% casados, 35% con grado de instrucción superior, 35.8% inactivo, 61.7% proceden de zona urbana, y 71.7% profesan religión católica. Conclusión: Los Adultos Mayores Hipertensos a nivel global y en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas presentan mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Calidad de Vida, Adulto Mayor, Hipertensión.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the Quality of Life of the elderly person with Arterial Hypertension. Descriptive study, cross-sectional, with a sample of 120 elderly persons belonging to the elderly person portfolio of the EsSalud Medical Center Chota. The data collection was done with the Quality of Life questionnaire in patients with Arterial Hypertension (MINICHAL) of Badia X. and collaborators. Results: The sociodemographic characteristics of the hypertensive elderly person were: The ages range from 60 to 99 years old and the largest number is between 60 and 74. As for sex 56.7% are women, while 43.3% are men; the majority come from urban area 75.8% and rural area 24.2%. The most frequent marital status was married 67.5%, and less frequent was divorced 2.5%; according to level of instruction, 40.8% have higher education and 18.3% have primary. 36.7% of elderly person, inactive and 31.7% are homemaker. The religion they profess is Catholic 94.2%. Regarding quality of life, 77.5% have a better quality of life and 22.5% have a worse quality of life. It was found 88.3% better level of health in the mood dimension and 84.2% better level of health in the somatic manifestations dimension. When analysing the quality of life of the hypertensive elderly person according to their sociodemographic characteristics, it was found that they have a better quality of life: 52.5% of elderly person over 60 to 74 years old, 40.8% are women, 52.5% are married, 35% have higher education level, 35.8% inactive, 61.7% come from urban areas, and 71.7% profess the Catholic religion. In conclusion, the hypertensive elderly people globally and in the dimensions of mood and somatic manifestations have a better quality of life.

KEY WORDS: Quality of Life, elderly person, Hypertension.

INTRODUCCION

La hipertensión arterial constituye un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; por tanto, no solo debe tratarse la enfermedad en sí, sino que el cuidado debe enfocarse en promover la salud y la calidad de vida de los adultos mayores que viven con hipertensión.

Actualmente la hipertensión arterial es considerada una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial; como resultado de esta situación los adultos mayores deben asumir con mayor responsabilidad su proceso de enfermedad, que no solo altera su estado de salud, sino también su calidad de vida.

La calidad de vida es importante porque indica la forma de vida de las personas y como estas superan este problema de salud. Existen cifras que nos muestran esta realidad tal es así que en Estados Unidos el 65 % de los adultos mayores manifiestan que en el último año de sus vidas han estado normal o mejor de lo normal [1], en Cuba el 82.5% de las personas de 60 años y más perciben una baja calidad de vida por la satisfacción por la vida [2].

La presente investigación se realizó con adultos mayores hipertensos del Centro Médico EsSalud Chota, considerando que la Calidad de Vida es un indicador importante para evaluar el manejo e intervenciones de salud en esta enfermedad, así como su repercusión no solo en el área física, sino emocional, social y en la percepción de su bienestar.

El objetivo fue determinar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial, ya que existe un gran número de adultos mayores con esta enfermedad y proporcionar una valoración más comprensiva e integral de su estado de salud; teniendo en cuenta que es un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas las cuales al no ser controlados traen consecuencias graves en su salud y en muchos de los casos discapacidad y muerte.

Los resultados obtenidos en esta investigación constituyen un referente para otros estudios respecto al tema, asimismo se espera puedan orientar a las instituciones de salud y a quienes trabajan con adulto mayor a realizar actividades de promoción y prevención

que ayuden a disminuir y/o controlar la prevalencia de la enfermedad, así como a promover estilos de vida saludables en beneficio de esta población con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

La tesis está estructurada en base a seis capítulos como sigue:

- El capítulo I, considera el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, limitaciones y los objetivos.
- El capítulo II, los antecedentes de diferentes investigaciones que tienen relación con nuestro estudio, aquí se detallan los estudios más relevantes de nivel Mundial, Latinoamérica, Nacional y Regional, luego se plasma el marco teórico, donde se desarrolla todo el contenido en lo que respecta a Adulto Mayor, Características Sociodemográficas, Hipertensión Arterial, Calidad de Vida y dimensiones de la Calidad de Vida.
- El capítulo III, se aborda variables: Calidad de Vida, la cual incluye dos dimensiones: estado de ánimo y manifestaciones somáticas, así mismo incluye las Características Sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y religión.
- El capítulo IV, incluye ubicación geográfica, diseño de investigación, población, muestra y unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de información, confiabilidad y validez del instrumento, técnicas para el procesamiento y análisis de los datos, aspectos éticos de la investigación y matriz de consistencia metodológica.
- El capítulo V, abarca los resultados de toda la investigación dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados; además se realiza la presentación de tablas y el análisis, interpretación y discusión de resultados.
- El capítulo VI, conclusiones, recomendaciones, sugerencias, bibliografía y anexos que se obtuvieron en la ejecución del trabajo.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El envejecimiento de las personas es un proceso natural, irreversible, continuo, intrínseco; que implica declinación de todas las dimensiones del ser humano, acompañado de una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo; así como, aumenta la vulnerabilidad de la persona al estrés ambiental y a la enfermedad [3].

La Organización Mundial de la Salud, considera que en el 2020, habrá en las Américas, 200 millones de personas de más de 60 años, y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en el 2050; por lo que es inevitable la aceleración de más políticas, para dar servicios y atención a los adultos mayores [4], éste proceso de envejecimiento se ve afectado mayormente por la presencia de enfermedades crónicas entre ellas la hipertensión arterial, la cual está asociada a factores de riesgo como el consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, inactividad física, obesidad, perfil lipídico alterado y dieta inadecuada. Sin embargo, la modificación de hábitos no saludables y el control de los factores de riesgo pueden, en la mayoría de los casos, evitar las manifestaciones clínicas e impedir complicaciones que, sin control, pueden causar discapacidades que tienden a disminuir la calidad de vida de las personas mayores [5].

Los grandes cambios demográficos ocurridos en las últimas décadas en el Perú, están experimentando modificaciones significativas en la estructura por edad y sexo, sobre todo de la población adulta mayor, constituyendo el 10,4% hacia el año 2018; el 42,0% de los hogares del país tienen entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. Respecto a los hogares con algún miembro adulto/a mayor según área de residencia, el área rural con un/a adulto/a mayor registran el 42,5%, en tanto en el área urbano el 41,1% de los hogares tienen una persona de este grupo etario, el 40,6% solo alcanzó estudiar primaria, mientras que el 14,3% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial.

En cuanto a la condición de alfabetismo, el 16,8% de la población de 60 y más años de edad no sabe leer ni escribir siendo más elevada en las mujeres que hombres, referente a ramas de actividad de cada 100 adultos/as mayores ocupados/as del área urbana del país, 26 trabajan en la rama de comercio, 16 en agricultura/pesca/minería, 10 en transporte y comunicaciones, 8 en manufactura y alojamiento y servicios de comida, 6 en enseñanza y 5 en construcción [6]; estas características sociodemográficas pueden repercutir en la calidad de vida del adulto mayor hipertenso.

En Colombia, se encontró que la calidad de vida de los adultos medios se vio influenciada por múltiples factores como el nivel socioeconómico, la religión el nivel educativo, la edad y el género, evidenciándose que ha mayor edad menor calidad de vida, teniendo en cuenta los cambios que se deben realizar con el padecimiento de la hipertensión arterial [7].

En México (2014) un estudio sobre calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial se encontró que el 66% tuvo una muy buena calidad de vida, 26% buena, 7% regular calidad de vida y 1% mala calidad de vida [8]. Asimismo, en Ecuador se encontró que el 59,17% presentan buena calidad de vida, el 38,33% buena y el 2,5% regular calidad de vida [9].

Existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida; especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si se considera que las personas que han sido diagnosticadas como hipertensas deben realizar modificaciones en su ritmo de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento tales como consumo de tabaco, alcohol, ejercicio físico y en los cambios sexuales producidos por los efectos farmacológicos, esto conlleva a que también se generen cambios emocionales y por tanto un cambio de la percepción que la persona tiene de su calidad de vida [10].

En Lima Perú (2016), un estudio sobre calidad de vida del adulto mayor hipertenso; encontró que los adultos mayores hipertensos en un 65,5 % tienen regular calidad de vida y solo el 34,5 % buena calidad de vida [11].

El aumento de la población adulta mayor se está incrementando progresivamente en el país, por lo que el MINSA ha elaborado políticas públicas en favor de esta población; así en el año 2005 se establecen los lineamientos para la Atención Integral de Salud del AM (adulto mayor), los cuales buscan de manera prioritaria satisfacer las necesidades de salud del adulto mayor y favorecer un envejecimiento activo y saludable en favor de una mejor calidad de vida [12].

En el año 2011 se aprueba el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017, el cual establece lineamientos de política nacional, enfocados a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, desarrollando intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil [13]; sin embargo su implementación fue lenta debido a que el presupuesto asignado por el estado no cubrió la demanda para darle la calidad de vida que requieren; por lo tanto es necesario implantar en los servicios de salud la organización de la atención de salud a través de programas o estrategias desde el primer nivel de atención, encaminados a la prevención y control de enfermedades crónicas (hipertensión) y adoptar medidas oportunas para atenuar secuelas y/o complicaciones del adulto mayor hipertenso.

A nivel de Cajamarca la hipertensión arterial representa el 10,0%; constituyendo la segunda causa del total de los casos presentados en adultos mayores [14]. En Chota la hipertensión arterial constituye la primera causa de mortalidad del adulto mayor, registrándose a nivel de DISA 105 muertes en el año 2015; considerando que estos datos pertenecen a aquellas personas que asistieron a un establecimiento de salud y que son las que están registradas; sin embargo se conoce que mucho de ellos migran a otros lugares para ser atendidos o no asisten a un establecimiento, lo que no estaría revelando cifras anteriormente referidas [15]. Por lo tanto, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo más relevancia debida a las consecuencias socioeconómicas y cambios en su calidad de vida; situación que genera riesgos en su salud, como la hipertensión arterial traducida en las diez principales causas de morbilidad del adulto mayor.

En Chota, no se han realizado estudios respecto a Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial, por tanto se desconoce la realidad en este tema, lo que ha generado interés en conocer en situ esta realidad y poder plantearnos estrategias que ayuden a la formación de estilos de vida saludable y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

En este marco me planteado realizar la investigación titulada: Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial; trabajo que se realizó con los adultos mayores que acuden a EsSalud Chota, con la finalidad de conocer su calidad de vida y promover en un futuro actividades preventivo promocionales en beneficio de esta población.

1.2 Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial .EsSalud - Distrito de Chota, 2017?

1.3 Justificación e importancia

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad como el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros [16]; los cuales disminuyen la actividad de las personas predisponiéndolas a sufrir problemas de salud propios de este grupo etario.

El presente estudio es importante porque constituye un aporte a la investigación, ya que da a conocer la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial para que a partir de estos resultados se realicen acciones de prevención y control de los factores de riesgo, con la finalidad de disminuir secuelas de la enfermedad y promocionar estilos de vida saludables. Así mismo ayudará a los propios adultos mayores que participaron en este estudio ya que conociendo los resultados, adecuaran sus estilos de vida en mejora de su salud; también ayuda al Centro Médico EsSalud Chota porque conociendo la realidad en esta población planificaran un trabajo más adecuado a los requerimientos de su población objetivo.

