

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**FILIAL CHOTA**



**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN**  
**ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO**  
**MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DEL**  
**ADULTO MAYOR, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS**  
**CHOTA-2020**

**PRESENTADO POR:**

**Bachiller en Enfermería Tarrillo Rojas Leyla Yulisa**

**ASESORA:**

**Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**

**CHOTA- PERÚ**

**2022**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**FILIAL CHOTA**



**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN**  
**ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO**  
**MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DEL**  
**ADULTO MAYOR, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS**  
**CHOTA-2020**

**PRESENTADO POR:**

**Bachiller en Enfermería Tarrillo Rojas Leyla Yulisa**

**ASESORA:**

**Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**

**CHOTA- PERÚ**

**2022**

COPYRIGHT© 2022  
**LEYLA YULISA TARRILLO ROJAS**  
Todos los derechos reservados

## FICHA CATALOGRÁFICA

Tarrillo, L. 2020. **CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA-2020/** Leyla Yulisa Tarrillo Rojas / 94 Pág.

Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Asesora: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Disertación Académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería  
UNC- 2022

## HOJA DE JURADO EVALUADOR

### TÍTULO DE LA TESIS:

**CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR CON  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR,  
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA-2020**

AUTORA: Bach. Enf. Leyla Yulisa Tarrillo Rojas

ASESORA: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional de Cajamarca; por los siguientes miembros:

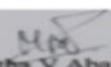
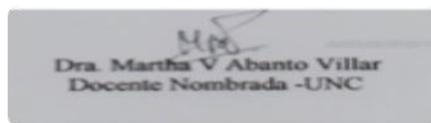
### JURADO EVALUADOR



.....  
M.Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez  
Presidenta



.....  
M.Cs. María Eloisa Tiella Rafael  
Secretaria

.....  
Dra. Martha V Abanto Villar  
Docente Nombrada -UNC

.....  
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar  
Vocal

Universidad Nacional de Cajamarca  
Facultad de Ciencias de la Salud

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL, BASADO EN EL REGLAMENTO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUALES RESOLUCIÓN 944-2020 ARTICULO 8**

Siendo las 9:00 am de la mañana del día 29 de abril del año 2022 se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: **Calidad de vida y valoración social del adulto mayor con hipertensión arterial. Programa del adulto mayor. Hospital José Soto Cadenillas. Chota-2020.**

Presentada por el (la) Bachiller en: Enfermería.

Nombres y Apellidos: Leyla Yulisa Tarrillo Rojas.

El Jurado Evaluador está integrado por:

**Presidenta** : M.Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez

**Secretaria** : M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael

**Vocal** : Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

**Asesora** : Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

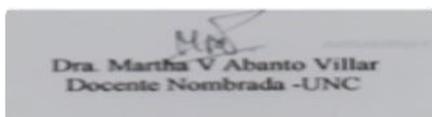
El (la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: **Dieciocho** números **(18)**. Siendo las 10:15 a.m. del día 29 del mes abril del año 2022, se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.



.....  
M.Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez  
Presidenta

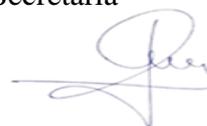


.....  
M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael  
Secretaria



Dra. Martha V Abanto Villar  
Docente Nombrada -UNC

.....  
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar  
Vocal



.....  
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez  
Asesora



.....  
Tesista  
Leyla Yulisa Tarrillo Rojas

## **DEDICATORIA**

Con todo cariño a mis padres Néstor y Consuelo, quienes con mucho sacrificio contribuyen para lograr mis sueños y metas, siendo la guía para llegar a este punto de mi carrera, a mis hermanos quienes me apoyan día a día y los demás seres queridos quienes con su amor y comprensión me han apoyado siempre.

**Yulisa**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser la fortaleza en cada momento de mi vida y durante mi formación académica y sobre todo por protegerme, día a día brindándome la oportunidad de poder seguir cumpliendo con cada una de mis metas.

A mis queridos padres quienes han sido el motor y motivo siendo mi soporte económico y moral necesario durante toda la carrera profesional, a mis hermanos y demás seres queridos por su apoyo incondicional.

A mi asesora Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, por su apoyo constante, que hizo posible la elaboración y el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico Profesional de Enfermería Filial-Chota, por acogerme en sus aulas, a los docentes quienes me guiaron y transmitieron los conocimientos necesarios y fundamentales durante mi formación profesional.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	viii
AGRADECIMIENTO .....	ix
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	x
LISTA DE TABLAS .....	xiii
LISTA DE ANEXOS .....	xiii
RESUMEN .....	xiv
ABSTRACT .....	xv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPÍTULO I.....	188
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	188
1.1. Definición y delimitación del problema .....	188
1.2. Problemas de investigación .....	22
1.3. Justificación .....	22
1.4. Objetivos.....	23
CAPÍTULO II.....	24
MARCO TEÓRICO .....	24
2.1. Antecedentes de investigación .....	24
2.2. Bases teóricas .....	26
2.3. Bases conceptuales .....	30
2.4. Operacionalización de variables.....	47
CAPÍTULO III .....	50
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
3.1. Diseño y tipo de estudio .....	50
3.2. Población y muestra .....	50
3.3. Unidad de análisis.....	51
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	52
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento.....	53
3.6. Procedimientos y análisis de datos .....	54
3.7. Consideraciones éticas.....	55
3.8. Rigor científico .....	57
CAPÍTULO IV .....	58
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	58
CONCLUSIONES.....	74

RECOMENDACIONES .....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
ANEXOS .....	84

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
<b>Tabla 1.</b>	Características socio-demográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020	58
<b>Tabla 2.</b>	Nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020	61
<b>Tabla 3.</b>	Valoración socio familiar de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020	64
<b>Tabla 4.</b>	Características sociodemográficas según calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020	66
<b>Tabla 5.</b>	Características sociodemográficas según valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020	70

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO N° 01. Resultado de la prueba piloto	84
ANEXO N° 02. Consentimiento informado	85
ANEXO N° 03. Instrumento de recolección de datos guía de entrevista	86
ANEXO N° 04. Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	87
ANEXO N° 05. Valoración socio - familiar	90
ANEXO N° 06. Codificación de datos	92
ANEXO N° 07. Reporte URKUND	93
ANEXO N° 08. Constancia de originalidad	94

## RESUMEN

El presente estudio titulado: Calidad de vida y valoración social del adulto mayor con hipertensión arterial, Programa del Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2020, tuvo como objetivo general: Determinar y analizar el nivel de calidad de vida y la valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020; fue un estudio cuantitativo, descriptivo con diseño no experimental, la muestra estuvo conformada por cincuenta y dos adultos mayores hipertensos a quienes se les aplicó dos cuestionarios, primero el instrumento WHOQOL-BREF para medir el nivel de calidad de vida; seguido del Cuestionario de Valoración Social. Conclusiones: Las características sociodemográficas del adulto mayor fueron; el mayor porcentaje de hipertensos se presenta en los participantes de 60 a 70 años con el 42,3%, las mujeres con 63,5%, los casados con 46,2% y los que cuentan con primaria el 40,4%. En cuanto a calidad de vida; el 94,2% presenta nivel de calidad de vida alta y el 5,8% normal. Se encontró en el 67,3% de participantes riesgo social y el 32,7% problema social. Al analizar características sociodemográficas según calidad de vida se encontró; 95,5% de los adultos mayores de 60 a 70 años presentan calidad de vida alta, así como el 97% de las mujeres, el 100% de casados y los de primaria. Finalmente, las características sociodemográficas, según valoración social muestra en el 76,5% de los adultos mayores entre 71 a 80 años registraron riesgo social; 78,9% de los adultos mayores presentaron riesgo social; de igual manera, el 100% de divorciados señalaron que existe riesgo social; y finalmente el 53,3% de analfabetos también presentaron este tipo de riesgo.

**Palabras clave: Calidad de vida, valoración social, adulto mayor.**

## ABSTRACT

The present study entitled: Quality of life and social assessment of older adults with arterial hypertension, Older Adult Program of the José Soto Cadenillas Hospital. Chota - 2020, had as general objective to: Determine and analyze the level of quality of life and the social valuation of older adults with arterial hypertension of the Program of the Older Adult, Jose Soto Cadenillas Hospital. Chota, 2020, was a quantitative, descriptive study with non-experimental design, the sample consisted of fifty-two hypertensive older adults to whom two questionnaires were applied, first the WHOQOL-BREF instrument to measure the level of quality of life; followed by the Social Assessment Questionnaire. Conclusions: The sociodemographic characteristics of the elderly were as follows: the highest percentage of hypertensive patients was found in participants aged 60 to 70 years with 42.3%, women with 63.5%, married people with 46.2% and those with primary education with 40.4%. In terms of quality of life, 94.2% had a high quality of life and 5.8% had a normal quality of life. Social risk was found in 67.3% of the participants and social problems in 32.7%. When analyzing sociodemographic characteristics according to quality of life, 95.5% of the older adults between 60 and 70 years of age had a high quality of life, as well as 97% of the women, 100% of those married and those in elementary school. Finally, the sociodemographic characteristics according to social assessment show that 76.5% of the older adults between 71 and 80 years of age registered social risk; 78.9% of the older adults presented social risk; likewise, 100% of the divorced people indicated that there was social risk; and finally, 53.3% of the illiterate people also presented this type of risk.

**Keywords:** Quality of life, social assessment, older adults.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (1).

La investigación titulada: Calidad de vida y valoración social del adulto mayor con hipertensión arterial Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2020, se establece dado que el Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2019, evidenció que los pacientes atendidos en Hospital José Soto Cadenillas Chota con hipertensión arterial en la población de 15 años a más en el año 2018, alcanzan 445 casos que llega a ser un 1% de la población. Los casos de hipertensión arterial, se ha incrementado en los últimos años y sobre todo en la población adulta y adulta mayor puesto que 337 casos del total pertenecen a este último grupo etario, esto se debe a que la población realiza poco ejercicio físico, tiene inadecuados hábitos de alimentación y se realiza controles de salud inoportunos (2).

Por otro lado, el Ministerio de Salud evalúa la situación social del adulto mayor a través de un formato específico para tal fin, que es usado en los diferentes establecimientos de salud de todos los niveles de atención para conocer y reconocer los factores económicos, familiares y sociales que puedan influir en su situación de salud.

El objetivo general de la investigación fue determinar y analizar el nivel de calidad de vida y la valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.

Los principales resultados muestran que el 95,5% de los adultos mayores cuyas edades oscilaron entre 60 a 70 años sostuvieron un nivel alto de calidad de vida, al igual que las mujeres y los adultos mayores casados con el 97%, así mismo el 100% de los adultos mayores con grado de instrucción primaria registraron un nivel de calidad de vida alto;

por otro lado el 76,5% de los adultos mayores cuyas edades oscilaron entre 71 a 80 años registraron que existe riesgo social, seguido, el 78,9% de los adultos mayores del sexo masculino indicaron riesgo social; de igual manera, el 100% de los adultos mayores divorciados y el 53,3% de los adultos mayores con grado de instrucción analfabeto sostuvieron que existe riesgo social.

La investigación aporta nuevos conocimientos al personal de salud y en especial para el personal de enfermería responsable del Programa del Adulto Mayor, a fin de que se tomen acciones sanitarias para maximizar los beneficios del adulto mayor con hipertensión arterial, así como minimizar el impacto negativo en su vida social y familiar, teniendo en cuenta la realidad en la que se encuentran los adultos mayores, así mismo los resultados obtenidos en esta investigación será un referente para futuros estudios.

La estructuración de la presente investigación consiste:

- **El capítulo I**, constituye el problema de investigación donde considera la definición, delimitaciones y planteamiento del problema, seguido de la justificación del estudio y los objetivos tanto general como específica.
- **El capítulo II**, contiene el marco teórico albergando los antecedentes, bases teóricas, hipótesis de investigación y las variables de estudio.
- **El capítulo III**, es el diseño metodológico donde se considera al diseño y tipo de investigación, seguido de la población, muestra, unidad de análisis; luego, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, el procesamiento y análisis de datos, y las consideraciones éticas y las dificultades o delimitaciones encontradas en el desarrollo del estudio.
- **El capítulo IV**, plasma los resultados obtenidos, así como el análisis de los mismos.
- **El capítulo VI**, se consideran las conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Definición y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (1).

En el año 2017, entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tuvo hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57,1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: Sólo 18,8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada (3).

En Cuba en el año 2018 la más reciente edición del Anuario Estadístico de Salud informa que la prevalencia de hipertensión asciende a 225,2 por cada 1000 habitantes (4). En el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la primera causa de consulta ambulatoria en el Ministerio de Salud (MINSALUD) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD), debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario. En el Perú según los estudios tornasol I y II en el año 2016, la prevalencia es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años (5).

