

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESTRATEGIA
SANITARIA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLE DEL CENTRO DE
SALUD CARLOS SHOWING FERRARI - AMARILIS 2016”**

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA

Bach. GONZALES SOLIS, Liliana

ASESORA

Dra. RODRÍGUEZ DE LOMBARDI, Gladys Liliana

HUÁNUCO - PERÚ

2017

**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO
TRANSMISIBLE DEL CENTRO DE SALUD
CARLOS SHOWING FERRARI - AMARILIS 2016”**



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 3:00 horas del día 02 del mes de noviembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • Mg. Edith Cristina Jara Claudio | Presidenta |
| • Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano | Secretaria |
| • Lic. Enf. Bertha Serna Román | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°1935-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulo: "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLE DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS 2016", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Liliana GONZALES SOLIS, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... *aprobado* por..... *unanimidad* con el calificativo cuantitativo de..... *caforce* y cualitativo de..... *suficiente*

Siendo las..... *04:30* horas del día ---- *02* ---- del mes de ---- *noviembre* ---- del año ---- *2017* ----, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

SECRETARIA
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por su infinita bondad por darme la vida, la salud y la fortaleza para seguir adelante; por darme toda la paciencia necesaria para lograr con éxito todas mis metas.

A mis queridos padres por su esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional que siempre me brindaron a lo largo de la vida; para lograr mis metas y objetivos trazados.

A mis hermanas y hermanos por sus consejos, quienes siempre creyeron y confiaron en mí.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Huánuco, por darme la oportunidad de seguir estudiando y creciendo profesionalmente.

A mi asesora, Gladys Liliana Rodríguez Acosta por su colaboración, apoyo y asesoramiento del presente trabajo.

A los docentes de la Facultad de enfermería, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.

A mis padres y hermanas, por el apoyo incondicional que siempre me han brindado a lo largo de la vida; quienes siempre creyeron y confiaron en mí.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio descriptivo simple con 50 adultos mayores de la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016. En la recolección de datos se utilizó una escala de calidad de vida. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste.

RESULTADOS: En general, 90,0% (45 adultos mayores) presentaron calidad de vida media, asimismo, 74,0% (37 adultos mayores) tuvieron salud física media, 76,0% (38 adultos mayores) manifestaron salud psicológica media, 94,0% (47 adultos mayores) declararon relaciones sociales media y 84,0% (42 usuarios) están presentes la calidad de vida media en la dimensión ambiente. Mediante la prueba Chi cuadrada se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,05$).

CONCLUSIONES: Existió predominio de la calidad de vida media en adultos mayores de la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis.

Palabras clave: calidad de vida, salud psicológica, hipertensión arterial, adulto mayor.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the perception of the quality of life of the elderly with arterial hypertension.

METHODS: A simple descriptive study was carried out with 50 older adults of the Non - Communicable Health Strategy of the Carlos Showing Ferrari - Amarilis Health Center, 2016. A quality of life scale was used to collect data. For the inferential analysis of the results we used the Chi square test of goodness of fit.

RESULTS: In general, 90.0% (45 older adults) presented mean quality of life, 74.0% (37 older adults) had a mean physical health, 76.0% (38 older adults) 0% (47 older adults) reported mean social relationships and 84.0% (42 users) the mean quality of life was present in the environment dimension. Chi square test showed statistically significant differences between these frequencies ($p \leq 0.05$).

CONCLUSIONS: There was a predominance of the average quality of life in older adults of the Health Center of Noncommunicable Damage of the Health Center Carlos Showing Ferrari - Amarilis.

Keywords: Quality of life, psychological health, hypertension, elderly.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de la hipertensión arterial en la etapa adulto mayor conlleva un problema ascendente de salud pública, en primer orden debido a que la expectativa de vida se acrecienta en países desarrollados y la tendencia es muy parecida en países en desarrollo, creando el grupo de población con un elevado crecimiento proporcional (1).

Además, la senectud de la población es un hecho mundial. En las naciones en desarrollo como en los desarrollados se originará en las próximas décadas un incremento poblacional de edad avanzada; la población mayor de 60 años es el estrato demográfico que muy velozmente está creciendo. En el año 2050 una de cada cinco individuos corresponderá a ese estrato de la población y a últimos años de esta década el segmento de mayores de 60 años sumará alrededor de mil millones de individuos (2).

Entonces, la vejez debe concebirse como un proceso que contiene una serie de experiencias, varias de ellas subjetivas, que están intrínsecamente asociadas con las experiencias de vida, la edad biológica y el acumulo de riesgos a lo largo de los años existidos. Por tanto, se hace de necesidad de acatar que el envejecimiento corresponde a un concepto social que asigna roles, participación en acciones económicas y sociales en función de la edad, el sexo y las normas socio-culturales (3).

Por otra parte, la calidad de vida es un constructo complejo que involucra el bienestar físico, psicológico y social sentido por la persona, felicidad, satisfacción y recompensa. En este caso, se posiciona que la calidad

de vida contiene elementos objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad) (4).

Por lo antes mencionado, el estudio titulado “Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016” se desarrolla bajo el objetivo de determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, durante el periodo 2016.

En ese sentido, se compuso el informe de tesis en diferentes capítulos: Capítulo I: se presenta el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio. Capítulo II: se describe el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales. Capítulo III: se puntualizan la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados, donde se exponen los resultados de la investigación, compuestos por los resultados descriptivos y los resultados inferenciales. Capítulo V: se analiza la discusión de los resultados. Posteriormente se incluyen las conclusiones y las recomendaciones. También se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	vii

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema.....	01
1.2. Formulación del Problema.....	03
1.3. Objetivos.....	04
1.4. Justificación de la Investigación.....	05
1.4.1. A Nivel Teórico.....	06
1.4.2. A Nivel Practico.....	06
1.4.3. A Nivel Metodológico.....	07
1.5. Limitación de la Investigación.....	07
1.6. Viabilidad de la Investigación.....	07

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	08
2.2. Bases Teóricas.....	16
2.2.1. Teoría del autocuidado.....	16
2.2.2. Teoría del incertidumbre.....	17
2.3. Definiciones Conceptuales.....	18
2.3.1. Calidad de vida.....	18
2.3.2. Dimensión de la calidad de vida.....	20
2.3.3. Hipertensión arterial.....	21
2.3.3.1. Causas de la HTA.....	23
2.3.3.2. Síntomas de la HTA.....	23
2.3.3.3. Clasificación de la HTA.....	23
2.3.3.4. Tipos de HTA.....	25
2.3.3.5. Tratamiento de HTA.....	27
2.3.3.6. Prevención de HTA.....	28
2.3.3.7. Ritmo circadiano.....	29
2.4. Hipótesis.....	30
2.5. Variables.....	31
2.5.1. Variable Independiente.....	31
2.5.2. Variable de Caracterización.....	31
2.6. Operacionalización de Variables.....	32

CAPÍTULO III

METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo de Investigación	33
3.1.1	Enfoque.....	33
3.1.2	Alcance	33
3.1.3	Diseño.....	33
3.2	Población	34
3.2.1	Características generales de la población	34
3.3	Muestra y muestreo	35
3.3.1	Unidad de análisis	35
3.3.2	Unidad de muestreo.....	35
3.3.3	Marco muestral	35
3.3.4	Tamaño de muestra	35
3.3.5	Tipo de muestreo	35
3.4	Métodos e instrumentos utilizados en la investigación	36
3.5	Validación de los instrumentos de recolección de datos	37
3.6	Procedimientos de recolección de datos	40
3.7	Elaboración de los Datos.....	40
3.8	Análisis e interpretación de datos	41
3.9	Consideraciones éticas de la investigación	41

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1	Resultados Descriptivos	43
4.2	Resultados Inferencial	53

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1	Discusión de los resultados	58
-----	-----------------------------------	----

CONCLUSIONES		60
RECOMENDACIONES		61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		62

ANEXOS:

Escala de calidad de vida		69
Consentimiento informado		73
Constancia de validación		75
Resolución de aprobación del proyecto		80
Resolución de nombramiento de asesor		81
Matriz de consistencia.....		82

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N° 1.	Edad en años del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles	43
Tabla N° 2.	Sexo del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles	44
Tabla N° 3.	Estado civil del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles	45
Tabla N° 4.	Grado de instrucción del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles	46
Tabla N° 5.	Ocupación del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles	47
Tabla N° 6.	Percepción de la Calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial.....	48
Tabla N° 7.	Percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria	49
Tabla N° 8.	Percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial	50
Tabla N° 9.	Percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial.....	51
Tabla N° 10.	Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.....	52
Tabla N° 11.	Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial.....	53
Tabla N° 12.	Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial.....	54
Tabla N° 13.	Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial	55
Tabla N° 14.	Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial	56
Tabla N° 15.	Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.....	57

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema

La población en el mundo envejece vertiginosamente. La vejez demográfica corresponde a un gran desafío de este milenio, juntamente a ello, las principales enfermedades que aquejan a estas personas, dentro de la cual es muy habitual la hipertensión arterial (5).

La hipertensión arterial, representa un problema grave de salud pública en todo el mundo; los progresos en la detección oportuna, la terapéutica y el control de esta enfermedad han conseguido alargar la vida de millones de pacientes; en cambio, el cuidado no sólo debe dirigirse a retardar la muerte, sino a favorecer la salud y la calidad de vida de los pacientes que conviven con hipertensión arterial (6).