La relevancia científica del presente estudio radica en que al conocer la calidad de vida del adulto mayor hipertenso tenemos conocimiento acerca del estado físico, psíquico y social de los pacientes del sector EsSalud, para que a partir de allí se programaran acciones en beneficio de este grupo, no solo en esta institución, sino también a nivel de otras instituciones que trabajen con adultos mayores. En tal sentido los resultados de esta investigación, son un referente a nivel local y regional para posteriores investigaciones puesto que no hay estudios sobre este tema en nuestro medio, de allí su relevancia y contribución en favor de la población adulta mayor de la provincia.

1.4 Limitaciones

- Lamentablemente este es un grupo disperso, donde la institución no realiza actividades grupales, por lo que se ha tenido dificultades en la recolección de datos.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

- Determinar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud - Distrito de Chota, 2017.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar las Características Sociodemográficas del grupo de estudio.
- Determinar y analizar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial.
- Determinar y analizar la Calidad de Vida en sus dimensiones Estado de Ánimo y Manifestaciones Somáticas.
- Analizar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión según Características Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y religión.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación o marco referencial

En Colombia, (2010) se realizó el estudio sobre “calidad de vida del adulto medio diagnosticado con hipertensión arterial en la Ciudad de Cartagena.”, estudio de tipo descriptivo, con una muestra de 391 adultos medios diagnosticados con hipertensión arterial, para la selección de la muestra se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados. El objetivo fue determinar la calidad de vida del adulto medio diagnosticado con hipertensión arterial. Los resultados muestran que el promedio de edad fue de 53 años, y el 60.6% era de sexo femenino. Lo que sugiere que las mujeres podrían ser más propensas a padecer la hipertensión arterial, pero pese a esto presentan mejor calidad de vida que los hombres [7].

En México, (2011) se realizó la investigación sobre “calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica”, estudio descriptivo de tipo transversal prospectivo, con una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (HAS). El objetivo fue evaluar la calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario específico de calidad de vida en personas con hipertensión arterial (CHAL), encontrando los siguientes resultados: el 80% de los pacientes hipertensos presentan muy buena calidad de vida, 16.7% buena y el 3.3% regular [17].

En México, (2011) se realizó el estudio titulado “calidad de vida en pacientes con hipertensión Arterial”, estudio descriptivo de tipo transversal, con una muestra de 60 pacientes con hipertensión arterial. El propósito del estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial adscritos a un centro de Salud Rural; en el cual se utilizó el test MINICHAL, los resultados muestran que el 78.3% presentó un mejor nivel de salud y el 21.7% peor nivel de salud; y en cuanto a sus dimensiones se obtuvo mejor nivel de salud (EA con 81.7% y MS con 76.7%) [18].

En Arequipa, (2014) se realizó el estudio sobre “influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al centro de salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013, estudio de tipo relacional de corte transversal, con una muestra de 100 pacientes con hipertensión arterial. Resultados: el 64% tienen

regular calidad de vida, 27% buena calidad de vida y el 9% mala calidad de vida; de lo que se deduce que el 73% de adultos mayores hipertensos presentan afectación en la calidad de vida, al ser ésta regular o mala [19].

En Ecuador, (2014) en el estudio sobre “determinación de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial mediante la aplicación del instrumento (CHAL) en el subcentro de salud de San Juan durante el periodo mayo – junio de 2014”, los resultados muestran que las mujeres son más vulnerables a mantener mala calidad de vida a diferencia de los hombres, por otro lado el tener pareja, escolaridad y más aún el tener una profesión son factores protectores para evitar tener mala calidad de vida; además el mayor porcentaje presenta mala calidad de vida en manifestaciones somáticas y buena calidad de vida en estado de ánimo indicándonos que la sintomatología del paciente es en lo que más se ve afectado [20].

En Trujillo, (2012) se realizó la investigación sobre “grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012.” Cuyo objetivo fue determinar el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida en Adultos Mayores Hipertensos, que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche, estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo conformado por 65 adultos mayores, correspondiendo según género, 40 (62%) mujeres y 25 (38%) hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial. Los resultados muestran que, el 36,92% presentan buena calidad de vida, 44,62% regular y el 18,46% deficiente calidad de vida [21].

En Arequipa, (2015) se realizó la investigación sobre “capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial CAP III Melitón Salas Tejada – Essalud Arequipa- 2015”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores; estudio descriptivo- correlacional de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario MINICHAL; la muestra comprendió 153 adultos mayores con hipertensión. Los resultados muestran que 68.6% presentan mejor calidad de vida y el 31.4% peor calidad de vida; en cuanto a sus dimensiones: el 71.2% presentan un mejor nivel de salud en la dimensión estado de ánimo y el 77.8% mejor nivel de salud en la dimensión de manifestaciones somáticas [22].

En Lima, (2018) se realizó la investigación sobre “calidad de vida en el adulto mayor hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital Marino Molina Scippa – Essalud – Comas -2018”, investigación de tipo cuantitativa, descriptiva de corte transversal, la muestra estuvo conformado por 75 personas de la tercera edad. Resultados: se describió la calidad de vida según sus dimensiones: en la función física 35% nivel excelente; en la dimensión rol físico, 43% nivel excelente y 33% nivel malo; en la dimensión dolor corporal, el 60% buen nivel, en la función social 70% nivel muy bueno y excelente; en la salud mental 74% nivel bueno y muy bueno, en la dimensión rol emocional 48% nivel excelente [23].

En Cajamarca, (2016) se realizó el estudio sobre “Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna, Cajamarca, 2016”. Cuyo objetivo fue determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor la Tulpuna, estudio descriptivo, exploratorio; tuvo como objetivo determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos, en los que se evaluó su calidad de vida, utilizando el instrumento WHOQOL- BREF. Los resultados muestran que el 68% tiene regular calidad de vida, el 18% mala calidad de vida y el 14% tienen buena calidad de vida [24].

2.2 Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio

2.2.1 Modelo calidad de vida

Schwartzmann y Cols proponen un modelo de evaluación de las dimensiones psicosociales (estado de ánimo y manifestaciones somáticas) determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos que se traducen en manifestaciones somáticas (tipo de enfermedad y evolución) y psicosociales en estado de ánimo (personalidad, grado de cambio en sistema de valores, creencias, expectativas, soporte social recibido y percibido); de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico,

psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente; éste modelo biopsicosocial, no sólo incorpora el concepto biológico, sino que adiciona las dimensiones psicológicas y sociales que experimenta el paciente frente a la enfermedad. Asimismo, establece que el proceso de adaptación a las nuevas situaciones (hipertensión) puede ser probado desde el punto de vista clínico a través del estudio de los mecanismos de afrontamiento y patrones con los cuales la persona se compara.

Por lo tanto la calidad de vida resultante dependería de los mecanismos de afrontamiento y adecuación a las expectativas. Desde la perspectiva de este modelo, para el caso de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, el diagnóstico y posterior tratamiento de la hipertensión arterial provoca un fuerte impacto emocional, donde aparecen problemas psicológicos cambiantes, que se suceden en las diversas fases de su enfermedad, fenómeno que dependerá de las estrategias de afrontamiento que utilice para enfrentarse a la enfermedad y que, en suma, determinaran su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida [25].

2.3 Marco conceptual

A. Adulto mayor

a) Definición

En la “Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Viena en 1982, acordó considerar como anciano a la población de 60 años y más. Posteriormente se les dio el nombre de “adultos mayores” [26].

b) Clasificación del adulto mayor

Las cuatro categorías de clasificación de las personas adultas mayores son los siguientes:

- 1. Persona adulta mayor activa saludable:** Es aquella con antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, subagudas o crónicas y con examen físico normal.

2. Persona adulta mayor enferma: Es aquella que presenta alguna afección aguda, subaguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple con los criterios de persona adulta mayor frágil o paciente geriátrico complejo.

3. Persona adulta mayor frágil: Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Dependencia parcial, según valoración funcional del índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según valoración cognitiva Test Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según valoración del estado afectivo escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la escala de valoración Socio – Familiar.
- Caídas: una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedades crónicas que condicionan incapacidad funcional parcial.
- Polifarmacia: toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de masa corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28.

4. Paciente geriátrico complejo: Es aquella que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total).
- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según escala de valoración Socio – Familiar.
- Paciente terminal por: neoplasia avanzada, insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de meses [27].

c) Características sociodemográficas

Según INEI (2018), el 42,0% de los hogares del Perú tienen entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad, los hogares del área rural con algún miembro adulto/a mayor registran el 42,5%; en Lima Metropolitana la proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, alcanza el 42,9%, en tanto en el resto urbano, el 41,1% de los hogares, tienen una persona de este grupo etario [6]. Con respecto al estado conyugal del adulto mayor el 62,2% es casada/casado/conviviente, el 23,9% viuda/viudo y el 13,9% solteras/solteros, divorciadas/divorciados o separadas/separados [28].

En cuanto al nivel educativo, el 14,3% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 40,6% alcanzó estudiar primaria; el 25,1% secundaria y el 20,1%, nivel superior (13,4% superior universitaria y 6,7% superior no universitaria); del cual el 22,3% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en la misma situación representan el 5,6%. Con respecto a ramas de actividad, de cada 100 adultos/as mayores ocupados/as del área urbana del país, 26 trabajan en la rama de comercio, 16 en agricultura/pesca/minería, 10 en transporte y comunicaciones, 8 en manufactura y alojamiento y servicios de comida, 6 en enseñanza y 5 en construcción; en cuanto a condición de actividad los/as adultos/as mayores que están incluidos en la población económicamente activa (PEA) representan el 57,5%, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres, 69,3% y 46,5%, respectivamente, mientras que los no forman parte de la población económicamente activa (NO PEA), representan el 42,5%, donde el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 22,8 puntos porcentuales [6].

B. Hipertensión arterial

a) Definición

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). En la población adulta (≥ 18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg

y para la diastólica ≥ 90 mmHg. El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal. Sin embargo, se debe establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, así como el compromiso clínico o subclínico de órgano o sistema blanco. La enfermedad hipertensiva no es curable, pero se considera que la reducción efectiva de la presión arterial (PA) es un objetivo fundamental para la reducción de los eventos cardiovasculares [29].

b) Etiología

1. Hipertensión primaria (esencial o idiopática): Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados, pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial.

2. Hipertensión secundaria: Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial. Entre ellas destacan por su prevalencia:

- Enfermedad renal: parenquimal o renovascular (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasias de arterias renales).
- Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, entre otras.
- Miscelánea: tumores, coartación de aorta, enfermedad de Paget, entre otros.
- Medicamentos: anticonceptivos hormonales, corticosteroides, agentes vaso constrictores, simpáticomiméticos, antidepresivos tricíclicos,

inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina, eritropoyetina entre otros [29].

c) Factores de riesgo asociados

- **Medio ambiente:** la polución está asociada a mayor riesgo cardiovascular.
- **Estilo de vida:** tabaquismo, sedentarismo, café, alcohol, dieta malsana.
- **Factores hereditarios:** historia familiar de enfermedades cardiovasculares.
- **Riesgo cardiovascular:** Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de tiempo, generalmente por 10 años, el cual va a depender del número de factores de riesgo que estén presentes simultáneamente en el individuo [29].

d) Signos y síntomas

La HTA es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con HTA cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil.

Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares [29].

e) Diagnóstico

Los procedimientos diagnósticos comprenden: la historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales [29].

f) Medidas generales y preventivas

Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y contribuir a la reducción

de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva. Las medidas con demostrada capacidad para reducir la PA son:

- Restricción de la ingesta de sal.
- Evitar el consumo de alcohol, en su defecto, moderar su consumo.
- Consumo de frutas y verduras, y alimentos bajos en grasa.
- Reducción y control de peso.
- Actividad física regular.
- Evitar exposición al humo de tabaco [29].

C. Calidad de vida

La OMS, define como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones [30]; por lo tanto, engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

D. Calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” [31].

Según Fernández y Yániz (2002). Refiere que la calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de

intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos. Asimismo, señala que en la calidad de vida durante la vejez intervienen diferentes aspectos, entre ellos los siguientes:

- 1. Características de los ancianos:** a) personalidad afectiva, depresión, ansiedad y hostilidad; b) funciones cognoscitivas, memoria, orientación, percepción, capacidad de aprendizaje, habilidades psicomotoras, atención, juicio e inteligencia; c) relaciones familiares y sociales, estructura familiar, patrón de relación con familia y amigos, competencia personal y bienestar, y adaptación ambiental.
- 2. Relaciones humanas:** relaciones que se desarrollan entre el anciano y el entorno social que permiten un apoyo instrumental y afectivo a) pareja, estado civil, relación y satisfacción: b) familia, hijos, cosas en común, responsabilidad con respecto a los miembros y parientes; c) amigos, organizaciones a las que pertenece, tiempo que le dedica a los amigos y ocupación del tiempo libre.
- 3. Entorno físico:** a) necesidades físicas externas, confort físico y arquitectónico, accesibilidad, diseño, características de seguridad y orientación; b) necesidades físicas internas, intimidad o espacio de soledad para la intimidad de la pareja, comunicación o espacio para la interacción social, independencia, expresividad y control o posibilidad de modificar su entorno [32].

E. Elementos en la calidad de vida de los adultos mayores

Los elementos importantes que conforman el concepto calidad de vida en los adultos mayores, son los siguientes:

- **Especificidad:** la calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades

crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo.

- **Multidimensional:** la calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socioambiental (redes de apoyo y servicios sociales); por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida.
- **Aspectos Objetivos:** la calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar como, por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros.
- **Aspectos Subjetivos:** el concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros [33].

F. Dimensiones de la calidad de vida

Badía X, Gascón G, Dalfó A, Roca A, Abellán y J, Varela C. (2002); establecen el MINICHAL, el cual está estructurado con 16 ítems divididos en dos dimensiones:

a) Estado de ánimo

Es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo desde el punto de vista de la persona adulta mayor con hipertensión arterial. El rango de puntuación va de 0 – 11 (mejor nivel de salud) y de 12 - 30 (peor nivel de salud), el cual se obtiene de la suma de cada ítem. Medida del ítem 1 al 10. Consta de los siguientes indicadores:

- **Intimidad:** es la parte interior que solamente cada uno conoce en sí mismo. Donde residen los valores humanos y personales de la persona adulta mayor con hipertensión arterial.
- **Expresión emocional:** es la demostración psicofisiológica del adulto mayor frente a la adaptación de ciertos estímulos.
- **Seguridad:** capacidad de sentirse libre y exento de todo peligro, daño o riesgo.
- **Salud percibida:** es el hecho de sentir una buena o mala salud en relación lo que tendría que esperarse según la edad del adulto mayor.
- **Productividad personal:** es el poder de lograr o alcanzar a ser mejor y hacerlo mejor.
- **Bienestar material:** capacidad para cubrir las necesidades y deseos materiales por medio del trabajo, beneficios o a través de la seguridad social o la asistencia social.
- **Relaciones armónicas:** conexión o comunicación de alguien con otra persona de manera agradable.

b) Manifestaciones Somáticas

Son un conjunto de síntomas propios de la hipertensión arterial en adultos mayores. El rango de puntuación va de 0 – 6 (mejor nivel de salud) y de 7 - 18 (peor nivel de salud), el cual se obtiene de la suma de cada ítem. Medida del ítem 11 al 16. Consta de los siguientes indicadores:

- **Dificultad respiratoria:** sensación de incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

- **Edema en los pies:** es la hinchazón causada por la acumulación anormal de líquidos en los pies, que se acumulan debajo de la piel dentro de los tejidos que están fuera del sistema circulatorio.
- **Ganas frecuentes de orinar:** necesidad de orinar más a menudo de lo normal.
- **Sed:** es el ansia por beber líquidos, causado por el instinto básico.
- **Dolor de pecho:** es una molestia que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior.
- **Hormigueo del cuerpo:** es una sensación de cosquilleo que se siente en todo el cuerpo [34].

2.4 Definición de términos básicos

A. Adulto mayor

Es la persona anciana de 60 años y más. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les dio el nombre de “adultos mayores [26].

B. Hipertensión arterial

Es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). En la población adulta (≥ 18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg y para la diastólica ≥ 90 mmHg [29].

C. Calidad de vida

Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones [30].

CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE LAS VARIABLES

3.1 Variables/categorías

3.1.1 Variable: Calidad de vida del adulto mayor hipertenso.

3.2 Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES	VALOR FINAL
Calidad de vida del adulto mayor hipertenso	Es un estado de satisfacción general, sensación de bienestar físico, psicológico y social de cada individuo sobre la posición de su vida en el contexto.	Estado de animo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intimidad ▪ Expresión emocional ▪ Seguridad ▪ Salud percibida ▪ Productividad personal ▪ Bienestar material ▪ Relaciones armónicas 	<p>Mejor nivel de salud= 0 – 11 puntos.</p> <p>Peor nivel de salud= 12 – 30 puntos.</p>	<p>Calidad de vida (puntaje global): Mejor calidad de vida= 0 –15 puntos.</p> <p>Peor calidad de vida = 16 – 48 puntos.</p>
		Manifestaciones somáticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad respiratoria ▪ Edema en los pies ▪ Ganas frecuentes de orinar ▪ Sed ▪ Dolor de pecho ▪ Hormigueo del cuerpo 	<p>Mejor nivel de salud= 0 – 6 puntos.</p> <p>Peor nivel de salud= 7 – 18 puntos.</p>	

B. Características sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE
Características sociodemográficas: Edad	Es la medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte.	60–74 años 75–89 años 90–99 años ≥ 100 años	Cuantitativa, Discreta
Sexo		Mujer Hombre	Cualitativa, Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Unión libre (a) Separado (a)	Cualitativa, Nominal
Grado de instrucción		Es el grado más elevado de estudios realizados.	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Es la actividad que cumple la persona en el sistema de producción.	Sin ocupación (inactivo) Ama de Casa Profesor Comerciante Agricultor Otros	Cualitativa, Nominal
Procedencia	Lugar de donde procede alguien o algo.	Rural Urbana	Cualitativa, nominal
Religión	Práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales.	Católica No católica Ninguno	Cualitativa, nominal

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1 Ubicación geográfica

El distrito de Chota, se ubica en la provincia de Chota, en la parte central y meridional del Departamento de Cajamarca. El espacio descrito está enmarcado PO: 5° 57' 00" latitud Sur, en la parte septentrional, 6° 41' 00" latitud Sur, en la parte meridional y los meridianos 78° 14' 00" longitud Oeste, en su parte más oriental 79° 27' 06" longitud Oeste, en su parte más occidental atravesado de Sur Este a Nor Oeste por la Cordillera de los Andes del Norte, cuyos declives occidental y oriental ocupa parcialmente la parte septentrional del Perú.

La temperatura promedio es de 17 °C, es de un clima templado, en el cual los problemas de salud más frecuentes son resfríos comunes, diarreas agudas, entre otras. El territorio de la provincia de Chota limita con las Provincias de Ferreñafe y Cutervo en el Norte, Las Provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, al Sur. El Río Marañón que es el límite con la Provincia de Luya, al Este y, Las Provincias de Chiclayo y Ferreñafe al Oeste [35].

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro Médico EsSalud Chota con los Adultos Mayores diagnosticados de Hipertensión Arterial, pertenecientes a la cartera del Adulto Mayor en el año 2017, dicho programa brinda servicio a la población de la zona rural y urbana de la provincia.

4.2 Diseño de la investigación

El presente estudio de investigación es de diseño no experimental puesto que no se somete a los adultos mayores hipertensos a influencias de ciertas variables, tipo descriptivo porque describe la calidad de vida del adulto mayor hipertenso, y de corte transversal puesto que se recolectarán los datos en un solo momento [36].

4.3 Población, muestra y unidad de análisis

a. Población

La población fue 150 Adultos Mayores diagnosticados de hipertensión arterial, pertenecientes a la cartera del Adulto Mayor del Centro Médico EsSalud Chota en el año 2017.

b. Muestra

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

En donde:

N = 150 (Población de adultos mayores)

Z = 1.96 Coeficiente de 95 % de confiabilidad (valor Z curva normal).

p = 0.50 (probabilidad de éxito)

q = 0.50 (probabilidad de fracaso)

e = 0.05 error (5%), error muestral

n = tamaño de la muestra.

La muestra fue 108 Adultos Mayores del Centro Médico EsSalud Chota, y se consideró una tasa de no respuesta de 5% que equivale a 12 personas; haciendo un total de 120 adultos mayores hipertensos.

Marco muestral:

El marco muestral fue proporcionado por el responsable de la cartera del Adulto Mayor del Centro Médico EsSalud Chota.

La selección de los adultos mayores hipertensos se realizó a través del muestreo aleatorio simple; considerando la técnica de muestreo en la que todos adultos mayores diagnosticados de hipertensión arterial que forman el universo tuvieron idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple (sorteo), es decir se enumeraron a todos los adultos mayores con hipertensión y luego se procedió a sortear a los participantes.

c. Unidad de análisis

Fue cada uno de los Adultos Mayores diagnosticados de hipertensión arterial registrados en la cartera del Adulto Mayor del Centro Médico EsSalud Chota.

d. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para el proyecto de investigación fueron los siguientes:

a. Criterios de inclusión

Las participantes para brindar información estuvieron conformadas por:

- Adultos mayores de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron a su control.
- Adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron:

- Adultos mayores con complicaciones (eventos cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, artrosis).
- Adultos mayores con deterioro cognitivo severo o condiciones especiales clínicas o psiquiátricas.

4.4 Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Se realizó coordinación con director de EsSalud Chota para que autorice el permiso respectivo para recoger la información.
- Se identificó a los participantes del estudio, y se les brindó información acerca de los objetivos y firmaron el consentimiento informado aceptando participar voluntariamente en el estudio.
- Se programaron visitas a EsSalud Chota con la finalidad de recoger la información del adulto mayor hipertenso partícipe del estudio.
- A los adultos mayores diagnosticadas de hipertensión participes del estudio, que no asistieron a su control de salud, se programó visitas a sus domicilios con la finalidad de recoger la información.
- Después de haber aplicado el instrumento de recopilación de datos se realizó la sistematización del mismo según la prueba estadística elegida.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Cuestionario MINICHAL de Badía X, y colaboradores, el cual es una versión reducida del cuestionario específico y validado sobre Calidad de Vida para la Hipertensión Arterial (CHAL), que contiene 55 ítems a evaluar [34].

El MINICHAL está formado por 16 ítems de los cuales 10 corresponden a la dimensión "Estado de Ánimo" (EA) y 6 a la dimensión "Manifestaciones Somáticas" (MS). Cuyos valores finales son:

Mejor calidad de vida = 0-15 puntos.