En la Encuesta Demográfica de Salud (ENDES) 2018, se realizó la medición de la presión arterial a la población de 15 y más años de edad; encontrando un 14,8% con presión arterial alta, esta enfermedad se presenta en mayor proporción en

mujeres que hombres, así el 32,0% de mujeres de 60 y más años de edad fueron declaradas con hipertensión arterial, proporción mayor en 8,9 puntos porcentuales que los hombres (23,1%), de acuerdo a la medición efectuada en el 2018 los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad que presentaron presión arterial alta, por encima del promedio nacional, se registraron en la región Lima (18,4%), provincia Constitucional del Callao (17,5%), provincia de Lima (17,1%), Ica (16,6%) y Piura (16,1%). Los menores porcentajes se presentaron en Huánuco (9,4%), Ucayali (9,8%) y Huancavelica (10,3%) (6).

Según INEI 2018, en Cajamarca las personas de 15 y más años de edad con presión arterial alta de acuerdo a medición efectuada, según departamento, fue de 13,9% ubicándose en el puesto 11 de todas las provincias a nivel nacional, en este mismo departamento el 10% se presenta en adultos mayores constituyendo la segunda causa del total de casos presentados en adultos mayores (6).

Según el Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2019, los pacientes atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, con hipertensión arterial en la población de 15 años a más en el año 2018, alcanzan 445 casos que llega a ser un 1% de la población. Los casos de hipertensión arterial, se ha incrementado en los últimos años y sobre todo en la población adulta y adulta mayor ya que 337 casos del total pertenecen a este último grupo etario (2).

La hipertensión arterial (HTA), es un problema común en Chota, por los estilos de vida poco saludables, en especial la dieta con un consumo elevado de sal y rica en grasas, la falta de ejercicio y sedentarismo que pueden ocasionar sobrepeso y obesidad y favorecer el riesgo de que la hipertensión se desarrolle con mayor facilidad, los adultos mayores muchas veces no perciben la enfermedad hasta el momento que llega a un punto límite que los obliga a recibir un tratamiento de manera inmediata y durante toda su vida es por ello que la falta de controles médicos es un motivo por lo cual la HTA puede aparecer y convertirse en un problema de salud importante en la vida de la persona adulta mayor, tanto por el cuadro clínico como por las complicaciones que causa.

La hipertensión arterial tiene un alto impacto en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que puede causar modificaciones radicales en sus estilos de vida y en todos los aspectos de su cotidianidad, además de las complicaciones y la posible incapacidad que a largo plazo produce, a diferencia de enfermedades agudas que son transitorias la HTA prevalece a lo largo de la vida afectando el estado biológico, psicológico, social, familiar y cultural del enfermo, el tratamiento es más complejo y la eficacia de este dependerá del cumplimiento del paciente ya que se ha comprobado que la mayoría no cumplen con el tratamiento de manera responsable.

Herrera U., cita a Velandia (1994), quien refiere que la calidad de vida del adulto mayor 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, el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” (7).

La situación social y sanitaria del adulto mayor en Chota es diversa, podemos encontrar que algunos aún conservan su movilidad mientras que otros no pueden movilizarse por sí mismos y necesitan de instrumentos de apoyo como: Silla de rueda, bastones, entre otros; en casos extremos existe dependencia, se observa también abandono familiar, adultos mayores que se encuentran en la calle viviendo en condiciones precarias, muy solos y descuidados sin acceso a una atención de salud.

La valoración social se realiza cuando el usuario acude a un establecimiento de salud por algún motivo, es allí cuando el profesional de enfermería evalúa al adulto mayor; un parámetro importante es la familia que se asume como la primera red de apoyo del adulto mayor y responsable de su cuidado, además de brindar compañía, cariño y protección, por tanto, el apego al padre o abuelo son

esenciales para una relación intergeneracional armoniosa. La situación económica suele ser precaria, muchas veces las pensiones de jubilación son mezquinas y no le permiten al adulto mayor llevar una vida digna, peor aún es el caso de las mujeres que toda la vida se dedicaron a las labores de la casa y no percibieron sueldo alguno, algunos con suerte pueden acceder al beneficio de Pensión 65, que puede ser de alguna ayuda al menos para solventar gastos de alimentación y salud.

De otro lado la vivienda del adulto mayor suele ser un parámetro de evaluación social, muchas veces el anciano debe vivir con un familiar (hija especialmente), porque carece de un hogar o necesita cuidado al estar enfermo, es aquí donde se enfrenta a otros riesgos como caídas, mala alimentación, violencia, etc.

La hipertensión arterial en edades avanzadas suele provocar deterioro generalizado en la salud y calidad de vida de los afectados, situación que puede alejarlos de amigos y familiares. De otro lado la presencia de programas como el Programa del Adulto Mayor que se desarrolla en el Hospital José Soto Cadenillas brinda a los usuarios hipertensos seguimiento en sus domicilios y reuniones continuas donde la Enfermera responsable, brinda información sobre estilos de vida saludable para el adulto mayor, HTA, entre otros tópicos.

La población adulta mayor se encuentra en franco crecimiento poblacional a la par de la prevalencia de enfermedades crónicas que suelen estar relacionadas con estilos de vida inadecuados, escaso conocimiento sobre promoción de la salud, además de vulnerabilidad social y económica que aqueja a la mayor parte de esta población; el MINSA cuenta con instrumentos para realizar la valoración social, instrumento poco conocido y usado.

No existen datos estadísticos actuales que se refieran a la calidad de vida del adulto mayor, sin embargo, al ser un término subjetivo relacionado con la percepción de cada persona; se puede considerar entonces que los datos estadísticos pueden ser referenciales, es así que una persona mayor de 60 años puede asumir su situación social y familiar como en un nivel alto o muy alto, sin embargo, para el profesional de enfermería que evalúa este aspecto puede valorar

el nivel como bajo o muy bajo, promoviendo sesgos y brechas no reconocidas por los usuarios.

Por tanto, como futuros profesionales de enfermería debemos reconocer que la HTA es un problema de salud frecuente en la población adulta mayor, impacta negativamente en la calidad de vida del enfermo, además la valoración social de este grupo es poco conocida, de este modo el desarrollo del estudio se torna importante e interesante.

## **1.2. Problemas de investigación**

¿Cuál es el nivel de calidad de vida y valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2020?

## **1.3. Justificación**

Los hallazgos del presente estudio son importantes para el personal de salud y en especial para el personal de enfermería, responsable del Programa del Adulto Mayor, ya que pueden tomar acciones sanitarias que beneficien al adulto mayor con hipertensión arterial; para así promover que la enfermedad tenga el menor impacto en la vida del hipertenso y de la familia, además, el equipo de salud puede desarrollar actividades de sensibilización al reconocer que la familia es el primer y principal apoyo del adulto mayor sano o enfermo, que esta interrelación se relaciona directamente con su calidad de vida.

De otro lado, los resultados pueden complementar los descubrimientos de otros investigadores de pre y post grado para así ampliar el contexto del problema en estudio, además considerando el aumento progresivo de la población adulta mayor los futuros investigadores pueden hacer uso de la información teórica, el instrumento de recolección de datos utilizado para estudiar este fenómeno en otros grupos y ámbitos. De otro lado la inclusión de la valoración social como variable de estudio puede contribuir con el planteamiento de investigaciones más amplias con un análisis crítico – social, que profundicen en el estudio del papel del adulto mayor sano o enfermo en la compleja dinámica social y familiar.

La relevancia social del estudio radica en que los hallazgos puedan contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores mejorando sus estilos de vida y sus prácticas de autocuidado a través del trabajo conjunto con la familia, reconociendo como futuros profesionales de enfermería el impacto negativo e irreversible de una enfermedad crónico degenerativa en la salud del adulto mayor y en la dinámica familiar.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar y analizar el nivel de calidad de vida y la valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial. Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- ✓ Caracterizar sociodemográficamente a los adultos mayores con hipertensión arterial. Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.
- ✓ Identificar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial. Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.
- ✓ Describir la valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial. Programa del adulto mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.
- ✓ Establecer las características sociodemográficas según calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial. Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.
- ✓ Identificar las características sociodemográficas según valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial. Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de investigación

##### 2.1.1. Internacionales

Burbano, D., en la tesis: Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso en el año 2017, Colombia. Estudio descriptivo, de corte transversal; tuvo el objetivo de describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I, que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá. Con una muestra de 151 personas. Los resultados mostraron que la mitad de los pacientes encuestados presentaron niveles de calidad de vida relacionada con la salud adecuados; mientras que la mitad restante presentó niveles más bajos (8).

##### 2.1.2. Nacionales

Matta, H., en el estudio: Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte en el año 2018, tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y transversal. El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida en ancianos hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte. Con una muestra de 223 adultos mayores. Donde se llegó a los siguientes resultados: El 36,8% de los participantes presentan calidad de vida baja, el 36,3% calidad de vida media y finalmente el 26,9% presentan calidad de vida alta (9).

Pizarro, M., en la investigación: Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018, Lima - Perú. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y transversal.

El objetivo fue determinar la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco, con una muestra de 194 pacientes. Los resultados fueron que el 96,9% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 2,6% un nivel de calidad de vida baja y el 0,5% del total, un nivel de calidad de vida alta. (10).

Saca, N., en la pesquisa: Factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018, Lima, Perú. Estudio aplicado, descriptivo, observacional y de corte transversal. Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho.

Con una muestra que estuvo constituida por 100 pacientes adultos mayores a partir de 60 años en adelante. Sus resultados fueron: más del 50% de los pacientes con los factores de riesgo como obesidad, sedentarismo y tabaquismo afectaron su calidad de vida de manera significativa. En comparación de los pacientes con diabetes mellitus, que no se afectó su calidad de vida (11).

Ruiz, L. en el estudio: Determinar la situación social, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao 2016. Estudio transversal, realizado con 301 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario basado en la ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. Resultados: La mayoría (69,8%) de la población eran mujeres (44,5%) entre 60 y 69 años, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil. Un 79,4% de adultos mayores es independiente, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social. La mayoría (66,1%) carece de un seguro de

salud. Las enfermedades prevalentes fueron hipertensión arterial (42,5%), artrosis (33,6%) y el antecedente de tuberculosis estuvo presente en el 6,6%. Las mujeres tuvieron una peor situación socio familiar (12).

### **2.1.3. Regionales**

Silva, N., en la investigación: Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna. Cajamarca, 2016. Estudio descriptivo, exploratorio; tuvo como objetivo determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna-Cajamarca 2016, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos. Los resultados revelaron que 68% de los participantes tiene una calidad de vida regular, 18% un nivel de calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida (13).

### **2.1.4. Locales**

Herrera, U., en el estudio: Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial EsSALUD - distrito de Chota, 2017. Estudio descriptivo, corte transversal, el objetivo fue determinar la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, con una muestra de 120 adultos mayores. Los resultados fueron: En cuanto a calidad de vida 77,5% presentan mejor calidad de vida y 22,5% peor calidad de vida. Se encontró 88,3% tienen mejor nivel de salud en la dimensión estado de ánimo y 84,2% mejor nivel de salud en la dimensión manifestaciones somáticas (7).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Teoría del autocuidado de Orem**

Dorothea Orem, Enfermera creadora de esta teoría, el autocuidado consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un

funcionamiento vivo y sano, continuar con el desarrollo personal y el bienestar. El déficit de autocuidado descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente (14).

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. Conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades, respetando su dignidad, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos (14).

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

**Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (15).

**Salud:** La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una

unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona (15).

**Enfermería:** Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (15).

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede mantener su autocuidado, para ello Dorotea Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

- ✓ Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- ✓ Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- ✓ Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- ✓ Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
- ✓ Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar (15).

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la

vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería (15).

### 2.2.2. Teoría de los sistemas de Enfermería

- ✓ **Sistema parcialmente compensador:** Cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse (15).
  
- ✓ **Sistema totalmente compensador:** Cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total (15).
  
- ✓ **Sistema de apoyo educativo:** Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la Enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado (15). Un punto importante para considerar en la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre (15).

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1. Adulto mayor**

Persona mayor, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor (16).

La persona mayor, entendemos, son anciano, viejo, persona de la tercera edad, adulto mayor. La palabra anciano (del lat. vulgar antianus, derivado de la preposición “ante” - “en frente de, antes” y la terminación “-anus” común en adjetivos. Deriva últimamente de la inflexión locativa “anti” – “en frente de”. Será anciana la persona que cuenta con un “antes”, con un pasado mayoritario, que respalda lo poco que vendrá (16).

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (16).