Este hecho de salud ha generado efectos muy graves en razón a elevados índices de incapacidad y/o invalidez que genera, debido a que cada vez se registra más este problema de extraordinario impacto. El control de la presión arterial en valores por debajo de 140/90 mmHg disminuye la morbilidad y mortalidad; es decir, al suceder una reducción de hipertensión arterial aumenta la calidad de vida (7)

En la población global de España la prevalencia de hipertensión arterial es cerca del 35,0%, acercándose al 40,0% en edades promedios y a mayor del 60,0% en los mayores de 60 años, afectando en total aproximadamente 10 millones de españoles (8).

En el estado de Nueva York, el 78,0% de las mujeres y el 64,0% de los varones mayores de 65 años poseen presión arterial elevada, lo que puede generar potencialmente daños devastadores como enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, problemas renales, vascular periférica y retinopatía (9).

En el Perú, respecto al informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el año 2014 se halló un 14,8% de prevalencia de hipertensión arterial en los habitantes de 15 y más años de edad; siendo los varones los más perjudicados (18,5%) que las mujeres (11,6%). La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en Lima Metropolitana (18,2%), le sigue la Costa sin Lima Metropolitana (15,5%). La menor prevalencia de hipertensión arterial se evidenció en la Selva (11,7%) y en la Sierra (12,0%) (10).

Por otro lado, la bibliografía propone que es posible llegar a una buena calidad de vida en la etapa adulta mayor y además que las posibilidades de envejecer bien, incrementan si prevalece una adecuada interrelación entre las características individuales y socioculturales de la persona (11).

Sin embargo, Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya (12) encontraron que personas con hipertensión arterial leve en las dos dimensiones del instrumento estudiado presentaron niveles bajos, específicamente en lo concerniente a síntomas físicos, que indica, de forma general, que la calidad de vida fue desfavorable.

Además, Jiménez (13) informó que por encima de la mitad de los hipertensos tuvieron una calidad de vida no satisfactoria respecto al estado de ánimo positivo, uno de cada tres en la capacidad física, función psicológica,

función social y asimismo, uno de cada cinco en el estado de ánimo negativo, bienestar social y síntomas de hipertensión arterial.

Por otra parte, Nolasco, Navas, Carmona, López, Santamaría y Crespo (14) afirmaron la disminución de la calidad de vida y está asociada con poseer algún grado de dependencia y no con padecer hipertensión arterial, correspondiendo a la salud general, la función física y el dolor corporal los componentes que peor valor tienen respecto a la población general. Además, el incremento de la edad y/o índice de masa corporal se relacionan con peor calidad de vida.

Por último, se están realizando numerosos estudios para medir la calidad de vida en la población adulta mayor. Y suelen proyectar datos que nos dicen que estas personas (respecto a los de menor edad), las mujeres (respecto de los varones) y los individuos que corresponden a estratos sociales medio baja y baja presentan una valoración significativamente más baja en la satisfacción con la vida, y también examinan que a medida que se van presentando más años, se vive peor (15).

1.2. Formulación del Problema

Por lo expuesto, se formula la siguiente interrogante:

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?
- ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?
- ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?
- ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?

1.3. Objetivos

Los objetivos que se formularon para el presente estudio fueron:

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de

Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.
- Evaluar la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.
- Valorar la percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.
- Medir la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.

1.4. Justificación del Estudio

El presente estudio de investigación se justificó por las siguientes razones:

1.4.1. A nivel teórico

El presente estudio de investigación se justifica a nivel teórico, por su aporte al desarrollo cognitivo científico donde se consideraran los constructos básicos de la teoría del autocuidado; así como también de la teoría de incertidumbre, en una situación muy poca estudiada, no existiendo estudios de investigación sobre el tema, sobre todo en el ámbito local de estudio.

Asimismo, debido a que la calidad de vida es un constructo indispensable para el desarrollo de la persona con una enfermedad crónica.

De igual modo, nuestros resultados son consideraron para examinar, desarrollar o apoyar conceptos en futuros estudios.

1.4.2. A nivel práctico

Del mismo modo, la investigación se justifica en el contexto práctico porque la calidad de vida ha demostrado ser un predictor de la morbilidad y mortalidad y además de reingresos a servicios de salud para numerosas enfermedades. Por esta razón, nuestros resultados admitirán proponer programas dirigidos a subsanar las dimensiones de la calidad de vida con puntajes más bajos, actuando directamente en la salud física, psicológica y social de esta etapa de vida.

1.4.3. A nivel metodológico.

A nivel metodológico, el estudio se justifica por razones que se utilizaran métodos y técnicas científicas para diseñar y validar el instrumento de estudio con el cual se medirá la variable calidad de vida y de esa forma conseguir una aproximación de la realidad, para dar respuesta válida a los objetivos planteados.

1.5. Limitación de la Investigación

Respecto a las limitaciones el presente estudio no presentó ninguna limitación tano en la parte metodológica, diseño, población, muestra, procedimiento y análisis de datos.

1.6. Viabilidad de la Investigación

El estudio fue viable debido a que se contó con la disponibilidad del gasto, tanto para los aspectos relacionados a los materiales, copias, formatos entre otros. Así mismo se contó con la disponibilidad de tiempo para su ejecución.

CAPÍTULO

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Consideramos los siguientes antecedentes:

A nivel internacional.

En España, en el año 2015, Nolasco, Navas, Carmona, López, Santamaría y Crespo (16) desarrollaron un estudio titulado “Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso”, con el objetivo de analizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y los factores asociados a ésta, en pacientes con Hipertensión Arterial controlados en la Unidad de Hipertensión de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba. Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal, en 33 pacientes hipertensos con una edad media de $73,24 \pm 5,55$ años; 20 hombres (60,6%) y 13 mujeres (39,4%) controlados en la Unida de Hipertensión de la UGC Nefrología del HURS de Córdoba. Se analizó la CVRS mediante el cuestionario de salud SF-36. Para el análisis de la dependencia se utilizó el Índice de Barthel. Resultados: Los valores de la CVRS fueron: Salud General 43.36 ± 24.84 , Función Física 58.18 ± 32.71 , Rol Físico 78.98 ± 34.51 , Rol Emocional 82.07 ± 28.50 , Función Social 81.81 ± 33.67 , Dolor Corporal 66.06 ± 39.42 , Vitalidad $63.83 \pm 33,80$, Salud Mental 70.45 ± 29.27 . La Función Física, Salud General y Dolor Corporal fueron las dimensiones en las que puntuaron más bajo que la población de referencia. Respecto al grado de dependencia, el

45.45% eran independientes el 51.51% presentaban dependencia leve, y el 3.03% presentaban una dependencia grave. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre edad y la dimensión Función Física y Vitalidad; entre peso y Rol Físico y el Índice de Masa Corporal (IMC); entre ejercicio y Función Social; entre el IMC y Rol Físico y Componente Salud Física. Los pacientes con algún grado de dependencia tenían disminuida la CVRS en comparación con los independientes.

Asimismo, en Colombia, en el año 2015, Varela y Gallego (17) realizaron un estudio cualitativo titulado “Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia)”, con el objetivo de develar las percepciones de la calidad de vida de un grupo de adultos mayores de Envigado, donde se exponen algunas circunstancias definitorias de esta categoría y las condiciones a las que ellos otorgan un estado de bienestar. Se utilizó un enfoque etnográfico particularista, centrado en 70 adultos mayores activos del centro gerontológico “Atardecer”. Los grupos focales fueron grabados y transcritos, se realizó codificación, se llenaron categorías y posteriormente se derivaron las relaciones para establecer tendencias de comportamiento. En cuanto a los resultados se encuentra que las condiciones definitorias de calidad de vida no solo se relacionan con satisfacción de necesidades básicas, sino también con que exista una vida en comunidad y poder contar con los apoyos del Estado.

En México, en el año 2011, Gómez, García, Gómez y Mondragón (18) efectuaron un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica”, con el objetivo de evaluar la calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial. Estudio descriptivo de tipo

transversal prospectivo. La muestra incluyó a 30 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (HAS). Para la recolección de datos fue utilizado un cuestionario específico de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). En el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva para medir el nivel de calidad de vida, a través de media, desviación estándar y correlación de Pearson. Como resultados, presentaron: La edad media fue de 57 ± 9 años. Mediante el análisis de correlación de Pearson se demuestra que existe una relación positiva y significativa entre las variables con un coeficiente de $(r = 0.944, p < 0.001)$ en las funciones de la escala de calidad de vida en el estado de ánimo y esta correlación también fue significativa en manifestaciones somáticas de $(r = 0.741, p < 0.001)$.

En Brasil, en el año 2010, Melchior, Correr, Pontarolo, Oliveira y de Paula (19) realizaron un estudio bajo el título “Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil”, con el objetivo de describir el perfil de calidad de vida de los pacientes hipertensos y evaluar la validez competitiva del instrumento Minichal-Brasil, comparándolo con el instrumento de evaluación genérica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) conocido como WHOQOL-Bref. Se entrevistaron 191 pacientes adultos (siendo el 72,8% mujeres) con hipertensión arterial. Aproximadamente un tercio de los pacientes presentaba condición de presión controlada. El promedio de la CVRS medida por el puntaje total del Minichal fue 69,7 (SD = 19,2 IC 95% de 66,9 a 72,4), siendo en el dominio “estado de ánimo” = 69,1 (IC 95% de 66,1 a 72,2) y en el dominio “manifestaciones somáticas” = 69,9 (IC 95% 66,5 -73,2). Los promedios para el instrumento WHOQOL-Bref fueron: en el dominio “físico” = 61,5 (IC 95% de 59,0 a 64,1), en el dominio “psicológico” = 65,7 (IC 95% de

63,2 a 68,2), en el dominio “social” = 72,3 (IC 95% de 70,0 a 74,5) y en el dominio “medio ambiente” un promedio de 59,7 (IC 95% de 57,7 a 61,7). Como resultados, el Minichal presentó correlación significativa ($p < 0,001$) con WHOQOL-Bref, con relación a todos sus dominios, con excepción del dominio “medio ambiente”, que no se correlacionó con el dominio “manifestaciones somáticas”.