Peor calidad de vida = 16-48 puntos.

Las preguntas hacen referencia a los "últimos 7 días" con cuatro posibles opciones de respuesta:

0 = No; 1 = Sí, algo; 2 = Sí, bastante; 3 = Sí, mucho.

Dimensiones de calidad de vida: Estado de Ánimo y Manifestaciones Somáticas.

En la dimensión Estado de Ánimo el rango de puntuación va de 0 - 11 (mejor nivel de salud) y de 12 - 30 (peor nivel de salud).

En la dimensión Manifestaciones Somáticas el rango de puntuación es de 0 - 6 (mejor nivel de salud) y de 7 - 18 (peor nivel de salud).

4.5 Confiabilidad y validez del instrumento

El cuestionario MINICHAL, es una versión reducida del cuestionario específico y validado sobre Calidad de Vida para la Hipertensión Arterial (CHAL); el MINICHAL cuenta con una fiabilidad de 0.92 y 0.75 respectivamente. Para validar del cuestionario MINICHAL sobre calidad de vida del adulto mayor hipertenso por estar en otro contexto se aplicó la prueba piloto a 16 adultos mayores con diagnóstico de hipertensión (10 % de la muestra), en el Centro de Salud Lajas, del distrito de Lajas provincia de Chota, luego se realizó los cambios pertinentes porque algunas preguntas no fueran entendidas por los sujetos de investigación. Así mismo el mencionado instrumento fue evaluado con el coeficiente de alfa de Crombach, obteniendo una confiabilidad de 0,813.

4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

En primer lugar, se procedió a la codificación de las preguntas del cuestionario MINICHAL, luego los datos fueron ingresados en una hoja Excel y posteriormente se exportaron al software estadístico IBM SPSS Statistics v.24 para ser procesados. Los resultados son presentados en tablas simples y de doble entrada, así mismo se tuvo en cuenta el uso de la estadística descriptiva para la interpretación de los datos recolectados.

4.7 Aspectos éticos de la investigación

a. Principio de autonomía. Para garantizar la participación los adultos mayores hipertensos en forma libre y voluntaria firmaron el consentimiento informado, con lo cual manifestaron su voluntad de participar en el estudio.

b. Principio de no maleficencia. Principio de la bioética que afirma el deber de hacer que el beneficio sea mayor que el maleficio. El presente estudio es descriptivo por lo que se aplicó el cuestionario MINICHAL el cual no significa ningún riesgo en la salud de los entrevistados.

c. Principio de justicia: se utilizó el muestreo aleatorio simple (sorteo), por lo cual todos los Adultos Mayores diagnosticados con Hipertensión Arterial que pertenecen a la cartera Adulto Mayor de EsSalud Chota tuvieron la oportunidad de participar en este estudio.

d. Principio de beneficencia: El presente trabajo de investigación permite conocer la calidad de vida del Adulto Mayor, y de esta manera poder recomendar medidas adecuadas como: alimentación saludable, actividad física, actividades recreativas, que ayuden mejorar su salud. Además, esta investigación sirve de base para que las instituciones públicas como educación y salud, tengan conocimiento sobre la calidad de vida del adulto mayor diagnosticado con Hipertensión Arterial, para luego tomar acciones en beneficio de éste grupo etéreo.

4.8. Matriz de consistencia metodológica

TÍTULO: Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud - Distrito de Chota, 2017.			
PROBLEMA	OBJETIVOS	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>PREGUNTA GENERAL: ¿Cuál es la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial? EsSalud - Distrito de Chota, 2017?</p>	<p>General: ❖ Determinar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud - Distrito de Chota, 2017.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las Características Sociodemográficas del grupo de estudio. - Determinar y analizar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión. - Determinar y analizar la Calidad de Vida en sus dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas. - Analizar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión según Características Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia y religión. 	<p>TIPO DE ESTUDIO: ❖ Cuantitativo: descriptivo, de corte transversal.</p>	<p>❖ POBLACIÓN: Todos los Adultos Mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial de EsSalud – Chota, 2017.</p>

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Presentación de resultados

El presente capítulo muestra los resultados y el análisis de la Calidad de vida del Adulto Mayor con hipertensión arterial. EsSalud - Distrito de Chota y presenta la información organizada en tablas, de manera que sirva de base para el análisis posterior. Estos resultados a su vez están comparados con los datos de los antecedentes y/o teorías hechas respecto a ciertas características y/o actitudes de la población en estudio.

5.2 Análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla 1. Características Sociodemográficas del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Características sociodemográficas	Nº	%
Edad		
60 - 74 años	83	69,2
75 - 89 años	35	29,2
90 - 99 años	2	1,7
Sexo		
Mujeres	68	56,7
Hombres	52	43,3
Procedencia		
Rural	29	24,2
Urbana	91	75,8
Estado civil		
Soltero	11	9,2
Casado	81	67,5
Divorciado	3	2,5
Viudo	18	15,0
Unión libre	7	5,8
Grado de instrucción		
Sin nivel/inicial	23	19,2
Primaria	22	18,3
Secundaria	26	21,7
Superior	49	40,8
Ocupación		
Inactivo	44	36,7
Ama de casa	38	31,7
Profesor	14	11,7
Comerciante	4	3,3
Agricultor	6	5,0
Sin ocupación	14	11,7
Religión		
Católica	113	94,2
No católica	7	5,8
Total	120	100,0

En relación a la edad de las unidades de estudio se observa en la tabla 01, que la edad más frecuente en pacientes hipertensos es entre 60 a 74 años, la edad menos frecuente es de 90 a 99 años lo que represente el 1.7%.

De lo que se deduce que los pacientes hipertensos en su mayoría están entre 60 a 74 años, resultado que tiene relación con el estudio TORNASOL I y II de Segura L, Agusti N, Parodi J, realizado en Perú donde la mayor prevalencia de hipertensión fue de 46,3% entre los 60 y 69 años [37]; sigue predominando esa edad para nuestro estudio en mayor porcentaje.

En EsSalud Chota la hipertensión arterial constituye la principal causa de morbilidad de éste grupo etáreo [38]; cabe mencionar que los estudios de TORNASOL I y II, hacen referencia a estudios con una muestra mucho más grande a nivel del Perú donde se incluye los factores de riesgo cardiovascular.

La Organización Mundial de la Salud, considera que, en el 2020, habrá en las Américas, 200 millones de personas de más de 60 años, y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en el 2050; por lo que es inevitable la aceleración de más políticas, para dar servicios y atención a los adultos mayores [4], éste proceso de envejecimiento se ve afectado mayormente por la presencia de enfermedades crónicas entre ellas la hipertensión arterial, la cual está asociada a factores de riesgo como el consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, inactividad física, obesidad, perfil lipídico alterado y dieta inadecuada[5]; por lo tanto, es imprescindible la modificación de hábitos no saludables y el control de los factores de riesgo para evitar las manifestaciones clínicas e impedir complicaciones que, sin control, pueden causar discapacidades que tienden a deteriorar la salud de las personas mayores.

Según el INEI, la población mayor de 60 años era 6,1% en 1990, 7,1% en el 2000, se estimó en 9,4% para el 2014 y se proyecta en 11,2% para el 2021 [39]; por lo que representa un problema creciente de salud pública, debido a que la expectativa de vida se incrementa en países en desarrollo como el nuestro, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional.

Según el MINSA, el ritmo de crecimiento poblacional se viene incrementando desde hace tres décadas, se calcula que para fines del 2025 la población adulta mayor representará el 13.27%; esto significa que en los próximos 20 años este grupo poblacional llegará casi a duplicarse, por lo que se requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor [12].

Podría decirse a partir de los datos estadísticos, que los adultos mayores se encuentran en una etapa en la que se experimenta fisiológicamente un progresivo declive tanto en las funciones orgánicas como psicológicas afectando de esta manera su proceso de envejecimiento, siendo más vulnerables a enfermedades; en tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en esta población. Por lo tanto, para mejorar las condiciones de vida del adulto mayor hipertenso, se requieren de mayor atención médica y de políticas de salud por parte del estado para brindar mejor atención a éste grupo etáreo, por ello, es necesario fortalecer los programas de acción para esta población, de tal manera que favorezcan su continuo desarrollo y se mejore su calidad de vida.

En cuanto al sexo, la mayor parte de la población de estudio fueron mujeres hipertensas en un 56.7 %, con relación a los hombres que representa 43.3%. Resultados que guardan similitud con los estudios INEI; donde la hipertensión se presenta en mayor proporción en mujeres que hombres, así 34.4% de mujeres de 60 a más años de edad fueron declaradas con hipertensión arterial, proporción mayor en 10.3 puntos porcentuales que los hombres (24.1%) [40].

En relación a la situación de salud de la población adulta mayor, el que la mayoría de hipertensos pertenezca al sexo femenino, podría deberse a la disminución mundial de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer en las mujeres en las últimas décadas; por lo tanto, la prevalencia creciente de hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés, aumentará la dependencia y los costos de la atención para los pacientes y sus familias [41]. Es inevitable, la modificación de

hábitos no saludables y el control de los factores de riesgo, para disminuir la dependencia y el deterioro de la salud del adulto mayor, por lo tanto, la educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la enfermedad, el cual se debe impulsar desde los procesos de intervención de salud en el nivel primario.

Respecto a procedencia, 75.8 % de personas con hipertensión arterial corresponden al área urbana, mientras que 24.2%, al área rural. Resultado que guarda similitud con los estudios de la OMS, el cual establece que más del 50% de la población mundial vive en zonas urbanas; para 2050 el 70% de la población mundial vivirá en pueblos y ciudades, el mundo se está urbanizando rápidamente y ello está provocando importantes cambios en nuestros niveles y estilos de vida, nuestro comportamiento social y nuestra salud; si bien la vida en las ciudades sigue ofreciendo numerosas oportunidades, incluidas las posibilidades de acceso a una mejor atención de salud, los entornos urbanos pueden concentrar riesgos sanitarios e introducir nuevos peligros [42].

El mayor porcentaje de procedencia urbana, estaría asociado a la migración de los adultos mayores del campo hacia la ciudad capital de Chota, en búsqueda de nuevas y mejores oportunidades de vida, la centralización de los servicios básicos y mejora en su calidad de vida; Por lo tanto, el gobierno debe desempeñar un papel crucial a la hora de orientar y apoyar políticas para proteger el clima y fomentar ciudades y espacios verdes saludables y menos contaminados, además debe crear espacios públicos seguros de instalaciones recreativas y deportivas, con la finalidad de promover la participación activa del adulto mayor, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Respecto al estado civil de los adultos mayores, la mayoría son casados, con un 67.5 %, 15 % son viudos; mientras que unión libre solo representa 5.8% de la población estudiada. Resultados que guarda semejanza con los estudios INEI, donde el 62,2% es casada/casado/conviviente, 23,9% viuda/viudo y 13,9% solteras/solteros, divorciadas/divorciados o separadas/separados [28].

El estado civil influye en la calidad de vida del adulto mayor, pues recibir y entregar afectos por parte del conyugue se considera un sustento para la vida de las personas mayores, presentando un mayor bienestar psicológico y un mayor apoyo social percibido que aquellas personas sin pareja estable [43].