#### **a) Características del adulto mayor**

Dentro de la vida del ser humano nos encontramos con diversas formas y maneras de observar su desarrollo y evolución dentro de un contexto social, una de las más importantes y que repercuten de forma directa son las etapas del desarrollo de acuerdo a un aspecto tanto biológico, social y psicológico; que compone al ser humano. Las principales características que tiene el adulto mayor dentro de este desarrollo (17).

Según Cesar Coll; las características del adulto mayor:

- ✓ Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- ✓ Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.

- ✓ Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- ✓ Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- ✓ Mantener la identidad y el estatus social.
- ✓ Encontrar compañía y amistad.
- ✓ Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- ✓ Establecer nuevos roles en la familia.
- ✓ Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida (17).

#### b) Cambios fisiológicos del adulto mayor

- ✓ **Cambios fisiológicos:** Las células envejecen, cambia la estructura corporal, se pierde elasticidad e hidratación en la piel (aparecen las arrugas).
- ✓ **Cambios en la salud:** Aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad).
- ✓ **Cambios nutricionales:** Las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y por tanto la alimentación debe ser más específica.
- ✓ **Cambios en la eliminación:** Pueden aparecer incontinencias, que tienen consecuencias psíquicas y sociales muy importantes para el anciano.
- ✓ **Cambios en la actividad:** El ritmo de ejercicio disminuye, si bien es más necesario que nunca que el individuo se mantenga activo.
- ✓ **Cambios en el sueño:** El patrón de descanso cambia, el individuo no sigue rutinas.
- ✓ **Cambios en la percepción:** Los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que lleva a problemas sensoriales (sordera, problemas de visión)
- ✓ **Cambios sociales:** Las relaciones sociales y los roles son distintos, incluso dentro de la familia. Muchas veces la persona tampoco se implica activamente en la sociedad.
- ✓ **Cambios sexuales:** Por limitaciones físicas en órganos sexuales, y pensamientos erróneos arraigados en la sociedad.

- ✓ **Cambios en Autoconcepto:** La actitud, la identidad, así como la imagen corporal de uno mismo cambia, y suele ser negativa. Disminuye la autoestima (18).

**c) Características biopsicosociales del adulto mayor**

Por otra parte, se evidencia que las características de la tercera edad dependen mucho de la personalidad de cada individuo, las condiciones del ambiente, el modo y estilo de vida y en menor grado de la edad, teniendo en cuenta que síntomas atribuidos a la vejez son consecuencia de un estilo de vida inactivo, pasivo, desanimado, solitario y no necesariamente el resultado de la edad. Lo que es más impresionante que tales cambios pueden ser revertidos, si el anciano asume una vida activa, dinámica, animosa, impulsada por motivos que le den sentido a su existencia, si realiza actividades interesantes y atractivas y mantiene un nivel de participación social animosa, lograr la maravilla de un rejuvenecimiento y conseguir «atrasar» el reloj biológico de diez a quince años (19).

**2.3.2. Hipertensión arterial**

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial, es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear (20).

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma; por ello se le conoce como el "asesino silencioso". En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre (20).

La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg, cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada (21).

La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión se puede tratar y su control logra no solo salvar vidas, sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad (22).

### **2.3.3. Hipertensión arterial en adulto mayor**

La presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo, mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, incrementado la presión de pulso que constituye un predictor muy fuerte para el desarrollo de eventos cardiovasculares (5).

En el adulto mayor las alteraciones estructurales de las paredes vasculares por la pérdida de la elastina y aumento de fibras de colágeno rígidas, la calcificación y el desarreglo de las fibras produce rigidez de las paredes, produciendo un incremento de la velocidad de la onda de pulso, determinado que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole incrementado la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica. Por esta razón el patrón de HTA predominante en el adulto mayor es la hipertensión sistólica aislada, esta forma de hipertensión ocurre en más del 80% de los mayores de 60 años y supera el 90% en los mayores de 80 años (5).

### 2.3.3.1. Definiciones y clasificación de los valores de presión arterial

<b>Categoría</b>	<b>Sistólica (mm/hg)</b>	<b>Diastólica (mm/hg)</b>
Optima	< 120	<80
Normal	<130	<85
Normal-alta	130-139	85-89
Hipertensión de grado 1 (ligera)	140-159	90-99
Hipertensión de grado 2 (Moderada)	160-179	100-109
<b>Hipertensión de grado 3 (grave)</b>	<b>&gt;179</b>	<b>&gt;109</b>
<b>Hipertensión sistólica aislada</b>	<b>&gt;139</b>	<b>&lt;90</b>

Cuando la presión arterial sistólica y diastólica está en categorías distintas, debe seleccionarse la más alta para clasificar al hipertenso (23).

Los términos “ligera”, “moderada” y “grave”, utilizados en recomendaciones previas de la OMS, corresponderían a los Grados 1, 2 y 3 respectivamente. La denominación (23).

Debe resaltarse que el término “hipertensión ligera” no implica un pronóstico uniformemente benigno, sino que se utiliza simplemente para contrastarlo con las elevaciones más intensas de la presión arterial (23).

### 2.3.3.2. Principales factores que contribuyen a la hipertensión y a sus complicaciones

#### a) Factores y determinantes sociales

- ✓ Globalización
- ✓ Urbanización
- ✓ Envejecimiento
- ✓ Ingresos
- ✓ Educación
- ✓ Vivienda

**b) Factores de riesgo conductuales**

- ✓ Dieta malsana
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Uso nocivo del alcohol

**c) Factores de riesgo metabólicos**

- ✓ Obesidad
- ✓ Diabetes
- ✓ Hiperlipidemia
- ✓ Nefropatías

**d) Enfermedades cardiovasculares**

- ✓ Infartos de miocardio
- ✓ Accidentes cerebrovasculares
- ✓ Insuficiencia cardíaca

**e) Factores socioeconómicos**

Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, el desempleo o el temor a perder el trabajo pueden repercutir en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta (23).

**f) Otros factores**

En algunos casos, la hipertensión no tiene causas específicas conocidas. Puede haber factores genéticos, y cuando se detecta hipertensión en personas menores de 40 años, es importante excluir una causa secundaria, como enfermedades renales y endocrinas o malformaciones de los vasos sanguíneos (23).

### **2.3.3.3. Fisiopatología**

La organización funcional de la circulación de la sangre necesita del constante mantenimiento de la presión arterial para asegurar la perfusión hística adecuada, su constancia depende de un complejo mecanismo de regulación. La conducción del flujo sanguíneo a los tejidos se realiza a través de un sistema de tubos distensibles, de calibre variado, de diferente composición de pared, que determina tensiones parietales distintas a lo largo del sistema vascular; presenta componentes musculares con funciones de esfínter a nivel de metaarteriolas y arteriolas, que permiten una regulación local del flujo sanguíneo, lo que resulta sustancial para los ajustes según demanda particular; la regulación local está gobernada por factores metabólicos, hormonales y nerviosos.

La presión arterial resulta de, la cantidad de sangre que ingresa al sistema arterial por unidad de tiempo (Volumen Minuto Cardíaco), la capacidad del sistema, la viscosidad del fluido y la resistencia que opone la luz arteriolar a su salida hacia el sector capilar y venoso (Resistencia Periférica). Considerando que tanto la viscosidad sanguínea como la capacidad del sistema arterial, dada su constancia, no participan activamente en la regulación de la presión arterial, puede decirse que todos los mecanismos de regulación de la presión arterial operan a través de Volumen Minuto Cardíaco y Resistencia Periférica (24).

### **2.3.3.4. Tipos de hipertensión arterial**

#### **a) La hipertensión arterial primaria o esencial**

Es la más frecuente, su origen es desconocido, aunque hay factores implicados en su desarrollo, normalmente responde bien al tratamiento farmacológico y ante la modificación en los estilos de vida.

**b) La hipertensión arterial secundaria**

Se origina por una enfermedad, una sustancia o en algunos casos, durante el embarazo. Normalmente cesa cuando desaparece aquello que la causando.

**c) Hipertensión idiopática**

Es el tipo más común, con mayor frecuencia en varones que en mujeres. la causa no es precisada, tiene que ver a muchos factores que en su totalidad dan esta enfermedad.

**d) Hipertensión intermitente**

Sólo se presenta en determinadas circunstancias, cuando se visita al médico, o ante una presión emocional o ejercicio. Estos pacientes tienen una alta probabilidad de presentar más adelante una hipertensión ya más acentuada.

**e) Hipertensión sistólica aislada**

La presión sistólica es elevada, mientras la presión diastólica es normal (menos de 90 mmHg), es característica en ancianos.

**f) Hipertensión limítrofe**

Se define como la elevación de la presión arterial pero no en rango de la hipertensión. Normalmente estos pacientes se encuentran en estado de transición a desarrollar una hipertensión esencial.

**g) Hipertensión maligna**

Es una urgencia médica, donde la presión puede elevarse usualmente mayor a 180/120 mmHg. Se relaciona a daño de otros órganos y pérdida de volumen intravascular (24).

**2.3.3.5. Causas de la hipertensión**

La HTA, en la mayoría de los casos, es de causa desconocida. A través de estudios epidemiológicos, experimentales y clínicos, existen factores genéticos y ambientales cuya conjunción podrían dar lugar a su

aparición. En una pequeña proporción de casos, encontramos la causa, bien enfermedad o agente externo que, al tratarla o suprimirla, se controlará la hipertensión (24).

#### **2.3.3.6. Cuadro clínico de la hipertensión**

La hipertensión provoca síntomas como cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal. Ignorar estos síntomas puede ser peligroso, pero tampoco se los puede interpretar siempre como indicativos de hipertensión. La hipertensión es una grave señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el modo de vida (24).

- a) **Clínica de la hipertensión arterial no complicada:** La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual (24).
  
- b) **Clínica de la hipertensión arterial complicada:** A nivel cardíaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca congestiva, accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebrobasilar, infartos lacunares, demencia vascular y hemorragia cerebral, cuyo principal factor etiológico es la hipertensión arterial (24).

#### **2.3.3.7. Diagnóstico**

Para medir la tensión arterial se utilizan dispositivos electrónicos, de mercurio y aneroides (tensiómetro o esfigmomanómetro). La OMS, recomienda el uso de dispositivos asequibles y fiables que ofrecen la opción de realizar lecturas manuales.

Es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes de establecer el diagnóstico de hipertensión. La tensión se mide dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la tarde. Se toman dos

mediciones consecutivas, con un intervalo mínimo de un minuto entre ambas y con la persona sentada. Las mediciones del primer día se descartan, y para confirmar el diagnóstico de hipertensión se toma el valor promedio de todas las restantes (24).

#### **2.3.3.8. Tratamiento**

##### **a) No farmacológico**

Están encaminadas a cambiar el estilo en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio (pacientes con riesgo bajo-medio) como complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo, donde el principal objetivo es reducir la presión arterial. Reducir las necesidades de fármacos antihipertensivos y aumentar su eficacia, abordar los demás factores de riesgo existentes, prevención primaria de la hipertensión y los trastornos cardiovasculares asociados en la población, mediante:

- ✓ Reducción de peso
- ✓ Reducción del consumo excesivo de alcohol
- ✓ Reducción del consumo de sal
- ✓ Aumento de la actividad física
- ✓ Ingesta de potasio (24).

##### **b) Tratamiento farmacológico**

Depende de los niveles de presión arterial y del riesgo cardiovascular global del paciente, tiene como principales objetivos: Realizar un tratamiento específico frente al mecanismo fisiopatológico y reducir las resistencias vasculares periféricas, reducir la morbimortalidad cardiovascular controlando las complicaciones, revertir las lesiones orgánicas en los órganos diana, mejorar la calidad de vida del hipertenso (24).

Las seis clases principales de medicamentos utilizados, en todo el mundo, para el tratamiento de reducción de la presión arterial son las siguientes:

✓ **Diuréticos**

Estos fármacos tienen propiedades antihipertensivas independientes de su actividad diurética, se clasifican en:

Diuréticos de asa: Furosemida 20-250 mg/día 4 a 6, Torasemida 2,5-10 mg/día 12.

Tiasídicos: Clortalidona 12,5-50 mg/día 24 a 72, Hidroclorotiazida 12,5-50 mg/día 12 a 18.

Ahorrradores de potasio: Amilorida 5-10 mg/día 24, Espironolactona 25-100 mg/día 8 a 12, Triamterene 25-100 mg/día 12 (24).

✓ **Bloqueantes beta-adrenérgicos**

Disminución del gasto cardíaco, inhibición de la actividad de renina plasmática.

Atenolol 25-100 mg/día, Bisoprolol 2,5-10 mg/día Metoprolol 50-300 mg/día, entre otros (24).