También, en Colombia, en el año 2007, Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya (20) llevaron a cabo una investigación bajo el título “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve”, con el objetivo de evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud en 282 pacientes con hipertensión arterial leve de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL). Los resultados evidenciaron un cierto deterioro en la calidad de vida de estos pacientes en lo que concierne al estado de ánimo y principalmente en sus manifestaciones somáticas.

A nivel nacional

Por su parte, en el Perú, en el año 2016, Hernandez, Chavez y Yhuri (21), llevaron a cabo un estudio con el título de “Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú”, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú. Estudio transversal en población adulta mayor de cuatro distritos rurales y uno urbano realizado entre octubre del año 2014 a enero de 2016. Se evaluó la asociación entre el área de

residencia y cinco variables sociodemográficas mediante la prueba de chi cuadrado. Utilizando la prueba de suma de rangos de Wilcoxon y evaluando magnitud de efectos se midieron y compararon los puntajes por dimensiones obtenidos en los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD y el puntaje total de este último. Se realizó regresión lineal simple y múltiple para hallar los valores ajustados a las diferencias sociodemográficas. Se encuestaron a 447 adultos mayores con una media de edad de 69 años (+ 6,46 años), 207 del área rural, los cuales, en su mayoría, trabajaban y tenían menos años de educación. La población adulta mayor del área rural tuvo mayor calidad de vida en las dimensiones "Física", "Psicológico" y "Medioambiente" del WHOQoL-BREF y en "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades del pasado, presente y futuro", "Participación social" y en el puntaje total del WHOQoL-OLD; mientras que aquellos del área urbana sólo mostraron mayor calidad de vida en la dimensión "Intimidad".

En el Perú, en el año 2015, Yauri (22) llevó a cabo un estudio titulado "La hipertensión arterial y su relación con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huaycán, Lima, 2015", cuyo objetivo fue conocer la relación entre la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65, atendido en el Hospital II de Huaycán-Lima. La hipótesis de trabajo fue: Se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huaycán, Lima, 2015. Metodológicamente fue de tipo descriptivo de corte transversal y prospectivo, ya que permitió obtener información precisa sobre las variables a investigar así como describir sistemáticamente la variable para luego con los resultados obtenidos proceder a identificar y determinar la calidad de vida del adulto

mayor con hipertensión arterial. De esta manera se dio como resultado que, respecto a la dimensión actividad física de adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huaycán, se muestra un 70% de una regular actividad física esto quiere decir que la información del personal de enfermería brinda al adulto muestra su efecto en este significativo resultado, asimismo vemos un 20% de una actividad física mala deficiente sedentaria y un mínimo 10% buena.

En Trujillo – Perú, Avellaneda (23) presentó un trabajo de investigación de tipo descriptivo, se desarrolló en el año 2015, a través de una muestra conformada por 101 adultos mayores con discapacidad que forman parte del programa de PADOMI del Hospital I Florencia de Mora – EsSalud, ubicado en el Distrito de Florencia de Mora de la Provincia de Trujillo. Este informe de investigación se realizó con la finalidad de determinar la influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor, así como también generar aportes para las familias que cuentan dentro de su núcleo familiar con un algún adulto mayor con discapacidad ya que nos permiten identificar cuáles son las circunstancias y situaciones que afectan de manera positiva o negativa al bienestar físico, emocional y social, así como también en la inclusión social. La metodología aplicada se basó en los métodos Inductivo, deductivo, estadístico y analítico, y nos permitió interpretar, estudiar, organizar y analizar las formas de soporte familiar brindadas al adulto mayor y la percepción de ellos sobre su calidad de vida. Las técnicas e instrumentos utilizados permitieron obtener los datos tanto cuantitativos como cualitativos propios del grupo de investigación a través de la observación, entrevista semi estructurada, encuesta y para el sustento teórico la recopilación bibliográfica. Los resultados confirman

significativamente las hipótesis planteadas, puesto que el soporte familiar influye en gran medida en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad ya que familia favorece en el bienestar físico, emocional, social y la inclusión social a través del compromiso con el régimen médico para el disfrute de su salud funcional, en el reconocimiento de las necesidades en el autocuidado y satisfacción de sí mismo, manteniendo las relaciones interpersonales positivas en base a la confianza, calidez y valoración personal; y el respeto del ejercicio de los derechos.

A nivel local

En Tingo María-Huánuco, Cárdenas (24) efectuó un estudio titulado “Factores asociados a la descompensación del adulto mayor hipertenso atendido en el programa del adulto mayor Hospital Tingo María de julio a setiembre 2016”, con el objetivo de determinar los factores asociados a la descompensación del Adulto Mayor hipertenso atendido en el programa del adulto mayor Hospital Tingo María de Julio a Setiembre 2016. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población conformada fueron los 50 pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el programa del adulto mayor. El análisis de los datos se hizo mediante el estadístico SPSS v. 20. Se observó en mayor porcentaje el sexo femenino (70%); la edad entre 64-67 años (34%); procedentes de la zona urbana (66%); con un grado Nivel Secundaria (66%); un nivel económico menor de S/.300 (52%); consumen 5 a más unidades de pan al día (46%); consumen aceite común en sus preparaciones (92%) y consumo de poco sal (60%); los pacientes realizan

caminata 1 vez por semana (64%), no consumen cigarrillo (82%) y no consumen bebidas alcohólicas (90%), así mismo los pacientes presentan sobrepeso (40%), no presentan diabetes mellitus (60%) y presentan descompensación de la presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg (62%). Se concluyó que los factores asociados fue la falta de actividad física, porque realizan 1 vez por semana caminatas (64%), en consumo de carbohidratos porque consumen pan más de 5 unidades al día (46%) y por consecuencia afecta en el peso de los pacientes presentando sobrepeso (40%) y obesidad tipo I (30%).

Y, en Huánuco-Perú, en el año 2014, Vergaray (25) realizó un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2014”, con el objetivo de describir el nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se trabajó con una muestra de 30 pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis de la unidad renal del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2014. El instrumento utilizado fue el cuestionario de salud SF-36, para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado. Se encontró que no existe semejanzas entre la variable calidad de vida a la edad ($P \leq 0,151$), género ($P \leq 0,657$) y el grado de escolaridad ($P \leq 0,925$) de los participantes en él estudió. Así mismo la calidad de vida de los pacientes se encuentra en un nivel bajo con un 73,3%, frente al 26,7% con una calidad de vida alto. Por último la mayoría de las dimensiones presentaron niveles bajos como salud general (93,3%), función física (70%), rol emocional (70%), función

social (73,3%), dolor corporal (63,3%), vitalidad (73,3%) y salud mental (70%); mientras que la única dimensión que presentó un nivel alto fue el rol físico (53,3%).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría del autocuidado

Orem, enfermera autora de esta teoría, la comunicó por primera vez en la década de los 50 y se publicó en 1972. La conceptualiza como déficit de autocuidado, compuesta por tres teorías relacionadas (26):

- El autocuidado: que corresponde a la práctica de acciones que las personas maduras, inician y llevan a cabo en establecidos periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de conservar un funcionamiento vivo y sano, y prolongar con el desarrollo personal y el bienestar.
- El déficit de autocuidado: corresponde a la asociados entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la competencia de autocuidado a no son adecuadas para conocer y cubrir varios de los componentes de la necesidad de tratamiento de autocuidado.
- Sistemas de enfermería: son las actividades que efectúa la enfermera en función a las necesidades de tratamiento de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio de la actividad de autocuidado.

Esta teoría tiene muy variada aplicación práctica, entre las que se sobresale la preservación de la calidad de vida del adulto mayor, donde la enfermera ejecuta actividades educativas para mantener la calidad de vida del adulto mayor en forma adecuada. Aquí el sistema de enfermería apoya al adulto mayor y aplica brindando cuidados cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse.

2.2.2. Teoría de Incertidumbre

Teoría creada por Mishel Merle, quien la concibe como la incapacidad de la persona para establecer el significado de los eventos asociados con una enfermedad, y ocurre en condiciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de fijar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud en razón a la insuficiencia de información y conocimiento (27).

La incertidumbre, como un estado de conocimiento, sobresale cuando un evento no se encuentra adecuadamente estructurado debido a que la información de la persona sobre el evento en cuestión es mínima. Estos sucesos que originan incertidumbre corresponden a la mayor fuente de estrés, generando reactividad fisiológica y acrecentando la emocionalidad de la persona. El estudio de la incertidumbre simboliza un área indagadora de fenómenos conceptuales. El aporte técnico de enfermería junto a disciplinas asociadas proveerá constructos como cuidado y apoyo, confirmando la teoría y su generalización en los temas de la práctica clínica de enfermería. La teoría de incertidumbre posee su más fuerte apoyo entre las personas que se

encuentran experimentando la etapa aguda de una enfermedad, o están en una fase crónica con deterioro lento y progresivo de su cuerpo. Las investigaciones sobre la incertidumbre como fenómeno psicológico que influye en las personas como generadora de síntomas psicológicos son escasas (28).