Por lo tanto la condición de casado y el apoyo social por parte del conyugue, puede incidir para vivir más tiempo y ser más saludables, donde los conyugues se vigilen y puedan advertirse si están enfermos y hasta acompañarse en caso de una emergencia hipertensiva; además puede generar mejores ingresos económicos, lo que permite compartir los gastos y sufrir menos situaciones de estrés, porque tienen con quien compartir su soledad y conversar; siendo estos, esenciales para vivir de la mejor manera posible.

La mayoría de adultos mayores hipertensos que acuden a Essalud Chota, tienen grado de instrucción superior 40.8%, secundaria 21.7%, primaria 18.3% y sin nivel/inicial 19.2%. En cuanto a los adultos mayores sin nivel/inicial y secundaria los resultados son cercanos a los del INEI (14,3% y 25,1% respectivamente). Pero difieren de la educación primaria y superior (40,6% y 20,1% respectivamente) [6]; hay que tener en cuenta que el INEI es un organismo encargado de obtener estadísticas para una población en general a diferencia del presente estudio que toma una población cautiva donde gran parte de los adultos mayores tienen grado de instrucción superior.

Por lo tanto, es muy significativa la influencia del nivel educativo en la calidad de vida, por lo que las experiencias y oportunidades asociadas a la educación serían un medio para el logro de mayores satisfacciones en diferentes áreas de desenvolvimiento en la vida. En este sentido, la educación es una condición necesaria para promover la salud de los adultos mayores, la cual favorece el acceso a la información, el desarrollo de las habilidades para la vida, la identificación de posibilidades de elección saludables y el empoderamiento de los adultos mayores para actuar en defensa de su salud; además es la promoción de la salud, desde su intervención educativa, la que se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoren la calidad de vida, como los valores sociales, la participación de los adultos en actividades grupales positivas, la integración de la familia y el desarrollo personal de los individuos.

Los adultos mayores hipertensos en un 36.7%, actualmente se encuentran inactivos debido a que cumplieron su edad productiva y han sido pasados a la jubilación, 31.7% son amas de casa, 5% agricultor y 3.3% comerciante, la ocupación constituye un ente que promueve y favorece tanto la participación como la integración social a través del mantenimiento, adquisición mejora o recuperación de desempeño de acciones ligadas al autocuidado y auto mantenimiento, lo que impacta en la salud y en el bienestar del ser humano; sin embargo, en el presente estudio hay un 36.7% que en la actualidad se

encuentran sin ocupación o inactivos lo que estaría en algunos casos limitando su calidad de vida.

Más de la tercera parte de los adultos mayores son inactivos, debido a que son jubilados/pensionistas que se encuentran afiliados a un sistema de seguridad social, otras son amas de casa que también podrían ser beneficiarias de pensión de jubilación por parte de su cónyuge, esto indica que sus ingresos mayormente lo obtienen de la pensión que reciben por parte del Estado la cual contribuye a cubrir parte de sus necesidades básicas, por lo tanto ésta limitada pensión no les permite realizar los gastos acostumbrados en casa y contribuye de alguna manera a no llevar una vejez digna y con independencia por lo que necesitan el apoyo económico de los miembros de la familia para satisfacer sus necesidades básicas.

Se requiere entonces no sólo abogar para que se establezcan medidas que garanticen el aumento periódico del monto mínimo de las pensiones, sino además fortalecer los mecanismos institucionales que hagan posible a estos sistemas responder a las demandas y necesidades particulares de los adultos mayores. De la misma forma, se debe promover el desarrollo de actividades de generación de ingresos y la integración social plena de las personas adultas mayores mediante el aprovechamiento de su tiempo libre en actividades culturales, deportivas, turísticas y de esparcimiento con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Con respecto a la religión, la que predomina en los pacientes hipertensos es la católica en un 94.2%, mientras que otras solo representan 5.8%; resultados que se asemejan al censo realizado por el INEI, donde se revela que 82,8% de la población profesa la religión católica; sigue en importancia la población que profesa la religión cristiana evangélica que alcanzó 10,9%, otras religiones profesan 3,2% y 3,1% no profesan ninguna religión [44].

Fátima C y Cols, establecen que la religión y la espiritualidad cobran importancia en el cuidado de los pacientes hipertensos, especialmente en los ancianos. Por lo tanto, es necesario profundizar en el conocimiento acerca de las creencias religiosas y espirituales, ya que pueden influir en el tratamiento y en el control de la hipertensión [45].

Podría decirse que la religiosidad y la espiritualidad están estrechamente relacionadas con el proceso patológico de la hipertensión arterial en el adulto mayor, y son ellas las que pueden interferir significativamente en el enfrentamiento de los obstáculos y las dificultades de la vida, mejorando así su condición patológica del paciente hipertenso, además las creencias y prácticas religiosas pueden reducir el estrés y la sensación de desamparo, permitiendo que la estructura cognitiva reduzca el sufrimiento y hacer así que el tratamiento sea más eficaz. En el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión, la espiritualidad puede ser una mediadora cognitiva para la interpretación de los acontecimientos adversos de manera positiva, promoviendo el ajuste y la adaptación de los individuos a las condiciones de salud.

Tabla 2. Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud - Distrito de Chota, 2017.

Calidad de vida	Nº	%
Mejor calidad de vida	93	77,5
Peor calidad de vida	27	22,5
Total	120	100,0

En esta tabla se evidencia que el porcentaje más alto representa una mejor calidad de vida en un 77.5% y 22,5% peor calidad de vida.

Resultados que guardan similitud con los descubrimientos de Fernández V y Flores L, donde se encontró que el 68.6% presentan mejor calidad de vida y el 31.4% peor calidad de vida [20].

Para Paterne. G y Cols, la calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo [46]; por lo tanto, la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros [47].

Según Fernández y Yániz (2002). Refiere que la calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos. Asimismo, señala que en la calidad de vida durante la vejez intervienen diferentes aspectos, entre ellos tenemos: características del anciano, relaciones humanas y el entorno físico [32].

La mejor calidad de vida del adulto mayor hipertenso, estaría asociado a diversos factores y dentro de ellos en lo referente a salud a las prestaciones que recibe de EsSalud, como prevención, promoción y recuperación a sus afiliados; asimismo, algunos servicios específicos tales como el Programa de Atención Domiciliaria orientado a los pacientes afiliados imposibilitados de trasladarse a los centros de salud, además de los cuidados recibidos en su hogar a través de la familia, el tratamiento farmacológico recibido y de alguna manera la escasa pensión de jubilación recibida del Estado, que aunque no es la suficiente contribuye a satisfacer parte de sus necesidades económicas.

A pesar que la calidad de vida engloba dimensiones psicosociales (estado de ánimo y manifestaciones somáticas) [25]; estas son escasamente tomadas en cuenta en la atención del adulto mayor hipertenso ya que solo se prioriza la parte orgánica descuidándose la parte psicológica y social, ya que esta pasa a ser un punto importante en la calidad de vida puesto que establece el proceso de adaptación a la nueva situación (hipertensión) a través de los mecanismos de afrontamiento, ya que el diagnóstico y posterior tratamiento de la hipertensión puede provocar un fuerte impacto emocional, provocando problemas psicosociales; es allí donde la familia juega un rol fundamental en la adaptación a la enfermedad.

El Estado debería propiciar la práctica y desarrollo de la participación social de las personas adultas mayores tanto a nivel individual como asociativo, en los diferentes campos y actividades de la vida social, y también en las distintas fases de la formulación y seguimiento de programas específicos orientados a mejorar la calidad de vida del adulto mayor; sin embargo es muy poco lo que se hace en la realidad ya que en muchos de los casos no se les da la importancia debida.

Una cuarta parte de la población adulta mayor presenta peor calidad de vida, ésta podría estar asociada al retiro del mercado laboral, siendo uno de los cambios más grandes por los que pasa el adulto, pues generalmente conduce a una pérdida de estatus, reducción de redes de apoyo, reducción de los niveles de exigencia intelectual y disminución de los ingresos, lo que implica una redefinición en las relaciones con todas las personas que le rodean, todo esto generaría un deterioro de su calidad de vida; por lo tanto para preservar y mejorar el derecho a la jubilación se requiere la participación de diferentes actores sociales con la finalidad de generar políticas sociales con orientación económica dirigidas al adulto mayor con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Tabla 3. Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso según la dimensión Estado de Ánimo. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Estado de ánimo	N°	%
Mejor nivel de salud	106	88,3
Peor nivel de salud	14	11,7
Total	120	100,0

De acuerdo con la dimensión estado de ánimo del cuestionario MINICHAL, se observa que 88.3% presentan mejor nivel de salud y tan solo 11.7% representa el peor nivel de salud; resultado que se asemejan a los estudios realizados por Aguilar Z y Camara T; donde se obtuvo que en la dimensión estado de ánimo 81.7% reflejó mejor nivel de salud [18]; así mismo se relaciona con el estudio realizado por Galárraga M; en donde el mayor porcentaje de pacientes con hipertensión arterial presenta buena calidad de vida en estado de ánimo, indicándonos que la sintomatología del paciente es en lo que más se ve afectado [20]; por lo tanto, la calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad como el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros [16]; los cuales disminuyen la actividad de las personas predisponiéndolas a sufrir problemas de salud propios de este grupo etario.

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto mayor EsSalud se adhiere a las políticas nacionales establecidas por el MINSA, quien establece lineamientos para la Atención Integral de Salud del AM (adulto mayor), enfocados a satisfacer sus necesidades y favorecer un envejecimiento activo y saludable; de manera implícita lo que busca es mejorar la calidad de vida [12].

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017 aprobado en el 2011, establece lineamientos de política nacional, enfocados a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, desarrollando intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil [13]; sin embargo

EsSalud Chota aún está parcialmente implementado a diferencia de las ciudades de la costa o departamentos del país; siendo una falencia que debería ser tomada en cuenta por quienes dirigen la institución.

Por lo tanto, la actividad asistencial de los profesionales de enfermería no solo debe centrarse en la prevención secundaria, sino también en la prevención primaria, donde se incluya protocolos estandarizados de tratamiento, seguimiento del progreso y control de la hipertensión mediante el uso de registros enfocados a atenuar las complicaciones.

El mejor nivel de salud del adulto mayor en la dimensión estado de ánimo, estaría relacionado al bienestar material, seguridad, salud, productividad personal y buenas relaciones armónicas; por eso el bienestar del adulto mayor no solo depende de bienes materiales, sino que también podría involucrar las vivencias de la persona, las condiciones en las que se desenvuelven y las formas en las que enfrentan las particulares circunstancias de la vida.

En cuanto a peor nivel de salud en esta dimensión (11.7%), existen circunstancias negativas que estarían influenciado para que el adulto mayor posiblemente tengan problemas de expresión emocional (ansiedad y depresión) e intimidad asociados al proceso de adaptación de su enfermedad, las cuales contribuyen para que el adulto mayor hipertenso se sienta agotado, sin fuerzas, y con dificultades para conciliar el sueño repercutiendo negativamente en su calidad de vida; por lo tanto la calidad de vida de las personas adultas mayores, debe ser abordada de una manera integral, que les permita continuar su desarrollo personal.

El Centro Médico EsSalud Chota cuenta con el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), el cual es un programa exclusivo de EsSaalud orientado a los pacientes afiliados a este seguro imposibilitados de trasladarse a los centros de salud debido a encontrarse en situación de dependencia funcional temporal o permanente, dicho servicio comprende la asignación de un médico de cabecera y la realización de visitas de otro profesional de la salud (enfermera). Aún falta implementar los Centros del Adulto Mayor (CAM) y/o los Círculos del Adulto Mayor (CIRAM), los cuales están enfocado a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de

estilos de vida para un envejecimiento activo; los motivos de falta de implementación de éste servicio serían por falta de presupuesto y de ambiente adecuada para la realización de dichas actividades.