✓ **Calcioantagonistas**

Son capaces de reducir el crecimiento del ventrículo izquierdo y algunos tienen propiedades antiarrítmicas; además de las propiedades antianginosas en global. La clasificación más básica es en dihidropiridinas y no dihidropiridinas.

Dihidropiridinas: Felodipino, Nifedipino, Nisoldipino entre otros.

No dihidropiridinas: Diltiazem y Verapamilo (24).

✓ **Inhibidores de la enzima de conversión**

Los inhibidores de la enzima de conversión (IECA), actúan inhibiendo la actividad de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA), que convierte la angiotensina I en angiotensina II, que es la sustancia vasoconstrictora más potente del organismo como, por ejemplo: Benazepril 5-20 mg/día, Captopril 12,5-150 mg/día, Enalapril 2,5-40 mg/día, etc (24).

✓ **Antagonistas de los receptores de la angiotensina II**

La acción antihipertensiva de los ARA II es mayor cuanto mayor es el nivel presión arterial previo, así como en pacientes con restricción de sodio o que reciben diuréticos a altas dosis, por ejemplo: Irbesartán 150-300 mg/día, Losartán 50-100 mg/día, Valsartán 80-160 mg/día (24).

✓ **Bloqueantes alfa 1 adrenérgicos**

El bloqueo de los receptores alfa 1 produce una vasodilatación arteriovenosa y reduce las resistencias vasculares periféricas, y la presión arterial. Prazosín 2-30 mg/día. Terazosina 1-20 mg/día (24).

**2.3.3.9. Consecuencias**

- ✓ Hiperparatiroidismo
- ✓ Hematomas
- ✓ Arterioesclerosis
- ✓ Insuficiencia cardíaca
- ✓ Trombosis
- ✓ Arritmias
- ✓ Embolias
- ✓ Infarto agudo de miocardio
- ✓ Enfermedad cerebrovascular

- ✓ Disfunción endotelial
- ✓ Aneurisma
- ✓ Hipertrofia vascular (24).

#### **2.3.3.10. Medidas preventivas de hipertensión arterial**

Las medidas de prevención son:

- ✓ No fumar.
- ✓ Evitar consumo excesivo de alcohol (no más de 30 g al día).
- ✓ Evitar el sedentarismo y la obesidad.
- ✓ Procurar tener una dieta ajustada a las necesidades de cada uno.
- ✓ Dejar tiempo libre para el esparcimiento y para descansar
- ✓ Relajación emocional
- ✓ Reducir el estrés
- ✓ Controles frecuentes de la presión arterial (24).

#### **2.3.4. Modelo de calidad de vida**

Schwartzmann, propone un modelo de evaluación de las dimensiones psicosociales (estado de ánimo y manifestaciones somáticas) determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (25).

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) (25).

### **2.3.5. Calidad de vida en el adulto mayor**

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 (26).

Algunos estudios apoyan la relación existente entre la calidad de vida y el envejecimiento, concluyendo que la calidad de vida guarda una relación directa con aspectos cognoscitivos, emocionales y atributos personales que influyen al llegar a la tercera edad. Este es el caso de un estudio realizado por la USMP, Lima Perú en el 2006 cuyos resultados fueron que “los ancianos se sentirán más satisfechos con sus vidas si no albergan emociones negativas como el resentimiento, tienen una escolaridad elevada, reciben apoyo y refuerzo social de los que lo rodean, consumen pocas sustancias psicoactivas (medicamentos sin receta, fumar, tomar licor), participan socialmente de su familia o si viven con ellos y, finalmente, si tienen amigos que se conocen entre sí” (26).

Calidad de vida como la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: Salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida, en concordancia con otros autores cubanos. En la tercera edad, este concepto significa, en buena medida, la capacidad funcional del anciano para valerse por sí mismo y realizar sus actividades, seguridad económica y condiciones de la vivienda, que le permite resolver sus necesidades materiales, además de experimentar satisfacción por la vida, que se corresponde con las necesidades espirituales propias de la edad (27).

La calidad de vida del adulto mayor empieza a definirse en el seno familiar. Es la familia el primer nivel de relación de toda persona, por lo

tanto, al hablar de calidad de vida, obliga traer a discusión a este grupo familiar. Donde se inicia todo el proceso la persona en la etapa adulta mayor. Si bien es cierto, a nivel individual el adulto mayor, puede ver afectada su salud biológica, tiene que entenderse que la enfermedad es una alteración del equilibrio físico, mental y social; acaecido a cualquier edad de la persona, por otro lado los cambios sociales que sufren los adultos mayores de hoy, las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el adulto mayor ocupa una posición social, pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna, se le libera de un trabajo obligatorio, pero pierde poder social, económico y laboral (28).

#### **2.3.5.1. Dimensión física**

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes. Los cambios más significativos a nivel sensorial en los ancianos son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor. Lo que produce como efecto psicológico más importante el aislamiento y la inseguridad en sí mismo lo que dificulta su interrelación con otras personas. Las inseguridades y el miedo a salir de su propia casa aumentan el deterioro de toda su condición física, la sensación de no poder dominar su cuerpo en un ambiente extraño (12).

#### **2.3.5.2. Dimensión psicológica**

Hace referencia con la salud mental (psiquis), en la cual se debe considerar el estado cognitivo y el afectivo del individuo. En esta dimensión, se pueden detectar cambios mentales asociados al envejecimiento, apareamiento de estados de alteración de la memoria, afecciones afectivas. Se deben considerar patologías comunes como: Depresión, ansiedad, Alzheimer, demencia senil. Estas patologías afectan directamente el bienestar del individuo (12).

### **2.3.5.3. Dimensión de relaciones interpersonales**

El adulto mayor posee un valor social indiscutible dada la sabiduría acumulada, por lo que; no amerita ser excluido de los ámbitos cotidianos y productivos de la sociedad y de los servicios esenciales, sobre todo si se toma en cuenta la tendencia de la población mundial, que paulatinamente va incidiendo en cada país, por ser un factor importante en el complemento de la educación social y constituye elemento importante en la reproducción cultural y social de la familia y comunidad (12).

### **2.3.5.4. Dimensión ambiental**

Silva, N. cita a Morales, el cual cita a Granda Fuster (1997), donde refiere que la familia continúa siendo la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población adulta mayor. Por otra parte, en la tercera edad se produce un marcado cambio en la importancia que cobran las amistades como fuente de apoyo emocional. Estas relaciones proporcionan intimidad emocional y compañía. La persona mayor con frecuencia se dirige a sus amistades cuando se encuentra preocupada o sola, también proporciona apoyo emocional, consejo y frecuentemente actúa como confidente de la persona mayor (12).

### **2.3.6. Valoración social del adulto mayor**

Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado (29).

La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia (29).

La valoración social es el proceso de evaluación de los aspectos sociales, económicos y culturales individuales como del entorno familiar y social que determina el grado de salud del adulto mayor (30).

Realizar la valoración social en el adulto mayor nos ayuda en la detección de riesgo social o la existencia de los problemas sociales. La relevancia del diagnóstico radica en que existen evidencias que los factores sociales afectan la “salud y la enfermedad aumenta con la edad, especialmente a partir de los 60 años (30).

La identificación de problemáticas o riesgos sociales es importante para realizar un diagnóstico social y planificar las intervenciones a desarrollar para el tratamiento de cada caso, priorizando aquellas encaminadas a prevenir situaciones de alto riesgo (30).

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas (30).

#### **2.3.6.1. Entorno social y familiar**

El apoyo familiar y social de los adultos mayores son los pilares fundamentales para evitar el sentimiento de soledad, en mayores de los 80 años este sentimiento de soledad es mayor si las personas se sentían y vivían solas, por el simple hecho de haber perdido a su cónyuge, hermanos, vecinos o colegas, se determina que entre más viejo es el adulto mayor, se acrecienta el deterioro físico que a su vez impide que se relacione con los demás aislándose completamente (31).

## 2.4. Operacionalización de variables

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
<b>Calidad de vida del adulto mayor</b>	Calidad de las condiciones de vida de una persona, los parámetros subjetivos son: bienestar, felicidad y realización personal; y los parámetros objetivos satisfacción de las necesidades básicas y de las necesidades creadas por el grado de desarrollo económico y social de determinada sociedad (12).	La calidad de vida del adulto mayor se medirá a través Cuestionario WHOQOL-BREF (12).	Físico Psicológico Relaciones sociales Ambiente	Baja 21 – 40 Normal 41 – 60 Alta 61 – 80 Muy alta 81– 100 (38)	Intervalo

<b>VARIABLE 2</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>PARAMETROS</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>RANGOS</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>
<b>Valoración social</b>	Proceso de evaluación de los aspectos sociales, económicos y culturales individuales como del entorno familiar y social que determina el grado de salud del adulto mayor (30).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación familiar,</li> <li>- Situación económica</li> <li>- Vivienda,</li> <li>- Relaciones sociales</li> <li>- Apoyo de la red social</li> </ul>	<p>Buena/aceptable situación social</p> <p>Existe riesgo social</p> <p>Existe problema social</p>	<p>5 – 9</p> <p>10 - 14</p> <p>≥ 15 puntos</p>	Intervalo

<b>VARIABLE 3</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Etimológicamente, la palabra “sexo” proviene del latín sexus, que significa “cortar o dividir” (Gómez, 1995), implicando con ello la división y clasificación en machos y hembras a partir de sus características biológicas (32).	Cuestionario	1. Hombre 2. Mujer	Nominal
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Se refiere a la vida o tiempo que se vive, Concepto implícito en la cosmovisión, Es parte de un referente que se mide o se enmarca en la experiencia vivida colectiva (33).	Cuestionario	1. 60 – 70 2. 71 – 80 3. 81 a más	Intervalo
<b>Estado civil</b>	Cualitativa	Es la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles (34).	Cuestionario	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Conviviente 5. Divorciado/separado	Nominal
<b>Grado de instrucción</b>	Cualitativa	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (35).	Cuestionario	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior 5. No sabe	Ordinal

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio tuvo un abordaje cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y corte transversal, descriptivo, porque describió la calidad de vida y la valoración social del adulto mayor con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota, fue un diseño no experimental, ya que no se manipuló las variables y es de corte transversal porque la información se recogerá en un solo momento (36).

Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas (36).

#### 3.2. Población y muestra

##### a. Población

La población para el estudio de investigación estuvo conformada por todos los adultos mayores hombres y mujeres con hipertensión arterial que participan en el Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota 2020, con una demanda de 120 adultos mayores.

##### b. Criterios de Inclusión

- ✓ Adultos mayores hombres y mujeres con hipertensión arterial que participan en el Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2020.

- ✓ Adultos mayores hombres y mujeres con hipertensión arterial sin alteraciones mentales.
- ✓ Adultos mayores hombres y mujeres con hipertensión arterial dispuestos a participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado.

### c. Muestra

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

En donde:

N = 120 (Población de adultos mayores)

Z = 1.96 (Nivel de confiabilidad)

p = 0.5 (probabilidad de que ocurra el fenómeno)

q = 0.5 (probabilidad de que no ocurra el fenómeno)

e = 0.05 (error de la muestra)

n = tamaño de la muestra

La muestra fue  $\geq$  a 83 adultos mayores; la muestra fue ajustada con la siguiente formula:

$$n \geq \frac{n}{1 + n/120}$$

Donde el resultado final de la muestra obtenida fue de 52 adultos mayores pertenecientes al Programa del Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota 2020.

### 3.3. Unidad de análisis

Cada adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial que participan en el Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota.

### **3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos**

#### **a. Técnicas**

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista estructurada, que incluyó preguntas cerradas, que requieren un menor esfuerzo para responder por parte de los encuestados que no tienen que escribir o verbalizar pensamientos de todo tipo (36).

#### **b. Instrumento**

El instrumento de recolección de información constó de 3 partes:

En la primera parte se encuentra en el cuestionario la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, versión de 26 preguntas (12).

El instrumento WHOQOL-BREF, es una escala tipo Likert y tiene 26 ítems, (12). Ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión puntuada de forma independiente. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada, brinda una visión de calidad de vida del adulto mayor, con puntajes de cuatro dominios existen dos ítems que se evalúan de forma separada: El ítem número 1 pregunta sentimientos referentes a calidad de vida, y el ítem número 2 pregunta satisfacción con su salud, la tercera separación produce un perfil de 4 dimensiones:

- Salud física
- Salud psicológica
- Relaciones sociales
- Ambiente

Cada dimensión tiene indicadores independientes y el puntaje de cada ítem se agrupa con las del mismo dominio para calcular el puntaje total del dominio. Los

resultados se multiplican por 4 para equiparlos a la interpretación que se realiza con el WHOQOL-100 (37).