Esta teoría de la incertidumbre se relaciona con nuestro tema debido a que la calidad de vida tiene componente relacionadas al estado psicológico y donde la enfermera juega un papel fundamental en este tipo de problemas.

2.3. Definiciones Conceptuales

2.3.1. Calidad de vida

La calidad de vida se conceptualiza como la percepción de la persona sobre su posición en la vida teniendo en cuenta el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un constructo extenso y complejo que considera la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (29).

Según la Organización Mundial de la Salud, calidad de vida corresponde a la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y con relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (30: P. 1405).

La calidad de vida suele concebirse objetivamente como las condiciones que ayudan el desarrollo de la capacidad intelectual, emocional y creativa del hombre, que pueden valorarse en escalas económicas, sociales y

psicométricas, sin embargo también tiene un fuerte componente subjetivo, puesto que tienen que ver con las condiciones socioculturales y personales, lo que la hace variable en los diferentes contextos (31).

Autores como Tonon (32: P. 75) sugieren que la calidad de vida de las personas, “implica su evaluación sobre aquello que los afecta, y esto tiene que ver con el bienestar físico y psicológico, relacionado con necesidades materiales y psicoafectivas. La calidad de vida no supone un criterio individual puramente particular sino refiere una relación con propósitos compartidos con los otros en la acción social cotidiana”.

Ferrán Casas, define la calidad de vida como “las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales” (33: P. 100).

Además, la calidad de vida está determinada por la estructura social, que puede ser discurrida en términos de características demográficas, pautas culturales, características psicosociales de la comunidad, así como de las características de las instituciones, tanto en el ámbito estatal como en el privado, que desarrollan su accionar en ese contexto (34); y es en este sentido que Cummins y Cahill (35) supusieron que la calidad de vida se encuentra culturalmente definida.

Finalmente y coincidiendo con Kreitler y Niv (36) mencionaremos que la calidad de vida es un constructo subjetivo, que refleja el punto de vista

individual del bienestar y funcionamiento de cada persona. Es un concepto fenomenológico que suministra una imagen de la situación sin explicar por qué ni cómo surgió; es experiencial y evaluativo ya que muestra un juicio sin ningún intento de relacionarlo con variables objetivas; es dinámico, flexible y significativo para cada persona; y es multidimensional ya que no se basa solo en una medición general sino que en dimensiones específicos identificados como constitutivos de la calidad de vida.

2.3.2. Dimensiones de la calidad de vida

Consideramos las siguientes dimensiones (37: P. 42):

a. Salud Física

Las actividades físicas de salud de la vida diaria. La dependencia de sustancias medicinales y de ayuda médica. Energía y fatiga. Movilidad El dolor y el malestar Sueño y descanso Capacidad de Trabajo.

En el caso del adulto mayor los cambios más significativos a nivel sensorial 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.

b. Salud Psicológica

Aspectos de imagen corporal. Los sentimientos negativos. Sentimientos positivos. Autoestima. Espiritualidad / religión /

creencias personales Pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración.

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo.

c. Relaciones Sociales

Las relaciones personales Apoyo social y la actividad sexual.

d. Ambiente

Recursos financieros Libertad, seguridad física y la seguridad Salud y asistencial social: accesibilidad y calidad de la misma Contexto ambiental Oportunidades para la adquisición de nueva información y habilidades Participación y oportunidades para actividades recreativas de ocio / ambiente físico (contaminación / ruido / tráfico / clima) Transporte”.

2.3.3. Hipertensión arterial

La Sociedad Europea de Hipertensión (38: P. 1012) conceptualizan “la hipertensión arterial esencial (HTAE) como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es decir, la HTAE es un trastorno que se caracteriza por

la presencia de unos niveles elevados en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo”.

La aparición de la hipertensión está en función de la interacción entre la predisposición genética y factores ambientales. Se conoce, sin embargo, que la hipertensión va acompañada de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático (Adrenérgico), del riñón y del sistema renina angiotensina y de otros mecanismos humorales. La hipertensión sobrelleva por tanto desiguales cambios estructurales del sistema cardiovascular que amplifican los estímulos hipertensivos e inician las lesiones cardiovasculares. Produce lento y progresivo deterioro si no viene controlada, es indolora y silenciosa (39).

La hipertensión arterial se clasifica en estado leve, que se describe al estado temprano de la enfermedad, en la cual hay presión arterial reproducible de al menos 140 mmHg, sistólica y 90 mmHg, diastólica. El estado moderado, se determina por hipertrofia ventricular concéntrica, sin dilatación de las cavidades, lo cual refleja mecanismo adaptativo para reducir el estrés de la pared ventricular. A nivel celular hay aumento del número de sarcómeras que permite mantener el aumento del trabajo cardiaco; la disfunción diastólica es más notoria ahora. Y por último, en el estado severo, ha emanado una miocardiopatía dilatada, consecuencia de la sobrecarga de presión sostenida y de la isquemia miocárdica crónica; esta última, causada por el desequilibrio entre el sistema capilar coronario disminuido frente al aumento de la masa ventricular izquierda, lo cual resulta en necrosis miosotaria y aumento del tejido conectivo, con progresiva dilatación ventricular (hipertrofia excéntrica). Es más habitual la ectopia ventricular y la muerte súbita; el paciente puede tener severas limitaciones en su clase funcional (40).

2.3.3.1 Etiología

En el 95% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica, es causada por componentes genéticos y factores de riesgo externos como obesidad, sexo, edad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 5% de los casos (41).

2.3.3.2 Síntomas de la HTA

Debido a que la hipertensión arterial es casi siempre asintomática una persona puede estar ajena al frecuente daño cardiovascular progresiva durante un periodo de 10 a 20 años, pero puede malestar, cefaleas, inestabilidad, vértigo, problemas visuales, malestar, dolor torácico, disnea, sudoración y temblor, ocasionalmente se ven síntomas neurológicos como disestesias o debilidad de las extremidades, diplopía, debilidad de los parpados, disminución de la agudeza visual (42).

2.3.3.3. Clasificación de la hipertensión arterial

La HTA puede clasificarse atendiendo a tres criterios: la etiología, las cifras de presión sistólica y diastólica, y la importancia de las lesiones orgánicas; si bien, cualquiera de estas clasificaciones se basa obviamente en una elección arbitraria.

2.3.3.3.1. Hipertensión arterial primaria.

Según lo comunicado tradicionalmente entre el 90 a 95% de

las personas hipertensas no es posible determinar la causa de la elevación tensional, denominando a este tipo hipertensión esencial o primaria. Se plantea que corresponde a una alteración poligénica multifactorial, siendo importante la interacción entre sí de diversos genes y de estos con el medio ambiente (43).

2.3.3.3.2 Hipertensión arterial secundaria.

Un número proporcionalmente escaso de hipertensos corresponde a distintos tipos de hipertensión secundaria, donde se pueden identificar causas específicas de la hipertensión. En términos generales la aparición de hipertensión en menores de 30 años o mayores de 50 años, la magnitud importante o el difícil manejo de la presión o la aparición de complicaciones precozmente, sugieren una causa secundaria.

Tradicionalmente se estimaba que la causa más frecuente de hipertensión secundaria corresponde a la enfermedad renal crónica (5%), luego la siguen la hipertensión renovascular, coartación de la aorta, síndrome de Cushing, feocromocitoma, apnea del sueño.

Los términos de HTA “ligera”, “moderada” y “grave”, utilizados tradicionalmente para clasificar la HTA, se refieren únicamente a valores de PA, y no a la gravedad de la situación clínica; toda vez que ésta, dependerá también de la presencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular(44).

2.3.3.4. Tipos de hipertensión arterial

- **Hipertensión arterial bordenline**

La Organización Mundial de la Salud define esta hipertensión como aquella que cursa con cifras de 140-159 mmHg de la presión arterial sistólica y 90-94 mmHg de la presión arterial diastólica, respectivamente. Normalmente estos pacientes se encuentran en estado de transición a desarrollar una hipertensión esencial (45).

- **Hipertensión arterial Refractaria o resistente:**

Cuando resulta imposible disminuir la presión arterial (PA) por debajo de 140/90 mm Hg. con un tratamiento que incluya: cambio en el estilo de vida, una combinación de 3 fármacos antihipertensivos con diferentes mecanismos de acción, en dosis adecuadas e incluyendo un diurético (46).

En la mayor parte de los casos la presión arterial permanece no controlada debido a la falta de control de la presión arterial sistólica. En primer lugar es necesario descartar la falta de cumplimiento de la medicación antihipertensiva, así como la existencia de una hipertensión resistente clínica aislada mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Por otra parte se han descrito factores asociados a la hipertensión arterial resistente, como la edad avanzada, la obesidad, la ingesta excesiva de sal y la presencia de síndrome de apnea del sueño o de hipertensión arterial secundaria. Los pacientes con hipertensión arterial resistente presentan una mayor prevalencia de lesiones de órganos diana o de

complicaciones clínicas asociadas, pero el pronóstico de los sujetos hipertensos está más relacionado con la presión arterial obtenida durante el tratamiento (47).