Para mejorar la calidad de vida del adulto mayor hipertenso, se requiere de implementación de políticas con orientación de servicios diferenciado y ejecución de las normas ya promulgadas donde la persona adulta mayor sea el actor principal.

Tabla 4. Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso según la dimensión Manifestaciones Somáticas. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Manifestaciones somáticas	Nº	%
Mejor nivel de salud	101	84,2
Peor nivel de salud	19	15,8
Total	120	100,0

El 84.2 % de los adultos mayores hipertensos tiene un mejor nivel de salud y 15.8 peor nivel de salud; resultado similar a los de Aguilar Z y Cámara T; donde se obtuvo que en la dimensión manifestaciones somáticas 76.7% reflejó mejor nivel de salud [18]; así mismo guarda similitud con los estudios realizado por Fernández V y Flores L, en donde 77.8% de los adultos mayores presenta mejor nivel de salud en la dimensión de manifestaciones somáticas [22]. Por lo tanto; existe una considerable relación en el efecto que la manifestación somática de la hipertensión tiene en la calidad de vida, especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si se considera que las personas que han sido diagnosticadas como hipertensas deben realizar modificaciones en su ritmo de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento, tales como el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico [10].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que a medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles (ENT) se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo, incluso en los países en vías de desarrollo como el nuestro, demandando gastos para las personas, las familias y el Estado, sin embargo, muchas de ellas podrían prevenirse o retrasarse con políticas adecuadas de salud que permitan afrontar los riesgos de enfermedades no transmisibles a lo largo de todo el ciclo vital; por parte de la oferta, el sistema de asistencia médica, no obstante el incremento en los últimos años de la infraestructura y atención hospitalaria, requiere ser fortalecido en cobertura y calidad, para atender las necesidades de salud específicas de las personas adultas mayores con la finalidad de mejorar su calidad de vida[13].

El mejor nivel de salud en la dimensión manifestaciones somáticas, estaría asociada a la detección y tratamiento estandarizado de la hipertensión, orientación y consejería mensual por parte del personal médico y no médico de EsSalud Chota enfocado a reducir la exposición a factores de riesgo conductuales y la participación activa del adulto mayor en el manejo de su enfermedad, las cuales han contribuido a la disminución gradual de discapacidad y complicaciones como cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, evitando o mitigando de esta manera las manifestaciones somáticas propios de la hipertensión, tales como: dolor de pecho, edema en los pies, ganas frecuentes de orinar, sed y hormigueo del cuerpo.

En cuanto al peor nivel de salud posiblemente estaría asociado a los efectos secundarios de la medicación recibida (dificultad respiratoria, tos y mareos), a la falta de espacios adecuados (infraestructura e instalaciones deportivas, recreativas y culturales) para que las personas adultas mayores puedan hacer uso de su tiempo libre, a costos reducidos o en forma libre con la asistencia de profesionales especializados en servicios de recreación y esparcimiento y de ésta manera mejorar su calidad de vida. En Chota lamentablemente aún se carece de estos espacios públicos, lo que dificulta a las personas y en especial a los adultos mayores a tener momentos especiales donde practiquen actividades que apoyen su salud.

La atención integral del adulto mayor requiere de un equipo multidisciplinario y una comunicación culturalmente apropiada para favorecer el autocuidado en el adulto mayor. La prevención y control de la hipertensión exige la voluntad política del gobierno y las instancias normativas en crear políticas de salud pública que sean asequibles, sostenibles y eficaces; como los seis componentes importantes en toda iniciativa nacional para controlar la hipertensión establecida por la Organización Mundial de la Salud, y son: creación de programas integrados de control de la hipertensión en la esfera de la atención primaria, costos de ejecución de un programa de atención primaria integrado, medios de diagnóstico y tecnologías básicas, reducción de los factores de riesgo en la población, programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo y seguimientos, todas estas actividades enfocadas a controlar la hipertensión y mejorar la calidad de vida.

Tabla 5. Edad y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Edad	Calidad de vida				Total	
	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		N°	%
	N°	%	N°	%		
60 - 74 años	63	52,5	20	16,7	83	69,2
75 - 89 años	28	23,3	7	5,8	35	29,2
90 - 99 años	2	1,7	-	-	2	1,7
Total	93	77,5	27	22,5	120	100,0

Del total de los adultos mayores un 77.5% tienen mejor calidad de vida, de los cuales el mayor porcentaje (52.5%) corresponde al grupo etáreo de 60 a 74 años.

Gómez A, Vicente G, Vila S, establecen que a manera que las personas envejecen en la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos, estos problemas muchas veces generan que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada, deteriorando su salud física como mental, y hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona [48]; para evadir estos cambios, las personas mayores deben continuar con su nivel de participación y actividad en su cuidado, que es esencial para vivir de la mejor manera posible y mejorar su calidad de vida.

La mayor cantidad de adultos mayores presentan mejor calidad de vida en los primeros años de la tercera edad que corresponde de 60 a 74 años, grupo etáreo que constituye un 69.2% del total de muestra, y es a esta edad que muchos adultos mayores aún no han sido retirados del mercado laboral manteniéndose activos tanto físico como intelectualmente, percibiendo mejores ingresos económicos que le permite satisfacer sus necesidades básicas, sin embargo conforme avanza la edad el nivel de salud decae por los cambios morfológicos y fisiológicos que experimenta el adulto mayor, además es en la ancianidad intermedia donde se comienzan a evidenciarse las discapacidades por las enfermedades

sobre todo crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, provocando cambios conductuales, agudización de rasgos de la personalidad y tendencia a la soledad, perdiendo su protagonismo y liderazgo entre la familia, generando que los ancianos se aislen y se sientan inútiles haciendo que su calidad de vida sea cada vez más dificultosa, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para el adulto mayor; es por ello que el estado a través del MINSA debe designar mayor presupuesto para formular, ejecutar y evaluar políticas públicas en beneficio de ésta población con la finalidad de contribuir a mejorar su calidad de vida.

Tabla 6. Sexo y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Sexo	Calidad de vida				Total	
	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mujeres	49	40,8	19	15,8	68	56,7
Hombres	44	36,7	8	6,7	52	43,3
Total	93	77,5	27	22,5	120	100,0

En la presente tabla se observa que la mejor calidad de vida lo tienen las mujeres en un 40.8%, sin embargo existe también un 15.8% que tiene peor calidad de vida, pero resaltar también que los participantes en el estudio en mayor número fueron mujeres.

El rasgo distintivo del envejecimiento demográfico es el predominio femenino con mejor calidad de vida; la cual está asociada a la trayectoria de vida de los hombres y las mujeres, que los colocan con una marcada diferencia en la salud en edades de la vejez, que reflejan los estilos de vida que adoptaron a lo largo de su existencia. Los hombres, debido a su rol social como proveedor económico de la familia, así como a su actividad más intensa en el mercado laboral, pueden estar sujetos a mayores presiones físicas y mentales que ponen en riesgo su organismo. Por ejemplo, los hombres participan más que las mujeres en actividades que conllevan riesgos a la salud como ingerir alcohol, fumar cigarrillos, experimentar con drogas, trabajar horas extras, manejar a gran velocidad, no acudir al médico y no cuidar su dieta, entre otros riesgos. Estas situaciones pueden generar en los hombres riesgos cardiovasculares, accidentes laborales y de tránsito, cáncer, enfisema, problemas del hígado, depresión, ansiedad y angustia. Por otro lado, la mujer, por su rol reproductivo, larga carrera de labor doméstica y otro tipo de presiones asociadas con su rol de cuidadora de la unidad familiar, tiene necesariamente un marco epidemiológico muy distinto al del hombre. Así, la carga de la enfermedad en la vejez refleja grandes divergencias por sexo, que van de acuerdo con la acumulación de riesgos asociados a los papeles sociales desempeñados a lo largo de la vida [49].

La mejor calidad de vida favorable para las mujeres, podría estar asociado a sus trabajos domésticos menos riesgosos que realizan, en comparación a los varones que se dedican a trabajos más forzados como el comercio, la agricultura, manufactura, etc., así mismo consideran la salud como una prioridad por lo que son ellas quienes frecuentan más los servicios de salud a lo largo de su vida, debido a que las necesidades de atención derivadas por la producción y el cuidado de sus hijos, esta podría ser una situación ventajosa ante los hombres, ya que en la vejez cuando su salud requiere mayor atención, las mujeres pueden estar más familiarizadas con el manejo de su propia enfermedad que los hombres; sin embargo también se aprecia que una proporción del 15.8% de mujeres presentan peor calidad de vida, la cual podría estar relacionada a la mayor expectativa de vida que presenta en comparación de los hombres, predisponiéndolas a desarrollar mayores problemas de salud y discapacidad, además las mujeres generalmente tienden a formar uniones con hombres de mayor edad que ellas, por eso, durante la vejez, más mujeres que hombres se encuentran sin pareja, lo que las coloca en una situación vulnerable, tanto desde el punto de vista económico como social.

Tabla 7. Estado civil y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Estado civil	Calidad de vida				Total	
	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltero	10	8,3	1	0,8	11	9,2
Casado	63	52,5	18	15,0	81	67,5
Divorciado	2	1,7	1	0,8	3	2,5
Viudo	13	10,8	5	4,2	18	15,0
Unión libre	5	4,2	2	1,7	7	5,8
Total	93	77,5	27	22,5	120	100,0

La presente tabla muestra que la mejor calidad de vida lo tienen los casados en un 52.5%, sin embargo existe también un 15% que tiene peor calidad de vida.

Según Fernández. A y Manrique. A, el apoyo social juega un papel fundamental en la actividad y en la satisfacción con la vida del adulto mayor, al mantener o conformar relaciones sociales tanto familiares como de amistades que le proporcionan bienestar y la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas [50].

El apoyo social puede tener un efecto directo y un efecto amortiguador, el efecto directo del apoyo social sugiere que las personas están protegidas o preparadas positivamente para enfrentarse con un evento estresante por las relaciones de apoyo previas que se poseen antes de que ocurra el hecho que motivó el estrés, por eso la asociación positiva entre apoyo social y bienestar se atribuye a un efecto beneficioso global del apoyo social; según la hipótesis de este efecto directo, a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos psicológicos. Por lo tanto, el efecto amortiguador o protector del apoyo social sugiere que las relaciones sociales ayudan a las personas en el afrontamiento de crisis durante y posterior a los eventos [51].

La mejor calidad de vida de las personas envejecidas, se puede ver favorecido si cuenta con el apoyo y atención de su pareja, reduciendo el riesgo de sufrir trastornos depresivos o crisis de ansiedad, por lo que, envejecer en compañía de otro adulto mayor generaría mayores condiciones de resistencia y recuperación, tanto de enfermedades como de crisis emocionales. Además, generalmente son los casados quienes tienden a cuidar más de su salud y practicar estilos de vida saludables; por lo que frecuentan más los servicios de EsSalud.