La calidad de vida se evaluará en base a los siguientes indicadores:

Baja	21 – 40
Normal	41 – 60
Alta	61 – 80
Muy alta	81– 100 (38)

En la segunda parte se presenta el Formato de Atención Socio Familiar del Adulto Mayor validado por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) donde se realizó una prueba Binomial, si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa, por lo tanto, el instrumento es válido y servirá para realizar la valoración integral familiar del adulto mayor, consta de 25 ítems y guarda relación con los objetivos de la investigación (30).

- Buena/aceptable situación familiar 5 – 9
- Existe riesgo social 10 - 14
- Existe problema social  $\geq 15$  puntos

Contiene 5 parámetros de valoración: Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, y apoyo de la red social (Municipalidad, ONG, etc).

En la tercera parte se plantea interrogantes sobre características sociodemográficas de los participantes como: Edad, sexo, estado civil, y grado de instrucción.

### **3.5. Validez y confiabilidad del instrumento**

Para conocer la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de información se realizó una prueba piloto en un grupo de 12 adultos mayores hipertensos que son atendidos en el centro de salud Lajas- Chota. Cuidando que tuvieran las mismas características que la población en estudio.

La Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF obtuvo un alfa de Cronbach fue 0,860 (86%), es decir el instrumento es altamente confiable.

En cuanto al Cuestionario de Valoración Socio – Familiar, se alcanzó la validez de contenido cuando los participantes entendieron las preguntas y sus respuestas fueron coherentes con la pregunta y objetivo de investigación.

### **3.6. Procedimientos y análisis de datos**

#### **a. Procedimientos de recolección de datos**

Para iniciar con la recolección de datos en primer lugar se solicitó de forma escrita autorización de la directora del Hospital José Soto Cadenillas, para la obtención del padrón nominal de adultos mayores hipertensos y luego a la Enfermera responsable del Programa del Adulto Mayor, para tener el acercamiento a los adultos mayores que participaron en el estudio.

Una vez identificados los participantes, se les explicó el objetivo del estudio a fin de obtener su colaboración voluntaria y firma del consentimiento informado. La entrevista se realizó en sus domicilios por motivo de la pandemia Covid 19, y tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente.

La entrevista se realizó en su domicilio previa coordinación con el/la participante.

Teniendo en cuenta la actual pandemia de Covid 19, y que los participantes del estudio forman parte del grupo de personas de alta vulnerabilidad, se tuvieron en cuenta todas las medidas de bioseguridad:

- En el momento de la entrevista se utilizó el uniforme correctamente y además se hizo uso del mandilón.
- Se usó en todo momento mascarilla KN95 y careta facial
- Se guardó el distanciamiento social de 1,5 metros.
- Y la desinfección de manos con alcohol en todo momento.

## **b. Procesamiento y análisis de los datos**

- ✓ **Procesamiento:** La información fue recolectada en forma manual, codificada y digitada. Para su procesamiento estadístico se utilizó el programa Excel. Los resultados fueron procesados y presentados en cuadros estadísticos. Para la presentación de los resultados se utilizó tablas simples las que fueron analizadas posteriormente.
  
- ✓ **Análisis de datos:** Al analizar los datos cuantitativos debemos recordar dos cuestiones: Primero, que los modelos estadísticos son representaciones de la realidad, no la realidad misma; y segundo, los resultados numéricos siempre se interpretan en contexto, el análisis se realiza tomando en cuenta los niveles de medición de las variables y mediante la estadística (36).

Para poder analizar los datos se utilizaron las siguientes técnicas estadísticas: Estadística descriptiva, consistente en describir los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlo con antecedentes y teorías; todo ello tendiente a determinar los objetivos formulados en base a los resultados obtenidos en el procesamiento de datos (36).

### **3.7. Consideraciones éticas**

- ✓ **Consentimiento o aprobación de la participación**

Es necesario que los participantes proporcionen el consentimiento explícito acerca de su colaboración. Las formas de aprobación deben adaptarse a los requerimientos legales de la localidad donde se lleve a cabo la investigación o aprobación (39).

En esta investigación los adultos mayores pertenecientes al Programa del Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota, firmaron un consentimiento informado donde aceptan su participación de forma autónoma

y pueden tomar la decisión de retirarse del trabajo de investigación o negarse a brindar la información solicitada.

- ✓ **Confidencialidad:** No se revele la identidad de los participantes; ni se indique de quiénes fueron obtenidos los datos y anonimato. Traicionar la confianza de los participantes es una seria violación a los principios de la ética y la moral (39).

En este trabajo se aseguró el anonimato de la información brindada por los participantes, no se reveló la identidad de los adultos mayores que participan en el trabajo de investigación.

- ✓ **Beneficencia y no maleficencia:** Actuar sobre los principios de beneficencia y no maleficencia significa ayudar a otros para obtener lo benéfico, involucrarse en conductas para prever o reducir riesgos a los participantes, o ambas (40).

En el desarrollo del presente trabajo de investigación, se proporcionó beneficios tanto para el adulto mayor, familia, personal de salud y población en general, porque es importante que se conozca sobre la calidad de vida y la valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial. Se evitó los riesgos teniendo en cuenta que no es un trabajo de tipo experimental y se basó en la recaudación de información brindada por el adulto mayor en un solo momento.

- ✓ **Justicia y equidad:** Se refiere al derecho que toda persona posee de ser favorecida con los resultados de la investigación en la que participa, que dicho estudio se realice realmente en el grupo que se requiere investigar y que solo se utilice una población vulnerable cuando en esta sean provechosas las consecuencias (40).

La investigación aseguró la oportunidad y posibilidad de que todos los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, participen en el estudio y que ellos mismos se favorezcan con los resultados.

### 3.8. Rigor científico

- ✓ **Confiabilidad:** La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (36). La confiabilidad del instrumento de recolección de información se conoció a través de la prueba piloto y la prueba alfa de Cronbach.
  
- ✓ **Validez:** La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir, la validez de contenido de los instrumentos se conocerá a través de la prueba piloto (36).  
En el presente estudio al ser un estudio descriptivo de pregrado, la validez de contenido busca conocer si los cuestionamientos son entendidos por los adultos mayores participantes del estudio, teniendo en cuenta su contexto e idiosincrasia.

La validez de contenido que se alcanzó a través de la prueba piloto fue cuando las preguntas del instrumento de recolección de datos, recogió la información necesaria según los objetivos del estudio.

- ✓ **Objetividad:** La objetividad se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan (36).

En esta investigación para el análisis de los resultados (tablas estadísticas), se realizó a la luz del marco teórico, de tal manera que la opinión y/o percepción de la investigadora no influyan en el análisis y conclusiones del estudio.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020**

<b>Características</b>		
<b>Sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
De 60 a 70 años	22	42,3
De 71 a 80 años	17	32,7
De 81 a más	13	25,0
<b>Sexo</b>		
Hombre	19	36,5
Mujer	33	63,5
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	4	7,7
Casado(a)	24	46,2
Viudo(a)	17	32,7
Conviviente	6	11,5
Divorciado(a)/separado(a)	1	1,9
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeto	15	28,8
Primaria	21	40,4
Secundaria	6	11,5
No sabe	10	19,2
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

La tabla 1, presenta como datos relevantes: 42,3% de los participantes del estudio tiene entre 60 a 70 años, y 25% de 81 años a más. En cuanto a sexo predominan las mujeres en 63,5 %; en referencia al estado civil, es mayor el grupo de casados con 46,2%, los

viudos 32,7%; por último, el 40,4% tienen con algún grado de primaria, los analfabetos representan un 28,8% y 19,2% refiere no saber.

Como se observa la mayor proporción de adultos mayores hipertensos tiene entre 60 a 70 años, estos resultados que guardan relación con el estudio tornasol I y II, donde la prevalencia de HTA es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años (5). Los adultos mayores en la ciudad de Chota que se encuentran en este grupo de edad, posiblemente aún pueden movilizarse y acudir para su control de presión arterial mensual, además de ser mayormente independiente. De otro lado, al avanzar la edad tanto por los efectos del proceso de envejecimiento como por las complicaciones de la HTA o de otras patologías anexas es más difícil que el adulto mayor pueda salir de casa, es más común que sea trasladado a un centro hospitalario cuando está muy mal de salud.

En cuanto a sexo, como se observa predomina la presencia de mujeres, en este sentido el INEI en el año 2020, informa que; las mujeres fueron más afectadas con HTA que los hombres con un porcentaje del 12% a diferencia de los hombres con 8%. La proporción de mujeres hipertensas con tratamiento tiende a ser mayor que en los hombres con un porcentaje del 69% (41).

El Hospital José Soto Cadenillas Chota, a través del Programa del Adulto Mayor brinda atención de hipertensión arterial, donde la mayor parte son usuarias, esta situación puede asociarse a los estilos de vida de las adultas mayores que en su mayoría viven en zona rural, se dedican a labores de la casa, no realizan actividad física adecuada, además su dieta es básicamente carbohidratos con el consumo frecuente de carne de cerdo con alto contenido de sal, de otro lado, el aspecto emocional, el estrés, la preocupación de cuidar a la familia, en conclusión, el escaso control de los factores de riesgo puede desencadenar problemas de salud como HTA, accidente cerebrovascular, infartos, etc.

De otro lado, se conoce que la mujer, aun hoy conserva su estatus de dependiente del esposo, por tanto, al estar cuidando de los hijos y en la vejez de los nietos, usualmente su salud es poco importante, dejando de lado sus chequeos continuos y solos acude al establecimiento de salud cuando el problema cardiovascular está instalado y es irreversible. Es ahí donde la mujer al presentar algún malestar decide permanecer en

compañía de algún familiar o simplemente en un lugar donde pueda tener mayor acceso sanitario. Por ello la educación a la persona sana o enferma sobre las enfermedades crónicas degenerativas y la prevención de las mismas se convierte en elemento primordial para mejorar la salud de la población haciendo hincapié en los procesos de intervención sanitaria en el primer nivel de atención.

En referencia al estado civil, prevalece el grupo de casados y viudos, al respecto, el INEI en el año 2020, informa que 63,6% de los adultos mayores son casados o convivientes, el 19,3% viudo y 17,1% otro estado civil (42).

La población adulta mayor de Chota, en relación a su estado civil está fuertemente unido a las raíces y costumbres de la zona pues el matrimonio es considerado como símbolo de amor, respeto, confianza para toda la vida, siendo poco frecuentes los divorcios o separaciones, implican una red de apoyo no solo lo material, si no también psicológica y espiritual.

De otro lado, la presencia de viudos, puede asociarse a la edad de la pareja, las enfermedades crónicas degenerativas, los accidentes; es en esta etapa donde la presencia de los hijos, su apoyo y comprensión es primordial para que el adulto mayor continúe con su vida, así mismo el acompañamiento del personal de salud también es vital para conservar su autonomía con planes de trabajo efectivos orientados a este grupo para brindar apoyo emocional mediante la información y comunicación incluyendo a la familia.

Finalmente, la presencia de adultos mayores con algún grado de primaria y analfabetos coincidiendo con los porcentajes del INEI, en donde el 13,4% de esta población no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 36,8% alcanzó estudiar primaria (43).

Se puede deducir que la mayor parte logró iniciar o culminar cierto grado de educación, situación que posibilita una mayor comprensión e información para desarrollar ciertas habilidades que facilita la interacción social. Es aquí donde el profesional de enfermería debe utilizar como herramienta básica la educación para llegar a la población y establecer relaciones satisfactorias para promocionar la salud.

**Tabla 2. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Baja	0	0,0
Normal	3	5,8
Alta	49	94,2
Muy alta	0	0,0
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 2, se ha encontrado que 94,2% de los adultos mayores presentan una calidad de vida alta, y 5,8% normal.

Estos resultados guardan similitud con el estudio de Burbano, D., que concluyó que la mitad de los pacientes encuestados presentaron niveles de calidad de vida relacionada con la salud adecuada (8). Así mismo, se asemejan a los hallazgos de Herrera, U. quien concluyó que 77,5% presentan mejor calidad de vida (7).

Schwartzmann, L., propone que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida (25). En este caso, se puede deducir que la calidad de vida de los participantes tiene características específicas donde 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.

Se debe indicar que la percepción de calidad de vida que tiene cada poblador es diferente, puesto que para muchos adultos mayores contar con SIS que les brinda atención de salud y medicamento gratuitos cuando están enfermos, o acceder al Programa Pensión 65, que les permite un ingreso monetario extra y muchas veces único

puede percibir su calidad de vida como inmejorable, pero esta situación cambia cuando el usuario puede acceder a otros servicios de salud o su poder adquisitivo es mayor. Además, tener apoyo familiar, alimentación diaria, estar junto a los hijos y nietos, no sentir dolor promueve una vida más tranquila y satisfactoria.