- **Hipertensión de bata blanca, hipertensión de consultorio o hipertensión clínica aislada**

Se denominó a las personas con (PA) normales en el domicilio y elevadas en consulta. La HBB se identifica cuando el promedio de PA medida en el consultorio es igual o mayor a 140/90 mmHg, pero menor de 135/85 mmHg al realizar el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) (48).

Se aplica a los pacientes que presentan elevación de la presión arterial de forma mantenida en el entorno o ámbito médico (presión arterial clínica) y valores normales cuando se estima mediante Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA).

La importancia de su diagnóstico estriba en que estos pacientes parecen tener un menor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular que los pacientes con hipertensión mantenida y, por tanto, corren el riesgo de recibir un tratamiento innecesario no exento de efectos secundarios (49).

- **Hipertensión Arterial sistólica aislada (HTASA)**

Es la PA sistólica mayor o igual 140 mmHg y una diastólica menor de 90 mmHg. Alcanza su mayor frecuencia después de los 65 años (50).

Su importancia radica en la comprobación de que la aparición de accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares y el deterioro renal es de dos a cuatro veces superior que en la población normal.(51).

Tabla 2: Clasificación de la Hipertensión arterial			
Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión Grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	< 90

2.3.3.5 Tratamiento de la HTA

Según Rivera, El tratamiento de la HTA está caracterizado por el marcado impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de agencia de autocuidado que el individuo y su familia requieren para minimizar los factores de riesgo cardiovascular; dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, se encuentran: la realización de ejercicio físico, adaptación a nuevos regímenes nutricionales, peso ideal, disminución del consumo de licor y del cigarrillo y la adherencia al tratamiento farmacológico (52).

Si la persona tras efectuar adecuadamente cambios en sus estilos de vida, la presión arterial persiste elevada en controles

periódicos sucesivos, debe contemplarse el abordaje farmacológico del proceso. En los fármacos antihipertensivos tenemos que buscar protección de los órganos diana y prevenir la morbimortalidad asociada a cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, accidentes cerebrovasculares, retinopatía hipertensiva e insuficiencia renal crónica. Por tanto, el tratamiento del paciente hipertenso debe entenderse como parte del manejo integral del riesgo cardiovascular, siendo necesaria con frecuencia su combinación con otros tratamientos encaminados a reducir dicho riesgo (53)

2.3.3.6. Prevención de la HTA

Si bien no es posible eliminar por completo la hipertensión, varias acciones son útiles y necesarias para prevenir su aparición y evitar el empeoramiento de los síntomas:

- ❖ Incrementar la actividad física aeróbica.
- ❖ Mantener un peso corporal dentro de los estándares correspondientes a la edad y la estatura, según el sexo, el IMC correspondiente.
- ❖ Reducir al mínimo el consumo de alcohol
- ❖ Reducir el consumo de sodio.
- ❖ Consumir una dieta rica en frutas y vegetales; lácteos bajos en grasa con reducido contenido de grasa saturada y total.
- ❖ Privarse de todo tipo de tabaco.
- ❖ Control de la cifras de presión arterial.

- ❖ Controlar la glucemia (sobre todo si la persona padece diabetes) (54).

2.3.3.7. Ritmo circadiano de la HTA

Según el autor Apaza sugiere que presión arterial sigue un ritmo circadiano, con niveles generalmente más bajos durante la noche el descanso, el sueño , y el despertar se asocia con un rápido incremento en los valores de presión arterial sistólica y diastólica, junto con un marcado incremento en la variabilidad de la frecuencia cardíaca y en la agregabilidad plaquetaria, se puede dar a consecuencia de diversos factores, como el estrés y el ejercicio físico, durante el ciclo de actividad y su descenso durante el ciclo de descanso y otros factores extrínsecos (temperatura, humedad, ingesta, etc.).

Durante el reposo nocturno la mayoría de las personas, el reposo en decúbito reduce la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Se han descrito 3 patrones anormales de variaciones de la presión arterial durante el sueño:

- Non dipper (caída de la presión arterial durante el sueño entre 0-10%).
- Dipper reverso o raiser (presión arterial nocturna mayor que la diurna).
- Dipper extremo o acentuado (caída de presión arterial durante el sueño mayor del 20%) lo que se corresponde con hipotensión nocturna(55).

Actualmente la baja reproducibilidad es uno de los problemas aún no completamente resueltos en la evaluación del ritmo circadiano de la presión arterial. El descenso nocturno de la presión arterial está relacionado principalmente con el sueño en sí mismo, con la inactividad física asociada y con los cambios posturales. No se relaciona con el momento o con la hora del día ya que cuando los individuos permanecen despiertos durante la noche no hay un descenso de la presión arterial y, en forma inversa, se produce una sustancial caída en la presión arterial cuando duermen durante el día.

La persona hipertensiva al despertar, la presión arterial en promedio de 6 a.m. a medio día, horario del día donde se ha descrito una incidencia mayor de infarto agudo de miocardio y de muerte súbita, pacientes con insuficiencia cardiaca y también para la población en general (56).

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

- Debido a que este estudio responde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis general, pero puede generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.

2.4.2. Hipótesis descriptivas:

- H_{a1} : La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión salud física, valorado en alta, media y baja son diferentes.

- Ha₂: La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión salud psicológica, valorado en alta, media y baja son diferentes.
- Ha₃: La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión relaciones sociales, valorado en alta, media y baja son diferentes.
- Ha₄: La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión ambiente, valorado en alta, media y baja son diferentes.

2.5. Identificación de variables

2.5.1. Variable independiente

Variable principal:

Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.

2.5.2. Variables de caracterización:

Variables generales.

- **Características generales:**
 - Edad.
 - Sexo.
 - Grado de instrucción.
 - Estado civil.
 - Ocupación.
 - Religión

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial	Salud física	Salud física	Alta Media Baja	Ordinal
	Salud psicológica	Salud psicológica	Alta Media Baja	Ordinal
	Relaciones sociales	Relaciones sociales	Alta Media Baja	Ordinal
	Ambiente	Ambiente	Alta Media Baja	Ordinal
VARIABLES DE CARACTERIZACION:				
Caracterización de la muestra	Ninguna	Edad	Años	De razón
		Sexo	Masculino Femenino	Nominal
		Estado civil	Casado Conviviente Soltero Viudo Separado	Nominal
		Grado de instrucción	Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica incompleta Superior técnica completa Superior universitaria incompleta Superior universitaria completa	Ordinal
		Ocupación	Independiente Empleado público Empleado Ama de casa Estudiante Sin trabajo Otro	Nominal

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

El estudio fue de tipo observacional según la intervención del investigador, debido a que no existió manipulación de variables.

En cuanto a la planificación de la toma de datos, el estudio fue prospectivo, en el tiempo presente.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal, ya que la medición fue en una sola ocasión.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue descriptivo, debido a que se realizó un análisis univariado.

3.1.1 Enfoque

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo debido a que se utilizó el análisis estadístico.

3.1.2 Nivel de investigación

Nuestra investigación fue de nivel descriptivo, debido a que se trabajó con una sola variable de investigación.

3.1.3 Diseño de estudio.

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo simple, como se muestra a continuación:

M ----- O

M = Muestra

O = Observación de la variable en estudio.

3.2 Población.

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores con hipertensión arterial de la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari-Amarilis, que en total fueron 50 pacientes.

3.2.1. Características generales de la población.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Pacientes con hipertensión arterial.
- Pacientes adultos mayores de 60 años a más.
- Pacientes que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio:

- Pacientes con comorbilidad.
- Pacientes con problemas de salud mental.
- Pacientes que no saben leer o escribir.

3.2.2. Ubicación de la población en el espacio y tiempo.

El estudio se llevó a cabo en la Estrategia Sanitaria de Daños no Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, ubicado en el distrito de Amarilis, provincia de Huánuco, departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de mayo a setiembre del 2016.

3.3 Muestra y muestreo

3.3.1. Unidad de análisis

Cada paciente adulto mayor con hipertensión arterial.

3.3.2. Unidad de muestreo.

Lo conformaron los mismos pacientes.

3.3.3. Marco muestral.

Estuvo conformada por el cuaderno de la Estrategia.

3.3.4. Tamaño de la muestra.

Debido a que la población fue pequeña, se trabajó con la totalidad de ellos. Es decir, se consideró una población muestral total de 50 pacientes adultos mayores con hipertension arterial.

3.3.5. Tipo de muestreo

No se tuvo en cuenta ningún tipo de muestreo debido a que se trabajó con la totalidad de la población.

3.4 Métodos e instrumentos utilizados en la investigación

Métodos.

El método utilizado fue:

- La psicometría.

Instrumentos.

Asimismo, el instrumento de investigación fue:

- a. **Escala de calidad de vida;** estuvo compuesto por dos partes, donde en el primer apartado lo conformaron preguntas sobre características generales y en segundo lugar, lo conformaron preguntas sobre la calidad de vida, las cuales estuvieron comprendidas por 26 preguntas (Anexo 01).