Por lo tanto, para mejorar las prestaciones y servicios en salud para los adultos mayores, es necesario la articulación de múltiples instituciones como los gobiernos, la sociedad civil, las instituciones académicas y la industria de alimentos y bebidas, dados los enormes beneficios de salud pública que se derivan del control de la presión arterial, así mismo es necesario que el Estado implemente los establecimientos de salud con técnicos y profesionales especializados/as en las áreas de gerontología y geriatría para brindar una vida digna a los adultos mayores, prestando atención integral a sus necesidades con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Tabla 8. Grado de instrucción y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Grado de instrucción	Calidad de vida				Total	
	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Sin nivel/inicial	17	14,2	6	5,0	23	19,2
Primaria	16	13,3	6	5,0	22	18,3
Secundaria	18	15,0	8	6,7	26	21,7
Superior	42	35,0	7	5,8	49	40,8
Total	93	77,5	27	22,5	120	100,0

En la tabla se observa que la mejor calidad de vida lo tienen los de grado de instrucción superior representando 35%, los sigue los de secundaria con un 15%; sin embargo también existe un 6.7% de secundaria que tiene peor calidad de vida.

La mejor calidad de vida en los adultos mayores de grado de instrucción superior, podría estar asociada al mayor acceso a la información de diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permiten tomar conciencia y asumir responsabilidades, además los adultos mayores que han sido preparados académicamente presentan mayores oportunidades de insertarse en el mercado laboral de manera formal y ser mejor remunerado que le permite satisfacer sus necesidades de manera muy superior al de aquellas personas que no lo tienen incidiendo en su mejor calidad de vida, puesto que la educación es un factor que influye para comprender mejor su salud, prevenir o tratar mejor las enfermedades crónicas que puede padecer, en cambio los que tienen bajo nivel de instrucción se ven muchas veces limitados en su autocuidado por el desconocimiento de medidas de prevención; por lo tanto, a menor grado de instrucción peor calidad de vida. Es el nivel educativo un indicador de tener un estatus más estable a lo largo de su vida, y permite mantenerlos más activos intelectualmente para vivir más y mejor que aquellos adultos que no cuentan con grado de instrucción.

Tabla 9. Ocupación y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Ocupación	Calidad de vida				Total	
	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inactivo	43	35,8	1	0,8	44	36,7
Ama de casa	24	20,0	14	11,7	38	31,7
Profesor	11	9,2	3	2,5	14	11,7
Comerciante	1	0,8	3	2,5	4	3,3
Agricultor	5	4,2	1	0,8	6	5,0
Sin ocupación	9	7,5	5	4,2	14	11,7
Total	93	77,5	27	22,5	120	100,0

En la tabla se observa que la mejor calidad de vida lo tienen los inactivos en un 35.8%, seguido por ama de casa en un 20%.

La mejor calidad de vida de los adultos mayores inactivos, se debe a que perciben mensualmente un sueldo, por haber sido pensiones contributivas ya sea del Sistema Nacional de Pensiones (SNP) o el Sistema Privado de Pensiones (SPP); por lo tanto, no continúan laborando por estar afiliados a dichos sistema de pensiones, las cuales contribuyen parcialmente a mantener sus niveles de consumo y satisfacer sus necesidades básicas.

Para que los adultos mayores puedan ejercitar toda su gama de actividades recreativas acordes con su realidad individual y grupal, posibilitar mejorar su calidad de vida y mejorar su atención sanitaria; es necesario que el Estado a través de sus ministerios, pueda promover espacios de recreación y educativos con la participación activa del adulto mayor.

Tal es el caso de las municipalidades provinciales y distritales, encargadas de promover la creación de los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM), buscando la inclusión del adulto mayor y sus familiares, así como fomentar la participación del adulto mayor con otros miembros de la comunidad, mediante la participación de actividades recreativas, educativas, campañas de salud y de socialización.

Tabla 10. Procedencia y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Procedencia	Calidad de vida				Total	
	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		N°	%
	N°	%	N°	%		
Rural	19	15,8	10	8,3	29	24,2
Urbana	74	61,7	17	14,2	91	75,8
Total	93	77,5	27	22,5	120	100,0

El 61.7% de Adultos Mayores de procedencia urbana tiene mejor calidad de vida, pero existe también un 14.2% que tiene peor calidad de vida; sin embargo en la zona rural también 15.8% de adultos mayores tienen mejor calidad de vida.

La ONU, establece que el 54 por ciento de la población mundial actual reside en áreas urbanas y se prevé que para 2050 llegará al 66 por ciento, el crecimiento de la población urbana seguirá alentado por dos factores: la persistente preferencia de la gente de mudarse de áreas rurales a otras urbanas y el crecimiento de la población durante los próximos 35 años, estos dos factores combinados añadirán 2.500 millones de personas a la población urbana para 2050; por lo tanto el crecimiento de población que registrarán numerosas ciudades supondrá numerosos desafíos para ellas, en cuanto a atender las necesidades de sus habitantes tanto en vivienda, como en infraestructura, transporte y la provisión de servicios básicos [52].

Según INEI, el alto grado de urbanización, los niveles diferenciados de fecundidad y los movimientos migratorios hacia las zonas urbanas, debido a la concentración de la inversión pública en las ciudades, son factores que confluyen para que la población del área urbana sea la más envejecida; es así, que la población adulta mayor reside en mayor proporción en el área urbana (76,7%) que en el área rural (23,3%) [53].

La mejor calidad de vida del adulto mayor de zona urbana, podría estar asociado al mayor acceso a servicios sociales y de salud, mayores tasas de alfabetización, mayores expectativas de vida, y más oportunidades variadas de desarrollo económico, otros

adultos mayores que vienen del campo a la ciudad pueden explorar más posibilidades de percibir más ingresos económicos los cuales contribuirían a la mejora de su calidad de vida; sin embargo, las deficiencias en el planeamiento urbano estratégico pueden resultar en desigualdades sociales, pobreza urbana, delitos violentos, acceso inadecuado a servicios básicos, necesidades insatisfechas de los adultos mayores, falta de cohesión social, peligros ambientales y condiciones que pueden perjudicar su calidad de vida; por lo tanto la urbanización acelerada y desordenada también tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo nocivo del alcohol; a diferencia en zona rural la peor calidad de vida estaría asociada a la dispersión de sus viviendas lo que dificulta el acceso a los servicios de salud, a la falta de información y capacitación necesaria para responder adecuadamente a riesgos de salud. Por lo tanto el Estado debe promulgar políticas de salud, donde se promueva el consumo de alimentación saludable y la reducción de la ingesta de sal con la finalidad de prevenir y controlar las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial.

Tabla 11. Religión y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud – Distrito de Chota, 2017.

Religión	Calidad de vida				Total	
	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		N°	%
	N°	%	N°	%		
Católica	86	71,7	27	22,5	113	94,2
No católica	7	5,8	-	-	7	5,8
Total	93	77,5	27	22,5	120	100,0

En la tabla se muestra que la mejor calidad de vida lo tienen los que profesan la religión católica en un 71.7%, sin embargo un 22.5% presenta peor calidad de vida.

Según Lucchetti. G y Cols, la religión y la espiritualidad son importantes para el adulto mayor hipertenso, una vez que estas se muestran influyentes en aspectos importantes en la calidad de vida y enfrentamiento de su enfermedad. Actualmente se han demostrado asociaciones entre una mayor religiosidad y/o espiritualidad y una mejor calidad de vida; así, la evolución de la calidad de vida del adulto mayor en relación a la espiritualidad y religión es un paso esencial para la concientización de la importancia de estos factores en la vida y bienestar de éste grupo etáreo [54].

El predominio de la religión cristiana católica se debe a que la población en el país la mayoría practica esta religión. La mejor calidad de vida del adulto mayor hipertenso, estaría asociado a que tienen fe y esperanza, por lo que se sienten más seguros espiritualmente, y porque estos principios religiosos han sido desarrollados a lo largo de sus vidas, es por eso que su fe ha incrementado y por lo tanto a mejorado su calidad de vida.

CONCLUSIONES

- Las principales características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos fueron: población mayoritariamente mujeres, de 60 a 74 años de edad, procedencia urbana, estado civil casado, grado de instrucción superior, jubilados/pensionistas, y de religión católica.
- Los Adultos Mayores Hipertensos a nivel global y en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas presentan mejor calidad de vida.
- Al analizar la Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso según sus Características Sociodemográficas; se encontró que la mejor calidad de vida está: entre los 60 a 74 años, en las mujeres, estado civil casado, grado de instrucción superior, en jubilados/pensionistas, en aquellos de procedencia urbana y religión católica.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A Directivos del Centro Médico EsSalud Chota

- Implementar los Centros del Adulto Mayor (CAM) y/o los Círculos del Adulto Mayor (CIRAM) para contribuir a una mejor la calidad de vida.
- Gestionar la creación de espacios recreativos con la finalidad de organizar encuentros generacionales orientados a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.

- A los docentes de la Escuela de Post grado Mención Salud Pública para que continúen investigando el tema del adulto mayor.

A los estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca.

- Elaborar y validar instrumentos que midan Calidad de Vida del Adulto Mayor Hipertenso de acuerdo a la realidad local.
- Realizar nuevas investigaciones con poblaciones diferentes a la población del presente estudio, para conocer la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial, comparar resultados y mejorar la calidad de atención en diferentes ámbitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SURVEY. Encuesta sobre el Envejecimiento en los Estados Unidos Resultados Nacionales. [Internet]. 2012 jun. [citado el 18 de Feb. de 2019]. Disponible en: <https://www.ncoa.org/wp-content/uploads/8-16-12-US-of-Aging-Survey-Fact-Sheet-National-SPANISH.pdf>
2. CORUGEDO, M. GARCÍA, D Y COL. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. [Internet]. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014. [citado el 20 de Feb. de 2019]; 30(2):208-216. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2014/cmi142f.pdf>
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. [Internet]. Lima; 2012, Nov. [citado el 18 de Feb. de 2017]; pp. 3. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1041/libro.pdf>
4. OPS/OMS. DOCSALUD. COM. Envejecimiento esperanza de vida América Latina Argentina adultos mayores. [Internet]. 2012 [citado el 14 de Feb. de 2017]; pp.1. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=921:dia-mundial-salud-2012-envejecimiento-saludable&Itemid=290
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012. [Internet]. Lima, 2013. [citado el 22 de Feb. de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1146/libro.pdf
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Situación de la población Adulta Mayor. Perú. [Internet]. 2018. [citado el 22 Nov. de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2018.pdf

7. HERRERA A, ALEAN A, BURGOS Y, CAMACHO D. Calidad de vida del adulto medio diagnosticado con hipertensión arterial en la Ciudad de Cartagena. [Tesis de Grado]. Universidad de Cartagena. [Internet]. Colombia, 2010. [citado el 22 de Abr. de 2017]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2060/1/CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf>
8. ZALDIVAR C, GÓMEZ G. Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial de la coordinación de Ixtlahuaca sur, I.S.E.M., 2014". [Tesis de Grado]. Universidad Autónoma del estado de México. [Internet]. 2014. [citado el 20 de Mar. de 2017]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14966/Tesis.419802.pdf?sequence=1>
9. BARRERA M, FALCÓN M. Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues 2015. [Tesis de Grado]. Universidad de Cuenca. [Internet]. Ecuador, 2015. [citado el 26 de Mar. de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23235/1/Tesis%20Pregado.pdf>
10. JARILLO M, MORENO F, RODRÍGUEZ J, MERCADO P. Calidad de vida e hipertensión. [Internet]. [citado el 22 de Mar. de 2017]. Disponible en: <http://taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf>
11. PRECIADO B Y ORREGO K. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial sistólica y diastólica en adultos mayores del Centro poblado "Virgen del Carmen La –Era", Lurigancho Chosica, 2016. [Tesis de grado]. Universidad Peruana Unión. [Internet]. 2016. [citado el 24 de Nov. de 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/TOSHIBA/Desktop/INFOR.%20TESIS%20CALIDAD%20DE%20VIDA/ANTECEDENTES/tesis%20calidad%20de%20vida%20lima%202016.pdf>
12. MINSA. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores [Internet]. Perú, 2005. [citado el 22 de Ene. de 2017]. Disponible en: ftp://ftp.minsa.gob.pe/sismed/ftp_carga/KIT_PROGRAMAS_PRESUPUESTALES/PP_PROPORCIONADOS_POR_OGPPM/Revisi%F3n%20PF%20de%20PP%202018/Normativi

dad%20de%20las%20intervenciones%20sanitarias%20MINSA-DGIESP%2010-08-18/NORMAS%20DIVICI/NORMATIVIDAD/Normas%20adulto%20Mayor/LINEAMIENTOS%20PARA%20AIS%20AM.pdf