La calidad de vida engloba varios aspectos desde el físico, psicológico, social, económico espiritual y hasta lo ambiental, pero el personal de salud se enfoca básicamente en el bienestar físico, dejando de lado el aspecto subjetivo de los adultos mayores, es por ello que en muchos casos los pacientes no logran adaptarse a los cambios que una enfermedad crónica (HTA) requiere, como en la dieta, mayor actividad física, polifarmacia, etc. es así que sin la conveniente orientación y seguimiento puede aparecer un desequilibrio físico y emocional que afecta significativamente a la calidad de vida del adulto mayor.

Es por eso, que las instituciones en salud en cooperación con la familia y los diferentes actores sociales dedicados al bienestar y protección de las personas en la tercera edad deberían propiciar el mejoramiento de programas y políticas sociales orientados a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor hipertenso, así como la inclusión social y familiar del mismo para que de esta manera puedan llevar una vida digna y adecuada como debería ser.

La hipertensión arterial (HTA), es un problema frecuente en Chota, por los estilos de vida poco saludables en especial la dieta con un consumo elevado de sal y rica en grasas, la falta de ejercicio y sedentarismo que pueden ocasionar sobrepeso y obesidad.

Los adultos mayores hipertensos pertenecientes al Programa del Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota, en su mayoría mantiene la enfermedad controlada con medicamentos brindados por el Seguro Integral de Salud (SIS), lo que les permite controlar muchos signos y síntomas de la enfermedad como la cefalea, tinnitus , etc, muchos de ellos mantiene aún su capacidad física para realizar independientemente sus actividades diarias, esto acompañado de la buena relación que mantienen con sus familiares lo cual favorece en gran medida en su salud mental y psicológica.

El nivel de calidad de vida alta, lleva implícita las buenas relaciones sociales con los vecinos, amigos y comunidad lo que les permite participar activamente en la toma de decisiones, sosteniendo un ambiente sano y tranquilo para su desarrollo personal y espiritual, evitando que la enfermedad provoque un impacto negativo en la salud y poder mantener una calidad de vida favorable.

**Tabla 3. Valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020**

<b>Valoración social</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Buena/aceptable situación familiar	0	0,0
Existe riesgo social	35	67,3
Existe problema social	17	32,7
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

La valoración social de los adultos mayores muestra que 67,3% existe riesgo social, y 32,7 % tiene un problema social.

Los resultados coinciden con la investigación de Ruiz, L. encontró que 46,2% de los adultos mayores entrevistados se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tiene problema social (12).

La valoración social, es el proceso de evaluación de los aspectos sociales, económicos y culturales, individuales como del entorno familiar y social que determina el grado de salud del adulto mayor. Realizar la valoración social en el adulto mayor nos ayuda en la detección de riesgo social o la existencia de los problemas sociales. La relevancia del diagnóstico radica en que existen evidencias que los factores sociales afectan la “salud y la enfermedad aumentando con la edad, especialmente a partir de los 60 años (30).

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presentan riesgo social, en este grupo están incluidos aquellos que tienen la posibilidad de sufrir un daño producto de una causa social; muchos adultos mayores viven en compañía del cónyuge de similar edad situación que genera riesgo cuando enfrentan situaciones de enfermedad grave y requieren apoyo económico, cuidado, o apoyo emocional y no cuentan con apoyo familiar por lejanía de los hijos por estudio o trabajo. Respecto a esto, Vera, M., refiere que las redes de apoyo familiar y social de los adultos mayores son los pilares fundamentales para evitar el sentimiento de soledad (31).

En la valoración social se tiene en cuenta la situación sociofamiliar del adulto mayor, la cual incluye una serie de aspectos como lo es la familia, recursos económicos con los que cuenta, condiciones de la vivienda, las relaciones sociales y el tipo de apoyo que recibe de las diferentes redes sociales (municipios, seguro social, ONG, etc). En este sentido, aquellos con riesgo o problema ya instalado generalmente viven solos, no cuentan con un ingreso económico seguro, no tienen casa propia o viven con los hijos, muchos han sido abandonados por la familia y viven de la caridad de vecinos. Existe poca inclusión del adulto mayor a la sociedad posiblemente por ese motivo sus interrelaciones son únicamente con vecinos o familiares y no pertenecen a grupos que motiven la participación social.

De otro lado, los adultos mayores con un problema social ya instalado, son quienes han perdido a su cónyuge recientemente o se encuentran lejos de la familia, estas personas sufren un mayor impacto emocional frente a la enfermedad no trasmisible con la HTA, la mayor parte no cuentan con un ingreso económico regular, dependiendo de los hijos o familiares cubriendo apenas sus gastos y necesidades básicas originando preocupación, ansiedad e incluso sentimientos de abandono menoscabando su calidad de vida y originando que el envejecimiento sea una etapa difícil de sobrellevar. Sandoval, C. afirma que el envejecimiento exitoso permite que una persona se mantenga activa física, mental, social y productivamente, con proyectos de vida y dispuestos a enseñar a las generaciones más jóvenes (44).

En este estudio se ha encontrado la existencia de riesgo y problema social en los participantes, siendo el riesgo social más predominante, debido a que los factores de riesgo a sufrir un daño son elevados, los aspectos evaluados no son del todo favorables, la situación familiar de los adultos mayores es buena pero deficiente, los hijos no brindan el tiempo necesario al adulto mayor ya sea por trabajo o ciertas ocupaciones, debido a la responsabilidad de mantener un hogar ya que la situación económica del adulto mayor no es buena y por ende no puede aportar al hogar, recibir una pensión por parte del estado no es suficiente para cubrir todas sus necesidades. La gran mayoría no cuenta con una vivienda apropiada y el máximo de relaciones sociales que pueden tener es con la familia o vecinos y la falta de apoyo por parte de las diferentes redes sociales (municipios, seguro, etc), aumenta el riesgo social y por ende los problemas sociales.

**Tabla 4. Características sociodemográficas según calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del adulto mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020**

Características Sociodemográficas	Calidad de vida									
	Baja		Normal		Alta		Muy alta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Edad</b>										
De 60 a 70 años	0	0,0	1	4,5	21	95,5	0	0,0	22	100,0
De 71 a 80 años	0	0,0	1	5,9	16	94,1	0	0,0	17	100,0
De 81 a más	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	13	100,0
<b>Sexo</b>										
Hombre	0	0,0	2	10,5	17	89,5	0	0,0	19	100,0
Mujer	0	0,0	1	3,0	32	97,0	0	0,0	33	100,0
<b>Estado civil</b>										
Soltero/a	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	100,0
Casado/a	0	0,0	0	0,0	24	100,0	0	0,0	24	100,0
Viudo/a	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	17	100,0
Conviviente	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	6	100,0
Divorciado/a separado/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
<b>Grado de instrucción</b>										
Analfabeto	0	0,0	1	6,7	14	93,3	0	0,0	15	100,0
Primaria	0	0,0	0	0,0	21	100,0	0	0,0	21	100,0
Secundaria	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6	100,0
Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No sabe	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	10	100,0

La tabla 4, muestra como datos más relevantes que en la calidad de vida normal los porcentajes más altos se presentaron en los adultos mayores de 81 años, en los hombres (10,5%), solteros (25%) y en quienes alcanzaron algún grado de secundaria (6,7%). En cuanto a la calidad de vida alta no existe diferencia notable en los tres grupos etarios propuestos (95,5%; 94,1% y 92,3%), es más alto en las mujeres con 97%; referente al estado civil, los mayores porcentajes se presentan en casados, convivientes y

divorciados con 100% respectivamente al igual que los adultos mayores con algún grado de primaria.

Para Rodríguez, Y., las características de la tercera edad dependen mucho de las condiciones del ambiente, el modo y estilo de vida y en menor grado de la edad, teniendo en cuenta que síntomas atribuidos a la vejez son consecuencia de un estilo de vida inactivo, pasivo, desanimado, solitario y no necesariamente el resultado de la edad (18).

El adulto mayor puede tener una calidad de vida alta producto de su propia perspectiva, pero no significa que la calidad de vida se defina con lo que ellos perciben si no que está incluye una serie de condiciones que garantizan la satisfacción de todas sus necesidades, es importante distinguir entre lo que percibe el adulto mayor como calidad de vida de acuerdo a su cultura, modo de vida desde su infancia y relaciones interpersonales y la realidad en la que vive de acuerdo a su situación familiar, económica, tenencia de la vivienda y relaciones sociales o red de apoyo.

Los participantes entre 60 a 70 años muestran una calidad de vida alta sabiendo que posiblemente aún mantienen buena capacidad física, psicología y social, este mismo hecho les permite mayor autonomía y autocuidado a comparación de edades más avanzadas, se puede concluir que mientras la persona tenga más edad la salud física y psicológica decae paulatinamente por los diferentes cambios producto del envejecimiento, además de las enfermedades crónicas degenerativas como al HTA que suelen aparecer con frecuencia a esta edad provocando un desequilibrio personal y familiar.

Las mujeres presentan mayor calidad de vida alta, estos resultados son similares al estudio de Gallardo, L y Córdova, I; donde las mujeres presentan una valoración más alta en la satisfacción general con la calidad de vida, donde se retoma la noción general de la calidad de vida, como un constructor subjetivo, individual, dinámico y por sobre todo basado en la percepción de los sujetos (45).

Las adultas mayores en estudio que por cuestiones de salud o familiares viven en la ciudad de Chota, suelen ser dependientes económicamente del esposo en su momento y ahora en la vejez de los hijos o de otros familiares, se dedicaron toda su vida al cuidado de la familia y en esta etapa solo buscan tranquilidad y paz de tal forma que aunque su situación social y familiar no sea la mejor para ellas es suficiente un techo, comida y la cercanía de sus hijos y nietos aunque deban cuidarlos la mayor parte del día. Al respecto Salgado, N., asegura los roles de género se construyen desde la infancia a través de la crianza y la educación escolar y familiar, y determinan las actitudes y conductas de hombres y mujeres en la sociedad (46).

Los participantes casados, convivientes y divorciados presentan una calidad de vida alta, esta situación puede asociarse con la compañía que la pareja ofrece, así como el apoyo, comprensión que produce esta unión, en referencia Plasencia, R., asevera que existe alto nivel de satisfacción en la calidad de vida la brinda la pareja; es decir, cuando ambos cónyuges son independientes y autónomos son menos propensos a reaccionar con emociones negativas (47).

Los adultos mayores solteros pueden vivir solos o en compañía de un familiar cercano que cuida de ellos, en muchos casos la soltería es una elección de vida que brinda conformidad y aceptación de ese estado, es un caso peculiar de las mujeres que pertenecen a un grupo muy cohesionado de amigas con quienes se reúnen esporádicamente, van a misa juntas o al cementerio o un velorio, comparten experiencias y sienten las penas ajenas como propias y las casadas protegen e incluyen a aquellas solteras o que viven solas; al respecto Vera, M., para el adulto mayor calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido con dignidad, amor y respeto (48).

Finalmente, al analizar el grado de instrucción de los participantes, se puede deducir que los analfabetos y quienes desconocen su nivel de instrucción pueden presentar pocos requerimientos para llevar una vida cómoda y tranquila, suele ser suficiente tener un techo, comida y la cercanía de los hijos o nietos. Los adultos mayores con secundaria y superior usualmente son jubilados que reciben una pensión y llevan una vida cómoda desde su percepción.

La calidad de vida alta se da en los adultos mayores entre 60 a 70 años ya que en esta edad aún conservan un buen estado físico y psicológico, lo cual les permite relacionarse con mayor facilidad y mantener un buen ambiente en todos los aspectos de su vida, las mujeres por naturaleza conservan mejor su capacidad física y mental pues sus estilos de vida son mejores y suelen socializarse con más frecuencia. Los adultos mayores casados y convivientes, por el mismo hecho de tener una familia suelen tener mayor cuidado en su salud lo que les ayuda a conservar su capacidad física, social y mantenerse emocionalmente estables, por otro lado, el grado de instrucción les permite tener más avance y progreso dentro de la sociedad, esto mantiene un buen equilibrio en todos los aspectos de la vida como en lo físico, psicológico, social y ambiental.