Las valoraciones de la variable en estudio como de las dimensiones, se tuvieron en cuenta:

Percepción de la Calidad de vida percibida

Alta :: 89 - 100

Media : 56 - 88

Baja : 22 - 55

Dimensión salud física

Alta : 26 - 35

Media : 16 - 25

Baja : 7 - 15

Dimensión Salud psicológica

Alta : 23 - 30

Media : 14 - 22

Baja : 6 - 13

Dimensión relaciones sociales

Alta : 12- 15

Media : 7 - 11

Baja : 3 - 6

Dimensión ambiente

Alta : 30 - 40

Media : 19 - 29

Baja : 8 - 18

3.5 Validación de los instrumentos de recolección de datos

Se tuvo en cuenta la validez de contenido mediante el juicio de 5 expertos (Anexo 03), donde por unanimidad apreciaron en forma satisfactoria el instrumento.

Y, en la medición de la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvo un coeficiente de 0,915.

Validez mediante el juicio de Expertos se seleccionaron 05 jueces expertos; quienes evaluaron cada uno de los ítems de los instrumentos de investigación, en términos de la objetividad, estrategia, consistencia, estructura, suficiencia, pertinencia, claridad y vigencia según cada una de las dimensiones presentadas en los instrumentos, Por otro parte en forma específica, las apreciaciones y sugerencias de cada uno de los jueces expertos respecto a los instrumentos de investigación fueron:

- ❖ **JUEZ N° 01:** LIC. NANCY G. VERRAMENDI V, ocupa el cargo de directora universitaria de investigación en la Universidad Hermilio Valdizán; la experta consideró que el instrumento de investigación se encuentra adecuadamente estructurado y las dimensiones son idóneas para medir la percepción de la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial. sugiriendo corregir las ortografías y considerar a los

adultos mayores que padecen de HTA mayor de 10 años, en el nivel de estudio no se debe excluir a los analfabetas y aquellas que tienen primaria incompletas, usar términos sencillos para no tener problemas al momento de la ejecución de dicho instrumento, una vez levantada las observaciones aplicar inmediata en la muestra en estudio.

❖ **JUEZ N° 02:** LIC.JUBERT VIGILIO VILLEGAS, ocupa el cargo enfermero asistencial en el servicio de UCI, en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano, el experto señaló que los instrumentos eran adecuados para medir la variable en estudio, en revisión del instrumento el experto menciona sobre la modificación de dos ítems.

- ✓ En el ítem 1: edad se debe considerar en cuanto a los años, a las personas adultas >70 años.
- ✓ En ítem 4: el nivel de estudio se debe considerar a las personas analfabetas no se le debe excluir.

En cuanto a las características de la percepción de la calidad de vida están claros a la vez listos para la ejecución. Una vez levantadas las observaciones aplicar el instrumento en la muestra en estudio.

❖ **JUEZ N° 03:** LIC.GLADYS LILIANA RODRIGUEZ ACOSTA, ocupa el cargo enfermera nutricionista en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano; la experta recomendó la modificación de algunas terminologías, recomendando reformular algunas preguntas en la dimensión física, usar términos sencillos para no tener problemas al

momento de la ejecución de dicho instrumento, y que después de ello se podría aplicar el instrumentos en la muestra en estudio.

- ❖ **JUEZ N° 04:** LIC.ELER BORNEO CANTALICIO, actualmente ejerce como docente e investigación en la Universidad de Huánuco. señaló que la validación fue correctamente estructurado; por ello fue apto para aplicación y ejecución de la presente investigación.
- ❖ **JUEZ N°05:** LIC. SILVIA ALVARAD RUEDA , actualmente ejerciendo la docencia en la Universidad de Huánuco, experta considero que se debían modificar la argumentación de algunos ítems y adaptar algunas terminologías establecidos dentro de la dimensión psicológica y que una vez levantada esta observación se podía aplicar los instrumentos de investigación en la muestra en estudio.

Asimismo, en la validación cuantitativa se consideró la estimación del nivel de confiabilidad de los instrumentos del presente estudio de investigación, realizándose los siguientes procedimientos: Se realizó una prueba piloto para someter todos los instrumentos de recolección de datos.

Se aplicó una prueba piloto a 20 adultos mayores ajenos a la muestra con la finalidad que se obtuvieran algunas dimensiones que se consignaran en el instrumento en la medición de la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvo un coeficiente de 0,915.

3.6 Procedimientos de recolección de datos

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a las jefaturas de Centro de Salud en estudio.
- Se realizó previo a la recolección una validación de contenido y validación cuantitativa del instrumento en estudio.
- Luego, se capacitaron a encuestadores y supervisores para la recolección de la información propiamente dicha.
- Se solicitó el consentimiento de los participantes en estudio.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación, en un tiempo promedio de 45 minutos.

3.7 Elaboración de los datos.

Se consideraron las siguientes fases:

- Revisión de los datos, donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos, Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

3.8 Análisis e interpretación de datos.

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Chi cuadrada de bondad de ajuste, con un nivel de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0.

3.9 Consideraciones éticas de la investigación

Dentro de las consideraciones éticas, en primer lugar se tuvo en cuenta el consentimiento informado (Anexo 02), debido a que existió contacto con los investigados.

Asimismo, se tuvo en cuenta las revisiones por parte del asesor y miembros del jurado.

- ❖ **Justicia:** Se respetó este principio, ya que se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar al participante en estudio, pudiendo negarse si así este lo considerara.
- ❖ **La autonomía:** Se tuvo mucha consideración el consentimiento informado de los pacientes para ser encuestados, después de las explicaciones claras y precisas sobre la naturaleza de la investigación. Respetando la decisión en cada momento del paciente.

- ❖ **Beneficencia:** Este estudio se realizó con la finalidad de plantear soluciones tanto emocionales, físicos, psicológicos a los pacientes.
- ❖ **No maleficencia:** Se respetó el principio porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los pacientes, ya que la información fue de carácter confidencial.
- ❖ **En relación a la ética.** Todos los pacientes recibieron las mismas orientaciones, para el desarrollo de las encuestas sin preferencia alguna.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivo

4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Edad en años del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Edad en años	Frecuencia	%
60 a 65	13	26,0
66 a 72	24	48,0
73 a 78	9	18,0
79 a 84	4	8,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

En cuanto a la edad en años del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, observamos que el 48,0% (24) presentaron edades entre 66 a 72 años, el 26,0% (13) estuvieron entre las edades de 60 a 65 años, el 18,0% (9) entre 73 a 78 años y el 8,0% de los adultos mayores entre 79 a 84 años.

Tabla 02. Sexo del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	26	52,0
Femenino	24	48,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

En relación al sexo del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se encontró que el 52,0% (26) fueron de sexo masculino y en cambio, el 48,0% (24) pertenecieron al sexo femenino.

Tabla 03. Estado civil del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	25	50,0
Conviviente	7	14,0
Viudo	12	24,0
Separado	6	12,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Con respecto al estado civil del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, observamos que el 50,0% (25) tuvieron la condición de casado, le sigue el 24,0% (12) con la condición de viudo, el 14,0% (7) convivientes y el 12,0% de los adultos mayores estuvieron separados.

Tabla 04. Grado de instrucción del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria completa	17	34,0
Secundaria incompleta	6	12,0
Secundaria completa	17	34,0
Superior técnica incompleta	6	12,0
Superior técnica completa	3	6,0
Superior universitaria incompleta	1	2,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

En razón al grado de instrucción del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, notamos que el 34,0% (17) alcanzaron la educación de primaria completa y secundaria completa, cada una, asimismo, el 12,0% (6) obtuvieron la secundaria incompleta y superior técnica incompleta, cada una, el 6,0% (3) tuvieron superior técnica completa y uno de ellos la superior universitaria incompleta.

Tabla 05. Ocupación del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Ocupación	Frecuencia	%
Independiente	17	34,0
Empleado público	3	6,0
Empleado	7	14,0
Ama de casa	19	38,0
Sin trabajo	4	8,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Concerniente a la ocupación del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, hallamos que el 38,0% (19) fueron amas de casa, el 34,0% (17) tuvieron ocupación independiente, el 14,0% (7) fueron empleados y el 8,0% y 6,0% se encontraban sin trabajo y empleado público, respectivamente.

4.1.2. Características de la percepción de la calidad de vida:

Tabla 06. Percepción de la Calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Salud física	Frecuencia	%
Alta	13	26,0
Media	37	74,0
Baja	0	0,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

En cuanto a la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se encontró que la mayoría del 74,0% (37) presentaron salud física media y asimismo, el 26,0% (13) mostraron salud física alta.

Tabla 07. Percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Salud psicológica	Frecuencia	%
Alta	12	24,0
Media	38	76,0
Baja	0	0,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Respecto a la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, hallamos que la mayoría del 76,0% (38) mostraron salud psicológica media y del mismo modo, el 24,0% (12) revelaron salud psicológica alta.

Tabla 08. Percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Relaciones sociales	Frecuencia	%
Alta	3	6,0
Media	47	94,0
Baja	0	0,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

En relación a la percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se encontró que la mayoría del 94,0% (47) manifestaron relaciones sociales de nivel medio y asimismo, el 6,0% (3) mostraron relaciones sociales alta.

Tabla 09. Percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Ambiente	Frecuencia	%
Alta	5	10,0
Media	42	84,0
Baja	3	6,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Concerniente a la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se encontró que la mayoría del 84,0% (42) percibieron una calidad de vida en el ambiente media, asimismo, el 10,0% (5) manifestaron nivel alto y el 6,0% de los adultos mayores nivel bajo.

Tabla 10. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Calidad de vida percibida	Frecuencia	%
Alta	5	10,0
Media	45	90,0
Baja	0	0,0
Total	50	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

En general, en cuanto a la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se encontró que la mayoría del 90,0% (45) presentaron calidad de vida media y asimismo, el 10,0% (5) mostraron calidad de vida alta.