13. OMS. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP), Plan nacional para las personas Adultas Mayores 2013-2017. [Internet]. Perú, 2013. [citado el 22 de Agos. de 2017]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
14. ASIS. Gobierno Regional de Cajamarca Dirección Regional de Salud – oficina de epidemiología, 2015
15. ASIS. Dirección Subregional de Salud Chota – dirección de epidemiología, 2015
16. INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA UC - MARÍA SOLEDAD HERRERA P. Programa Adulto Mayor, Centro de Geriátrica y Gerontología, Inscripción N° XX, ISBN N° 978-956-14-1208-8, Primera edición: agosto de 2011, 5000 ejemplares, Santiago de Chile. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
17. GÓMEZ M, GARCÍA C, GÓMEZ V, MONDRAGÓN P. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana. [Internet]. 2011, Abr. [citado el 10 de Feb. de 2017]; 19 (1): pp. 7-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf>
18. AGUILAR Z, CAMARA T. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. [Tesis de Grado]. Universidad Veracruzana. [Internet]. 2011. [citado el 10 de Jul. de 2017]. Disponible en: <http://docplayer.es/10759778-Universidad-veracruzana-facultad-de-enfermeria.html>
19. CALCINA T. Influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al centro de salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013. [Tesis de Grado]. Universidad Católica de Santa María. [Internet]. 2014. [citado el 28 de Ene. de 2017]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/54221020.pdf>

20. GALÁRRAGA M. Determinación de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial mediante la aplicación del instrumento (CHAL) en el subcentro de salud de San Juan durante el periodo mayo – junio de 2014. [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Internet]. 2014. [citado el 18 de Jul. de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7321/11.27.001481.pdf?sequence=4>
21. RODRÍGUEZ S. Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012. [Tesis de grado]. Universidad Privada Antenor Orrego. [Internet]. 2014. [citado el 24 de Nov. De 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/264>
22. FERNÁNDEZ V, FLORES L. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial CAP III Melitón Salas Tejada – Essalud Arequipa- 2015. [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de San Agustín. [Internet]. 2015. [citado el 20 de Agos. de 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/M-21568%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/M-21568%20(5).pdf)
23. CCERHUAYO, J. Calidad de vida en el adulto mayor hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital Marino Molina Scippa – Essalud – Comas – 2018. Tesis de Grado]. Universidad César Vallejo. [Internet]. 2018. [citado el 24 de Nov. de 2018]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18049/Ccerhuayo_CJJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. SILVA N. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna. Cajamarca, 2016. [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Cajamarca. [Internet]. 2016. [citado el 13 de Jul. de 2018]. Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. SCHWARTZMANN L y Cols (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica. Perfil de impacto de la enfermedad. Revista Médica del Uruguay. [Internet]. 1999. [citado el 12 de Oct. de 2019].. Vol.15, N°2. Agosto: 103-109. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002

26. NACIONES UNIDAS. Plan de Acción Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid-España [Internet]. 2002, Abr. [citado el 12 Jul. de 2017]. Disponible en: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf

27. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. NTS. N°043-V.01. [Internet]. Lima. 2006, Jun. [citado el 4 de Dic. de 2018]. pp. 8-9. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/RM529-2006.pdf>

28. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Características sociodemográficas del adulto mayor. Perú. [Internet]. 2012. [citado el 22 Oct. de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap01.pdf

29. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Resolución ministerial. [Internet]. 2015. [citado el 17 de Feb. de 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>

30. VALENCIA MG. Concepto de calidad de vida OMS [Internet]. 2013, Mar. [citado el 19 de Abr. de 2017]. Disponible en: <https://prezi.com/xitl86owlv57/concepto-de-calidad-de-vida-oms/>

31. VELANDIA AL. Investigación en Salud y Calidad de Vida. Publicado en: El arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 2002 [citado 4 de Dic. de 2018]. pp.295-314. Disponible en: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.pe/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html>

- 32. FERNÁNDEZ L Y YÁNIZ B.** Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en esquizofrenias, informaciones psiquiátricas. [Internet]. 2002 [citado 04 de Dic de 2018]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>
- 33. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.** Primera edición. Calidad de vida en la vejez. [Internet]. 2011, Agos. [citado el 30 de Nov. de 2018]. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- 34. BADIA X, Y COLS.** "Metodología de la validación del cuestionario clínico de calidad de vida para la hipertensión arterial, España (MINICHAL)". [Internet]. 2002. [citado el 19 de Feb. de 2017]. Disponible en: <file:///C:/Users/Luis/Downloads/M-21568.pdf>
- 35. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE CHOTA.** [Internet]. Chota-Cajamarca: MPCH; 2016 [citado el 30 de Nov. de 2016]. Disponible en: <http://www.acermontania.org/geografia/123-geografia-de-la-provincia-de-chota>
- 36. HERNÁNDEZ R, FERNANDEZ C, BAPTISTA P.** "Metodología de la Investigación", México, cuarta edición, Editorial Mexicana; 2006.
- 37. SEGURA L, AGUSTI R, PARODI J.** La hipertensión arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Rev Per Cardiol. [Internet] 2011, Abr. [citado el 24 de Nov. de 2018]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v37n1/a3.pdf>
- 38. ESSALUD- CHOTA (CAP2)** registro de atención del adulto mayor 2013
- 39. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA.** Población adulta mayor. [Internet]. Lima, 2013. [citado el 23 de Nov. De 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf

- 40.** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2015. [Internet]. Lima, 2016. [citado el 22 de Nov. De 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1389/Libro.pdf
- 41.** OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo. [Internet]. 2013. [citado el 24 de Nov. de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=887F372C78AFD88EF7CCD28B2FC97DE1?sequence=1
- 42.** OMS. Urbanización y Salud. Volumen 88. [Internet]. 2010, Abr. [citado el 25 de Nov. de 2018]. pp, 241-320. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/es/>
- 43.** VIVALDI F, BARRA E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Ter Psicol [Internet].2012. [citado 14 de Oct de 2019]; 30(2): 23-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012
- 44.** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Perfil sociodemográfico de la provincia de Lima. Censos nacionales 2007. [Internet]. 2007. [citado 11 24 de Nov. de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0838/Libro15/Libro.pdf
- 45.** FATIMA C, RIBEIRO F Y COLS. Espiritualidad y religiosidad en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Rev. bioét. 24 (2): 332-43 [Internet]. [citado el 26 de Nov. de 2018]. 2016. 24 (2): 332-43. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0332.pdf
- 46.** PATERNE G, BARDALES Y, MARTINEZ M. Calidad de vida. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier. [Internet]. 2012. [citado el 27 de Nov. de 2018]. pp 155-62. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001

- 47.** LISIGURSKI M, VARELA L. Calidad de vida. Principios de Geriátría y Gerontología. Lima. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2003. [citado el 27 de Nov. de 2018]. p. 63-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001
- 48.** GÓMEZ A, VICENTE G, VILA S. Envejecimiento y composición corporal. Nutrición hospitalaria. [Internet]. España, 2012. [citado el 28 de Nov. de 2018]. 27(1), 22-30. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- 49.** WONG R, ESPINOZA M, PALLONI A. Salud de adultos mayores en un contexto socioeconómico amplio: el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Salud Pública. [Internet]. Mex, 2007. [citado el 29 de Nov. de 2018]. 49 supl 4. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2007.v49suppl4/s515-s521/>
- 50.** FERNÁNDEZ. A Y MANRIQUE. A. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enferm. glob. [Internet]. 2010, Jun. [citado el 29 de Nov. de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016
- 51.** PINAZO S, SÁNCHEZ M. Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. [Internet]. 2005. España: Pearson Prentice Hall, 2005. [citado el 29 de Nov. de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016
- 52.** ONU. Más de la mitad de la población vive en áreas urbanas y seguirá creciendo. [Internet]. Nueva York, 2014, Jul. [citado el 30 de Nov. de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/desa/news/population/world-urbanization-prospects-2014.html>

- 53.** INEI. Día mundial de la población. [Internet]. 2013. [citado el 30 de Nov. de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf
- 54.** LUCCHETTI G, ALMEIDA L, GRANERO A. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar. J Bras Nefrol. [Internet]. 2010. [citado el 30 de Nov. de 2018]. 32(1):128-32. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/es_0104-1169-rlae-3595-2495.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

“Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud - Distrito de Chota, 2017”.

Objetivo de la investigación:

Determinar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. EsSalud - Distrito de Chota, 2017.

Yo, identificado con DNI N°....., mediante la información dado por el Lic en enfermería José Uberli Herrera Ortiz, acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada

Chota,.....de.....del 2017

.....
Firma

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (MINICHAL).

(Badía X, Gascón G, Dalfó A, Roca A, Abellán J, Varela C, 2002)

Buenos días

Estamos realizando un estudio para conocer la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Por tal motivo solicitamos su colaboración para responder este breve cuestionario, no le tomara más de 10 minutos. Las respuestas que nos proporcionará son anónimas y confidenciales, por lo que le sugerimos responder según sea el caso.

Sección I

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor corresponda a cada pregunta.

1. Edad:

- a) 60–74 años
- b) 75–89 años
- c) 90–99 años
- d) \geq 100 años

2. Sexo M H

3. Estado civil

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Divorciado (a)
- d) Viudo (a)
- e) Unión libre (a)
- f) Separado (a)

4. Grado de instrucción

- a) Sin nivel/inicial
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

5. Ocupación

- a) Inactivo
- b) Ama de Casa
- c) Profesor
- d) Comerciante
- e) Agricultor
- f) Sin ocupación

6. Procedencia

- a) Rural
- b) Urbana

7. Religión

- a) Católica
- b) No católica
- c) Ninguno

Sección II

MINICHAL Calidad de vida para la Hipertensión Arterial

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor corresponda a cada pregunta. No marcar más de 2 respuestas en cada pregunta.

Nº	Pregunta	No	Si, Algo	Si, Bastante	Si, Mucho
Estado de Ánimo					
1	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2	¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
3	¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
4	¿Usted se siente útil en la vida?				
5	¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
6	¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
7	¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
8	¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?				
9	¿Se ha sentido agotado (a) y sin fuerzas?				
10	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo (a)?				
Manifestaciones Somáticas					
11	¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
12	¿Se le han hinchado los tobillos?				
13	¿Han notado que orina más a menudo?				
14	¿Ha notado sequedad de boca?				
15	¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
16	¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				

¡Gracias!

ANEXO 3

Confiabilidad

RESULTADO DE PRUEBA PILOTO

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,813	16