**Tabla 5. Características sociodemográficas según valoración social de los adultos mayores con hipertensión arterial del Programa del Adulto Mayor, Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2020.**

Características sociodemográficas	Valoración social						Total	
	Buena situación familiar		Existe riesgo social		Existe problema social			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Edad</b>								
De 60 a 70 años	0	0,0	16	72,7	6	27,3	22	100,0
De 71 a 80 años	0	0,0	13	76,5	4	23,5	17	100,0
De 81 a más	0	0,0	6	46,2	7	53,8	13	100,0
<b>Sexo</b>								
Hombre	0	0,0	15	78,9	4	21,1	19	100,0
Mujer	0	0,0	20	60,6	13	39,4	33	100,0
<b>Estado civil</b>								
Soltero/a	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Casado/a	0	0,0	20	83,3	4	16,7	24	100,0
Viudo/a	0	0,0	8	47,1	9	52,9	17	100,0
Conviviente	0	0,0	4	66,7	2	33,3	6	100,0
Divorciado/a separado/a	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Grado de instrucción</b>								
Analfabeto	0	0,0	8	53,3	7	46,7	15	100,0
Primaria	0	0,0	17	81,0	4	19,0	21	100,0
Secundaria	0	0,0	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Superior	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No sabe	0	0,0	5	50,0	5	50,0	10	100,0

Como datos relevantes de la tabla 5, la existencia de un riesgo social se presentó en 76,5% de adultos mayores; en el 78,9% de los hombres; 83,3% de los casados, en los adultos mayores con secundaria. Los participantes con un problema social instalado los porcentajes más altos se presentaron el 53,8% de los adultos mayores de 81 años a más 39,4% son mujeres; 100% son divorciados y 46,7% son analfabetos.

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia

de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado (49).

Se puede inferir que la calidad de vida depende de la percepción del adulto mayor de su situación actual, sin embargo, la valoración social es hecha por un agente externo en este caso la investigadora, por tal motivo el adulto mayor puede percibir una calidad de vida óptima, pero presenta riesgos serios para su salud; al respecto Carmona, S. cita a (Vélez, 1994) el cual afirma que los adultos mayores al carecer de recursos para cubrir sus necesidades básicas, éstos adecuan su alimentación, higiene y cuidados personales a sus condiciones económicas limitadas. Esta situación constituye mayor vulnerabilidad ya que la disminución biológica característica de la vejez se une al conjunto de limitaciones educativas, financieras, sanitarias, de vivienda, empleo y justicia que imposibilita el acceso a bienes y derechos dificultando su capacidad de vivir y mantenerse sano (50).

El grupo de personas entre 71 a 80 años presentan mayor riesgo social, esta situación puede estar asociado a mayor presencia de enfermedades crónicas o agudas, al deterioro constante de la función física y mental que se agudiza conforme avanza la edad, etc. Así mismo, aquellos adultos mayores que tienen problema social que se tienen 81 años a más, posiblemente la edad avanzada, la mayor dependencia física, emocional y económica hacia la familia, provoca mayor riesgo para su bienestar, cuestión aparte son aquellos con problemas emocionales como ansiedad, depresión y en casos extremos abandono familiar.

Las mujeres se han visto mucho más afectadas que los hombres en lo que refiere a problema social, este resultado puede relacionarse con la inequidad de género que provoca desigualdad entre hombres y mujeres, que aumenta mientras avanza en edad la persona, las mujeres suelen vivir más, pero su salud puede verse mermada por diferentes cuestiones. Al depender económicamente del esposo cuando este fallece la mujer no tiene medios para subsistir y debe acogerse a un hijo u otro familiar cercano y es allí cuando continúa su vida de servicio, cuidando a los nietos y perpetuando la dependencia. De otro lado están más expuestas a las enfermedades crónicas muchas veces sin atención médica continua.

Salgado, N. señala, que las inequidades del envejecimiento y el género están íntimamente vinculadas con la pobreza a través de una interrelación muy compleja. En el mundo, las mujeres tienden a vivir en pobreza más que los hombres, y el crecimiento de este grupo poblacional con grandes desventajas sociales continúa aumentando de manera importante (46).

En lo que refiere al estado civil, los casados presentan riesgo social y son los divorciados quienes tienen problema social, se puede decir que la relación de pareja es importante para los adultos mayores, el/la cónyuge provee compañía, apoyo, y respaldo frente a los problemas de la vida diaria, lamentablemente cuando por muerte o divorcio la pareja se separa puede sobrevenir la soledad y aislamiento a pesar de la existencia de los hijos y nietos, los ancianos casados posiblemente puede sobrellevar juntos alguna eventualidad sin embargo, los separados o divorciados deben hacer frente solos al problema social difícil de resolver.

Finalmente, en los adultos mayores que cuentan con secundaria presentan riesgo social mientras que en los que desconocen su grado de instrucción tienen un problema social.

La instrucción es importante en la tercera edad, porque les permite mantenerse activos y actualizados de lo que ocurre a su alrededor, es desconocimiento de sus deberes y principalmente sus derechos promueve situaciones de despojo, violencia y a largo plazo deterioro de la salud cognitiva y mental, mostrando a corto o mediano plazo mayor grado de dependencia de la familia, perdiendo autonomía o capacidad para tomar decisiones por sí mismos; limita su acceso a información y comprensión frente por ejemplo a las indicaciones médicas sobre su cuidado.

Los participantes con 81 años a más, suelen presentar mayores problemas familiares ya que muchos viven solos o en abandono, al no contar con una familia, sus recursos económicos son limitados, son muy pocos los beneficiarios por el gobierno o alguna red social como el municipio, seguro social, entre otros, las inadecuadas condiciones de vivienda y el aislamiento que presentan al tener poco contacto con la sociedad empeoran la situación.

Las mujeres son las más afectadas por tener un promedio de vida mayor que los hombres, suelen quedarse viudas y muchas veces en abandono familiar, situación parecida a la de los participantes divorciados todo esto sumado al analfabetismo agrandan los problemas existentes que impactan negativamente en su salud.

## CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión: 42,3% oscilan entre 60 a 70 años; 63,5% fueron mujeres; 46,2% casados y el 40,4% tienen algún grado de instrucción primaria.
2. Sobre el nivel de calidad de vida: 94,2% tiene un nivel de vida alto y 5,8% un nivel normal.
3. Acerca de la valoración social de los participantes: 67,3% registró un riesgo social y 32,7% presentaron un problema social.
4. De acuerdo a las características sociodemográficas según la calidad de vida; los adultos mayores con una calidad de vida normal: 7,7% en aquellos de 81 años a más, en los hombres (10,5%), solteros (25%) y en quienes tienen algún grado de secundaria (6,7%). En la calidad de vida alta no existe diferencia notable en los tres grupos etarios, es más alto en mujeres con 97%; los mayores porcentajes se presentan en casados, convivientes y divorciados con 100%, al igual que los adultos mayores con algún grado de primaria.
5. En cuanto a las características sociodemográficas y la valoración social; la existencia de un riesgo social se presentó en 76,5% de adultos mayores, en 78,9% de los hombres, 83,3% de los casados. Los participantes con un problema social instalado: El 53,8% de aquellos de 81 años a más, 39,4% son mujeres, 100% son divorciados y 46,7% son analfabetos.

## **RECOMENDACIONES**

### **A los profesionales y directivos de la Salud**

- ✓ A los encargados del Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas en Chota en especial al profesional de enfermería, promover un trabajo en equipo y plantear un plan de trabajo inclusivo considerando actividades que mantengan el nivel de calidad de vida favorable de los adultos mayores con hipertensión arterial.
- ✓ A los colaboradores del Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas realizar actividades de seguimiento y monitoreo constante a los adultos mayores con enfermedades crónicas, a fin de tomar medidas correctivas oportunas frente a cualquier problema de salud moderado o severo.

### **A los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca**

- ✓ Promover el planteamiento y desarrollo de investigaciones tomando en cuenta la problemática en salud priorizando las enfermedades crónicas degenerativas como es la hipertensión arterial.
- ✓ Fomentar la participación de los estudiantes en la elaboración y desarrollo de programas educativos orientados a las personas de la tercera edad a fin de prevenir e identificar afecciones crónicas y disminuir así el riesgo de complicaciones a futuro.
- ✓ Promover la creación de un servicio de voluntariado social a favor de los adultos mayores con la participación activa de estudiantes y docentes, fomentando actividades de proyección y extensión, dentro y fuera de los ambientes universitarios para identificar y tratar problemas físicos y psicológicos del adulto mayor.

**A los alumnos y ex alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca.**

- ✓ Considerar los resultados de la investigación como guía para el emprendimiento de nuevos estudios, así como profundizar en el análisis de los problemas sociosanitarios de la población adulta mayor sana o enferma.
  
- ✓ Realizar nuevas investigaciones con diferentes abordajes haciendo uso de los instrumentos planteados, ampliando la población en estudio y a corto plazo difundir los hallazgos para propiciar una mejora en la calidad de vida de los adultos mayores e identificar factores de riesgo a través de la valoración social
  
- ✓ Participar activamente en las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades como parte del voluntariado social en favor de los adultos mayores más necesitados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La hipertensión en el mundo. (Internet). 2013. (Consultado el 10 Jun. de 2018). Disponible en: [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)
2. Hospital José Soto Cadenillas Chota. Análisis de la situación de salud del Hospital José Soto Cadenillas. 2018.
3. Cuchí, P. Evento regional desde Santiago de Chile. (Internet). 2017. (Consultado el 17 Abr. de 19). Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es)
4. Organización Panamericana de la Salud. Anuario estadístico de salud. (Internet). República de Cuba 2018. (Consultado el 06 May. de 2020). Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
5. Salazar, P. Hipertensión en el adulto mayor. Rev. Med. Hered. (Internet). Lima ene. 2016; 27 (1). (Consultado el 20 Abr. de 2019). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010)
6. Instituto nacional de estadística e informática (ENDES). Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. (Internet). Perú 2018. (Consultado el 06 May. de 2020). Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf)
7. Herrera, U. Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial Essalud - distrito de Chota 2017. (Tesis Para optar el Grado Académico de maestro en ciencias). Cajamarca-Perú 2019. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/unc/3504/calidad%20de%20vida%20del%20adulto%20mayor%20con%20hipertensi%C3%93n%20arterial%20essalud%20-%20distrito%20de%20chota%2c%202017..pdf?sequence=1&isallowed=y>
8. Burbano, D. Calidad de vida en salud del paciente hipertenso. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería). Bogotá-Colombia 2017. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/60924/7/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf>
9. Matta, H. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte. (Internet). Universidad de Ciencias y Humanidades de Enfermería. Lima-Perú 2018. (Consultado el 01 May. de 2019). Disponible en:

<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewFile/1186/293>

10. Pizarro, M. Alarcón, L. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra 2018. (Tesis Para optar el Grado Académico de Enfermería). Lima-Perú 2018. Disponible en: [http://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/uich/227/Pizarro\\_MC\\_Alarcon\\_L\\_tesis\\_enfermeria\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/uich/227/Pizarro_MC_Alarcon_L_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Saca, N. Pérez, R. Factores de riesgo relacionados a la calidad de vida en pacientes hipertensos adultos mayores del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital san juan de Lurigancho 2018. (Tesis Para optar el Grado Académico en segunda especialidad). Lima-Perú2018. Disponible en: <http://190.187.227.76/bitstream/handle/123456789/3211/TESIS%20P%c3%a9rez%20Rita%20-%20Saca%20Natali.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
12. Ruiz, L. Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. (Internet). Callao 2006. (Consultado el 12 de Nov. 2021). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>
13. Silva, N. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna Cajamarca 2016. (Tesis para otra el título de licenciada en enfermería) Cajamarca 2017. Disponible en: [http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016\\_45061002\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Lozada, J. Calidad de vida del adulto mayor: efectos del programa estilos de vida para un envejecimiento activo salud distrito la esperanza provincia de Trujillo en el año 2014. (Tesis para otra el título de licenciado en trabajo social) Trujillo-Perú 2015. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/unitru/2848/lozada%20oliva%20johana%20rosa%20noelia%28fileminimizer%29.pdf?sequence=1&isallowed=y>
15. Prado, L. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención, Rev. Med. Electron. (Internet). Matanzas dic. 2014; 36 (6). (Consultado el 22 May. de 2019). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004).
16. Organización Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud. Persona mayor. (Internet). Buenos Aires 2017. (Consultado el 21 May. de 2019). Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/persona-mayor>
17. Coll, C. Características del adulto mayor. (Internet). Oct 23 del 2010. (Consultado el 21 May. de 2019) Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/39928791/Caracteristicas-del-Adulto-Mayor>