4.2. Resultados inferencial

Tabla 11. Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Salud física	Frecuencia observada	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Alta	13	26,0	25	11,52	0,001
Media	37	74,0	25		
Baja	0	0,0	25		
Total	50	100,0			

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Referente a la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se evidenció que el 74,0% tuvo salud física media y el 26,0% salud física alta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,001$); observando que predominan aquellos adultos mayores con hipertensión arterial con calidad de vida en salud física media.

Tabla 12. Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Salud psicológica	Frecuencia observada	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Alta	12	24,0	25		
Media	38	76,0	25		
Baja	0	0,0	25	13,52	0,000
Total	50	100,0			

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Concerniente a la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se evidenció que el 76,0% tuvo salud psicológica media y el 24,0% salud psicológica alta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$); observando que predominan aquellos adultos mayores con hipertensión arterial con calidad de vida en salud psicológica media.

Tabla 13. Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Relaciones sociales	Frecuencia observada	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Alta	3	6,0	25		
Media	47	94,0	25		
Baja	0	0,0	25	38,72	0,000
Total	50	100,0			

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

En razón a la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se evidenció que el 94,0% manifestó relaciones sociales media y el 6,0% relaciones sociales alta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$); observando que predominan aquellos adultos mayores con hipertensión arterial con calidad de vida en relaciones sociales media.

Tabla 14. Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Ambiente	Frecuencia observada	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Alta	5	10,0	17		
Media	42	84,0	17		
Baja	3	6,0	17	57,88	0,000
Total	50	100,0			

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Con respecto a la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se evidenció que el 84,0% tuvo presentó nivel media, el 10,0% nivel alta y el 6,0% nivel baja. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$); observando que predominan aquellos adultos mayores con hipertensión arterial con calidad de vida en ambiente media.

Tabla 15. Comparación de frecuencias observadas y esperadas de la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la estrategia sanitaria de daños no transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016

Calidad de vida percibida	Frecuencia observada	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
Alta	5	10,0	25		
Media	45	90,0	25		
Baja	0	0,0	25	32,00	0,000
Total	50	100,0			

Fuente: Escala de calidad de vida (Anexo 01).

Y, en cuanto a la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en estudio, se evidenció que el 90,0% presentó calidad de vida media y el 10,0% calidad de vida alta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$); observando que predominan aquellos adultos mayores con hipertensión arterial con calidad de vida media.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los Resultados

La calidad de vida es conocida en forma multidimensional que se ve implicado por variables de diferente naturaleza como los ambientales, sociales y psicológicas. Las sociales como son edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad son elementos que transforman principalmente el funcionamiento físico de la persona por lo que implican directamente en la realización de actividades diarias. Las variables ambientales, tiempo de evolución y terapéutica intervienen psicológicamente sobre la persona (57).

En nuestro estudio de investigación se halló que en la mayoría del 90,0% (45 adultos mayores) presentaron calidad de vida media. Asimismo, según dimensiones, en el 74,0% (37) mostraron salud física media, 76,0% (38 adultos mayores) revelaron salud psicológica media, 94,0% (47 adultos mayores) manifestaron relaciones sociales de nivel medio y en el 84,0% (42) percibieron una calidad de vida en el ambiente media, estos resultados fueron significativos estadísticamente de $p \leq 0,05$.

Al respecto, nuestros resultados son confirmados por varios estudios como los de Gómez, García, Gómez y Mondragón (58) quienes concluyeron que el nivel de calidad de vida fue favorable debido a que 96,0% de los pacientes mostraron una tensión arterial controlada.

Igualmente, Zaldivar y Gómez (59) confirman que la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial de la Coordinación Ixtlahuaca Sur-

México, en global se encuentran entre muy buena y buena calidad de vida, estableciendo entre ambas categorías un total de 92,0% del 100,0% de la población.

Asimismo, Aguilar y Cámara (60) ratifica que a la calidad de vida en la dimensión estado de ánimo, la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial obtuvo un mejor nivel de salud; al igual que en la dimensión manifestaciones somáticas. En la valoración general de la calidad de vida, el 78,3% de estos pacientes demuestran una buena calidad de vida.

Tavares, Barreto, Dias, Pegorari, Martins y Ferreira (61) informan con relación a la autoevaluación de la calidad de vida, los adultos mayores habitantes en la zona urbana (66,1%) y rural (57,2%) fue considerado como buena. Respecto a la salud de los adultos mayores de la zona urbana (61,2%) y rural (59,8%), se encontraban satisfechos.

Además, Melchiors, Correr, Pontarolo, Oliveira y de Paula (62) encontraron que el promedio de la calidad de vida de los pacientes hipertensos evaluada por el score total del Minichal, en una escala de 0 a 100, fue de 69,7. En la dimensión física se obtuvo un promedio de 61,5; en la dimensión psicológica, de 65,7; en la dimensión social, de 72,3 y en la dimensión medio ambiente se consiguió un promedio de 59,7.

Finalmente, el estudio presenta ciertas limitaciones, como el planteamiento transversal que no consiente establecer relaciones de causalidad y el uso del instrumento para la evaluación de la calidad de vida que fueron logradas por medio del auto-reporte con la posibilidad error por disminución de la memoria del adulto mayor.

CONCLUSIONES

Se llegó a las siguientes conclusiones:

- El 90,0% (45 adultos) presentaron calidad de vida media, siendo significativo estadísticamente de $p \leq 0,000$.
- De la misma manera, en función a las dimensiones, el 74,0% (37 adultos mayores) tuvieron salud física media, con significancia estadística de $p \leq 0,001$.
- El 76,0% (38 adultos) manifestaron salud psicológica media, con significancia estadística de $p \leq 0,000$.
- El 94,0% (47 adultos) declararon relaciones sociales media, con significancia estadística de $p \leq 0,000$.
- Y, en el 84,0% (42 usuarios) están presentes la calidad de vida media en la dimensión ambiente, con significancia estadística de $p \leq 0,000$.

RECOMENDACIONES

Se recomiendan:

PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERIA

- Reproducir estudios acerca de la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial según poblaciones rurales y urbanas.
- Continuar promoviendo estudios con una muestra más amplia.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

- Implementar una red de apoyo mutuo entre los profesionales de enfermería, los adultos mayores, la familia y la comunidad, con el propósito de ayudar a afrontar situaciones desfavorables presentes en esta fase de la vida.
- Coordinar acciones con el componente de promoción de la salud, específicamente en la perspectiva de salud familiar.
- Priorizar estrategias con perspectivas hacia la calidad de vida de los adultos mayores en todo momento.

GOBIERNO REGIONAL DE HUÁNUCO

- El Gobierno Regional debe tener un papel más activo en los esfuerzos para la mejora de las condiciones de vida de los adultos mayores.
- Generar proyectos sociales en bien de esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Salazar PM, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2016; 27:60-66.
2. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Desafíos sanitarios planteados por el envejecimiento de la población. 2012 [Internet]. [Consultado febrero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/es/>
3. Martínez I. Aportes de la metodología cualitativa para el estudio de las redes de apoyo y calidad de vida de las personas mayores. En: CEPAL. Serie: Seminarios y conferencias. Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile 9 al 12 de diciembre de 2002. Santiago de Chile: CEPAL. 2003.
4. Schwartz Mann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería, 2003;2:9-21.
5. Camps E. Características antropométricas, funcionales y nutricionales de los centenarios cubanos. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2012.
6. Hernández R, Chacón L, Hernández A. Epidemiología de la hipertensión arterial en una ciudad de Venezuela. Manual de hipertensión arterial al día. Estado de la hipertensión y la salud cardiovascular en naciones latinoamericanas. Venezuela: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
7. González JJR, Mazón RP, Soria AF, Barrios VA, Rodríguez PL, Bertomeu MV. Actualización de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Card 2003; 56: 487-497.
8. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte; 2005; 21:76-86.
9. Gafas C. Estrategia educativa en enfermería para el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso: Policlínico «José Martí» Camagüey, 2008-2009. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2011.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Enfermedades transmisibles y no transmisibles 2014. Lima, Abril 2015.

11. Seguimiento de Carta de San José Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Las principales conclusiones del foro. Boletín envejecimiento y desarrollo Número 12, diciembre de 2014. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2015.
12. Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez A, Montoya LM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Revista diversitas – perspectivas en psicología, 2007;3 (2):203-211.
13. Jiménez J, Estudio epidemiológico de calidad de vida en hipertensos españoles. [Tesis]. Universitat Miguel Hernández. Alicante-España; 2005.
14. Nolasco C, Navas L, Carmona CE, López D, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Enferm Nefrol 2015;18(4):282-289.
15. Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Anuario de Psicología 1997; 73: 89-104.
16. Nolasco C, Navas L, Carmona CE, López D, Santamaría R, Crespo R. Op. Cit. P. 282.
17. Varela LE, Gallego EA. Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). Salud Soc Uptc. 2015;2(1):7-14.
18. Gómez MR, García C, Gómez V, Mondragón PB. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011;19(1):7-12.
19. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Oliveira F, de Paula RA. Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil. Arq Bras Cardiol 2010; 94(3):343-349.
20. Vinaccia S, Quiceno JM, Gómez A, Montoya LM. Op. Cit. P. 203.
21. Hernandez J, Chavez S, Yhuri N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2016;33(4):680-688.
22. Yauri CR. La hipertensión arterial y su relación con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huaycán, Lima, 2015. [Tesis]. Universidad Alas Peruanas (UAP). Lima-Perú; 2016.