18. Deusto Salud. Características de la tercera edad. (Internet). Jul 27 del 2015. (Consultado el 21 May. de 2019). Disponible en: <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/caracteristicas-tercera-edad>
19. Rodríguez, Y. Características biopsicosociales de los ancianos. (Internet). Camagüey 2008. (Consultado 22 May. de 2019). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000100004)
20. Organización Mundial De La Salud (OMS). Preguntas y respuestas sobre la hipertensión arterial. (Internet). septiembre 2015. (Consultado 21 May. de 2019). Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
21. Castells, E. Hipertensión Arterial. (Internet). Málaga 2010. (Consultado el 22 May. de 2019). Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>
22. Organización Panamericana De La Salud (OPS). Hipertensión arterial, guía de diagnóstico y manejo. (Internet). 2010. (Consultado el 21 de May. 2019). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la Hipertensión en el mundo. (Internet). Día Mundial de la Salud 2013. (Consultado el 22 de May. de 2019). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1)
24. López, A. Junta de Extremadura: Hipertensión Arterial. Consejería de Sanidad y Consumo. (Internet). Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud Mérida 2006. (Consultado el 22 de May. de 2019). Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/CustomContentResources/Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Hipertensi%C3%B3n%20Arterial.pdf)
25. Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud, aspectos conceptuales. rev med uruguay. (Internet). 1999. (Consultado el 02 Nov. Del 2020). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)
26. Pablo, J. Calidad De Vida Del Adulto Mayor De La Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos Lima 2016. (Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería). Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo\\_j.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf)
27. Parraga, Y. Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Beneficiarios Del Centro Integral Del Adulto Mayor De Huancayo. (Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En trabajo social). Huancayo-Perú 2017. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3420/Parraga%20Huaroc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28. Pacompia, A. Calidad De Vida Del Adulto Mayor Atendido En El Centro De Salud Simón Bolívar Puno 2014. (Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería). Disponible en: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2426/Pacompia\\_Sucapuca\\_Ana\\_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2426/Pacompia_Sucapuca_Ana_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de valoración clínica. (Internet). Evaluación Social del Adulto Mayor 2013. (Consultado el 05 de Jun. de 2019). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
30. Ramírez, L. Factores De Riesgo De Caídas Y Valoración Social Del Adulto Mayor Que Asiste A Consultorios Externos Hospital Santa María Del Socorro. (Internet). Ica 2016. (Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería). Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1255/T-TPLE%20Liz%20Maribel%20Ramirez%20Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Vera, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. (Internet). Artículos especiales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos lima-2007. (Consultado el 04 Dic. De 2020). Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1218/1023>
32. Gonzáles. S, Significado Psicológico De Sexo, Sexualidad, Hombre Y Mujer En Estudiantes Universitarios, Enseñanza e Investigación en Psicología. (Internet). Diciembre 2016; 21 (3): 274-281. (Consultado el 29 de Abr. de 2019). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29248182007.pdf>
33. Hernández, L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. (Internet). Tercer Seminario Internacional De Antropología Forense 26 al 30 de agosto 2013. (Consultado el 29 de May. de 2019). Disponible en: [http://forost.org/seminar/Tercer\\_seminario/Forost\\_Lilia2013.pdf](http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf)
34. Goldenberg, J. Una propuesta de reconstrucción del sentido original del estado civil en el Código Civil chileno. Rev. estud. hist.-juríd. (Internet). Valparaíso 2017. (Consultado el 29 de Abr. de 2019). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-54552017000100299](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-54552017000100299)
35. Departamento De Justicia. Definiciones Utilizadas En El Censo Del Mercado De Trabajo Definiciones Relativas A Individuos, Empleo Y Seguridad Social. (Consultado el 29 de Abr. de 2019). Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es\\_2266/adjuntos/CMTO oferta 2002Doc.4.Definiciones.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTO oferta 2002Doc.4.Definiciones.pdf)
36. Hernández, R. Metodología de la investigación, 6ta edición, Editorial McGraw -Hill / Interamericana Editores, México, 2014.
37. Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF, Anexo 3.1 de la publicación Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía.

- (Internet). Servicio Andalucía de Salud 2010. (Consultado el 07 de May. de 2020). Disponible en: [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo\\_3-1\\_WHOQOL-BREF.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf)
38. Castillo, D. Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro Hospitalario Chiclayo 2012. (Tesis para optar el título profesional de psicología). Chiclayo 2014. Disponible: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/342/1/TL\\_Castillo\\_Farfan\\_DanitzaIvett.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/342/1/TL_Castillo_Farfan_DanitzaIvett.pdf)
39. Reyes, M. La Ética En La Investigación Cuantitativa. (Internet). 12 de julio 2017. (Consultado el 02 Jul. De 2019). Disponible en: <http://meryannguaita.blogspot.com/>
40. Moscoso, L. Aspectos éticos en la investigación cuantitativa con niños. (Internet). 21 de noviembre de 2017. (Consultado el 03 Jul. De 2019). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v18n1/1657-4702-rlb-18-01-00051.pdf>
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES Perú. Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. (Internet) 2020. (Consultado de 08 Nov. De 2021). Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1796/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/libro.pdf)
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Perú. estado civil de la persona adulta mayor. (Internet). 2020. (Consultado el 09 de Nov de 2021). Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1796/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/libro.pdf)
43. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Perú. Informe técnico. Situación de la población adulta mayor. (Internet) 2019-2020. (Consultado el 09 Nov. De 2021). Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>
44. ESSALUD, Seguro social de salud promueve mejor calidad de vida en el adulto mayor. (Internet). Perú 2013. (Consultado el 12 Nov. De 2021). Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/seguro-social-de-salud-promueve-mejor-calidad-de-vida-en-adultos-mayores-quienes-conforman-el-13-de-los-asegurados/>
45. Gallardo, L. Córdova, I. Género y pobreza: Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores. (Internet). Chile 2018. (Consultado el 19 Nov. de 2021). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/15008>
46. Salgado, N. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez, Salud Pública. (Internet). México 2007. (Consultado el 19 Nov. 2021). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2007.v49suppl4/s515-s521/es>

47. Plasencia, R. La satisfacción con la relación de pareja en la actualidad. (Consultado el 19 Nov. de 2021). Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/e9.html>
48. Vera, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. (Internet). Lima sep.2007. (Consultado el 19 Nov. 2021). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832007000300012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012)
49. Guerrero, N. Actores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. (Internet). Lima 2015. (Consultado el 19 Nov. 2021). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
50. Carmona, S. Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León. (Internet). México 2016. (Consultado el 26 Nov. de 2021). Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/psm/13-2-2/13-2-2.html>

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO

#### Estadísticas de fiabilidad

##### Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

N de preguntas	26	
Alfa de Cronbach	0,860	86%

##### Formato de atención socio familiar

N de elementos	5	
Alfa de Cronbach	0,614	61,4%

## ANEXO N° 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA-2020.**

Buenos días (tardes), señor, señora, joven, soy estudiante de la Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Chota de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, estoy realizando la investigación relacionada al nivel de calidad de vida y valoración social del adulto mayor con hipertensión arterial, le solicito su consentimiento para participar, con la seguridad de que no se afectará en absoluto su integridad física ni moral.

Le informo, además toda observación obtenida será manejada de forma confidencial o privada de uso exclusivo por la investigadora y destruidas posteriormente. Si tuviera alguna duda solicite aclaración que gustosamente la responderé.

Firma del consentimiento:

Mediante el presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación habiendo sido informada de los objetivos, deposito la plena confianza que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación asegurándome la máxima confidencialidad y que mi identidad no será revelada.

---

FIRMA

## ANEXO N° 03

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### GUÍA DE ENTREVISTA

##### INTRODUCCIÓN

Tenga usted buen día, estimado (a) señor (a), soy estudiante de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Chota de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, me encuentro realizando el trabajo de investigación titulado: **NIVEL DE CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA-2019.**

Le agradeceré responder la totalidad del enunciado con veracidad ya que es de carácter anónimo y su aporte servirá para cumplir el objetivo antes mencionado.

##### DATOS GENERALES

###### 1. EDAD

- a) De 60 a 70 años
- b) De 71 a 80 años
- c) De 81 a más

###### 2. SEXO

- a) Hombre
- b) Mujer

###### 3. ESTADO CIVIL

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Viudo(a)
- d) Conviviente(a)
- e) Divorciado(a)/separado(a)

###### 4. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior
- e) No sabe

## ANEXO N° 04

### Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5

6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de Concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como: Tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---



---

Gracias por su ayuda

ANEXO N° 05

VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR

	
	<b>FORMATO DE ATENCION SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR</b>
<b>Pts.</b>	<b>1. SITUACIÓN FAMILIAR</b>
<b>1</b>	Vive con familia, sin conflicto familiar
<b>2</b>	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica
<b>3</b>	Vive con cónyuge de similar edad.
<b>4</b>	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima
<b>5</b>	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)
<b>Pts.</b>	<b>2. SITUACIÓN ECONÓMICA</b>
<b>1</b>	Dos veces el salario mínimo vital.
<b>2</b>	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.
<b>3</b>	Un salario mínimo vital.
<b>4</b>	Ingreso irregular (menos el mínimo vital).
<b>5</b>	Sin pensión, sin otros ingresos.
<b>Pts.</b>	<b>3. VIVIENDA</b>
<b>1</b>	Adecuada a las necesidades.
<b>2</b>	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.).
<b>3</b>	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).
<b>4</b>	Vivienda semi-construida o de material rústico.
<b>5</b>	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda.
<b>Pts.</b>	<b>4. RELACIONES SOCIALES</b>
<b>1</b>	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.
<b>2</b>	Relación social solo con familia y vecinos.
<b>3</b>	Relación social solo con la familia.
<b>4</b>	No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia.
<b>5</b>	No sale del domicilio y no recibe visitas.
<b>Pts.</b>	<b>5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA).</b>
<b>1</b>	No necesita apoyo.
<b>2</b>	Requiere apoyo familiar o vecinal.
<b>3</b>	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social.
<b>4</b>	No cuenta con Seguro Social.
<b>5</b>	Situación de abandono familiar.

## VALORACION SOCIO-FAMILIAR

Buena/aceptable situación familiar

Existe riesgo social

Existe problema social

**5 a 9 puntos:** Buena/aceptable situación social.

**10 a 14 puntos:** Existe riesgo social.

**≥ 15 puntos:** Existe problema social.

**ANEXO N° 06****CODIFICACIÓN DE DATOS**

<b>1. EDAD</b>	<b>CÓDIGO</b>
a. De 60 a 70 años	1
b. De 71 a 80 años	2
c. De 81 a más	3
<b>2. SEXO</b>	
a. Hombre	1
b. Mujer	2
<b>3. ESTADO CIVIL</b>	
a. Soltero (a)	1
b. Casado (a)	2
c. Viudo (a)	3
d. Conviviente	4
e. Divorciado(a)/separado(a)	
<b>4. GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	
a. Analfabeto	1
b. Primaria	2
c. Secundaria	3
d. Superior	4
e. No sabe	5
<b>5. CON QUIEN VIVE</b>	
a. Solo	1
b. Con su cónyuge	2
c. Con su cónyuge e hijos	3
d. Con otros familiares	4

## ANEXO N° 7

### REPORTE URKUND



#### Document Information

---

Analyzed document	TESIS YULISA TARRILLO ROJAS.doc (D135275417)
Submitted	2022-05-02T21:02:00.0000000
Submitted by	Yrene
Submitter email	cyupanquiv@unc.edu.pe
Similarity	12%
Analysis address	cyupanquiv.undc@analysis.orkund.com

#### Sources included in the report

---

<b>SA</b>	<b>Universidad Nacional de Cajamarca / PROYECTO YULISSA TARRILLO (URKUND).doc</b> Document PROYECTO YULISSA TARRILLO (URKUND).doc (D89103840) Submitted by: cyupanquiv@unc.edu.pe Receiver: cyupanquiv.undc@analysis.orkund.com	 24
<b>SA</b>	<b>CHAVEZ SANCHEZ INGRID JOHANNA Proyecto De Tesis..pdf</b> Document CHAVEZ SANCHEZ INGRID JOHANNA Proyecto De Tesis..pdf (D83380232)	 1
<b>SA</b>	<b>Universidad Nacional de Cajamarca / TESIS CLEOTILDE BUSTAMANTE.doc</b> Document TESIS CLEOTILDE BUSTAMANTE.doc (D109189141) Submitted by: cyupanquiv@unc.edu.pe Receiver: cyupanquiv.undc@analysis.orkund.com	 1
<b>SA</b>	<b>PARTE FINAL LAURITA (Reparado).docx</b> Document PARTE FINAL LAURITA (Reparado).docx (D13848702)	 1

## ANEXO N° 08

### CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 11 – 101 Teléfono N° 076-599227



#### CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS REVISADA EN EL SOFTWARE ANTIPLAGIO URKUND DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

El director (a) de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

La Tesis Titulada: **CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA-2020**, presentada por la Tesista. **Bach. Enf. TARRILLO ROJAS LEYLA YULISA** la misma que ha sido revisada en el Software Antiplagio **URKUND** de la Universidad Nacional de Cajamarca, obteniendo el puntaje del 12% de similitud, considerado dentro de los parámetros. Teniendo como **Asesora. Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 02 de mayo del 2022.