23. Avellaneda MK. Influencia del soporte familiar en la calidad de vida del adulto mayor con discapacidad del programa de atención domiciliaria – PADOMI, distrito Florencia de Mora, Provincia de Trujillo, año 2015. [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú; 2015.
24. Cárdenas AL. Factores asociados a la descompensación del adulto mayor hipertenso atendido en el programa del adulto mayor Hospital Tingo María de julio a setiembre 2016. [Tesis]. Universidad de Huánuco. Huánuco-Perú; 2017.
25. Vergaray B. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2014. [Tesis]. Universidad de Huánuco. Huánuco-Perú, 2016.
26. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
27. Mishel M. Reconceptualización de la incertidumbre en la teoría de Illnes. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1990;22(4):256-257.
28. Isla X. Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos, controlados en el consultorio adosado de especialidades del Hospital Herminia Martín de Chillán, Chile, 1994-1995. *Ciencia y Enfermería* 1996; 2(1):71-80.
29. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la Calidad de Vida, 1994. ¿Por qué calidad de vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1996.
30. El Grupo WHOQOL. La Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud: Documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. *Social Science & Medicine*. 1995; 41(10):1403-9.
31. Martínez I. Op. Cit. P. 11.
32. Tonon G. Los estudios sobre calidad de vida en la aldea global, América Latina y Argentina. Revisión conceptual, avances y desafíos. En Lucero, P. (editora). *Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local*. Mar del Plata: Grupo de estudio sobre población y territorio, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. EUDEM. 2008.

33. Casas F. Bienestar social: una introducción psicosociológica. Barcelona:PPU. 1996.
34. Ferris A. Una teoría de la estructura social y la calidad de vida. *Applied Research in Quality of Life*. 2006;.1:117-123.
35. Cummins R, Cahill J. Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. En *Intervención psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida*. 2000;9(2):185-198.
36. Kreitler S, Nive D. Calidad de vida y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. En Kreitler, S, Beltuti, D., Lambert, A. y Niv, D. (eds.) *El manual del dolor crónico*. Nova. USA. 2007.
37. Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. *Scientia*, 2008.
38. Sociedad Europea de Hipertensión. Directrices de la Sociedad Europea de Cardiología para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Journal of Hypertension*, 2003;21:1011-1053.
39. González-Juanatey JR, Mazón P, Soria F, Barrios V, Rodríguez L, Bertomeu V. Actualización de las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 2003;56:487-497.
40. Kaplan N. *Tratamiento de la Hipertensión*. Texas: Willey. 1995.
41. Robles ME, intervención psicológica en los pacientes diabéticos e hipertensos del club de diabéticos del hospital provincial general isidro ayora de la ciudad de Loja. Tesis 2013: pag1-152
42. Rodríguez JM, Factores de riesgo de la hipertensión arterial, universidad interamericana 2014, tesis pág. 1-71.
43. Gallegos JC y Moreno JM, Efectos terapéuticos de la actividad física en la calidad de vida de los pacientes con hipertension arterial que asisten al club de hipertensos subcentro de Salud la Esperanza Ibarra noviembre 2010 – julio 2011.tesis pag 1-136.
44. Maguiña PK, Factores de riesgo que predisponen a hipertensión Arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro de Salud “Max Arias Schreiber” – 2013 tesis pag 1- 121.

45. Marin M, Simposio Internacional de Hipertensión Arterial Hipertensión Refractaria Sección Hipertensión de la Policlínica Bancaria, Buenos Aires <http://www.fac.org.ar/6cvc/lave/c048/marinm.pdf>
46. Armario p y Hernandez del rey R, Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital General de L'Hospitalet. Universidad de Barcelona. Barcelona. España 2006 vol.23 <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-hipertension-arterial-refractaria-13092206>
47. Hernandez Y, Fisiológicas de la hipertensión bases fisiológicas de la hipertensión arterial de bata blanca, costa rica Rev.2009 vol 3
48. Cruz M, Moreno A y Vila J, hipertensión de bata blanca 2002 <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/ctrosalud2002/5/269-272.pdf>
49. Palacios DA, prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo y prácticas de autocuidado en habitantes del barrio pucacocha de la ciudad de loja-Ecuador 2012, tesis pág. 1- 114.
50. Dr. Nicolás Roberto Robles, Servicio de Nefrología. Hospital Infanta Cristina. Ctra de Portugal s/n. 06080. Badajoz. España <http://www.seh-lilha.org/pdf/htaanciano.pdf>
51. Manual de Hipertensión Arterial Red Mevined Disponible en: <http://www.medynet.com/hta/manual/tension1.htm#>.
52. Ruiz E, Segura L y Rodriguez J, guía de diagnosticos y tratamiento de la hipertencion arterial de la teoria a la practica 2011 sociedad peruana de cardiologia.. http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/guia_hipertension/guia_hipertension.pdf
53. Rivera LN, Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia revista de salud pública · Volumen 8 (3), Noviembre 2006. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf>
54. Barrera MB y Falcón MM, Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud n° 1 de la ciudad de Azogues 2015. Cuenca – Ecuador tesis pag.1-123.
55. Alteraciones en el ritmo circadiano de la presión arterial. ¿Se está construyendo un nuevo paradigma? <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos>.

56. Alpaza L; implicancia clínica del ritmo circadiano de la presión arterial: patrón dipper y non dipper revista nº6 medicina ciencia investigación y salud año 2010.
57. Fernández JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento. Rev Esp Salud Pública. 2010; 84 (2): 169-184.
58. Gómez MR, García C, Gómez V, Mondragón PB. Op. Cit. P. 7.
59. Zaldivar CR, Gómez G. Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial de la coordinación de Ixtlahuaca Sur, I.S.E.M., 2014. [Tesis]. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México; 2014.
60. Aguilar Z, Cámara T. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. [Tesis]. Universidad Veracruzana. México; 2011.
61. Tavares DM, Barreto GO, Dias FA, Pegorari MS, Martins NPF, Ferreira PCS. Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de Minas Gerais, Brasil. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015;32(1):58-65.
62. Melchiors AC, Correr CJ, Pontarolo R, Oliveira F, de Paula RA. Op. Cit. P. 343.

ANEXOS

CÓDIGO: : ----/----/----

ANEXO 01

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

TÍTULO: Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016.

INSTRUCCIONES: Sr (a). A continuación se le muestra una serie de preguntas, lea detenidamente, con atención tómese el tiempo que sea necesario y luego marque o complete según corresponda.

Gracias por su colaboración.

I. Características generales:

1. Edad:

60 a 65 ()

66 a 72 ()

73 a 78 ()

79 a 84 ()

2. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

3. Estado civil:

Casado ()

Conviviente ()

Soltero ()

Viudo ()

Separado ()

4. Grado de instrucción:

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior técnica incompleta ()

Superior técnica completa ()

Superior universitaria incompleta ()

Superior universitaria completa ()

5. Ocupación:

- Independiente ()
 Empleado público ()
 Empleado ()
 Ama de casa ()
 Estudiante ()
 Sin trabajo ()
 Otro ()

II. Características de la percepción de la calidad de vida:

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.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo o marque con una (X) 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?					
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 satisfacción y cuánto, en varios aspectos de su vida.

	Muy Insatisfecho/a	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	Moderadamente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 02**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- **Título del Proyecto**

“Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016”

- **Equipo de Investigadores (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos).**

GONZALES SOLIS, Liliana, alumna de Enfermería de la Universidad de Huánuco.

- **Introducción / Propósito**

La calidad de vida de toda persona es un derecho, más aun en esta etapa donde se considera primordial esta tarea.

- **Participación**

Participaran pacientes adultos mayores con hipertensión arterial.

- **Procedimientos**

Se le aplicara un cuestionario en un tiempo aproximado de 45 minutos.

- **Riesgos / Incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de información oportuna y actualizada sobre la calidad de vida en el adulto mayor.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representara ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquier nueva información que puede afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted

podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia de quien patrocina el estudio. No se publicaran nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Consentimiento / Participación Voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firma del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del encuestado.....

Firma de la investigadora.....

Huánuco,..... del 2017

ANEXO 03

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO
OBJETO DE EVALUACION

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Nancy G. VERAMENDI V., con DNI N° 22421418 de profesión ENFERMERA, ejerciendo actualmente como DIRECTORA UNIVERSITARIA DE INV., en la Institución UNHEVAL.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes

Recomendaciones:

LEVANTAR LAS OBSERVACIONES Y LUEGO APLICAR SU INSTRUMENTO

En Huánuco, a los 25 días del mes de Setiembre del 2015.



Firma

Nancy G. Veramendi Villavicencio:
Docente en Ciencias de la Salud

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, José Víctor Villedas, con DNI N° 40739162, de
 profesión Lic. Enfermería, ejerciendo actualmente como
Enfermero Asistencial, en la Institución
Mo Hum - UCI.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
 de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes

Recomendaciones:

Realizar las observaciones y luego
aplicar su instrumento

En Huánuco, a los 20 días del mes de Septiembre del 2015.


 Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Glady's Llana Rodríguez Acosta con DNI N° 22404125, de profesión Nutricionista, ejerciendo actualmente como Nutricionista Clínica, en la Institución HRNUM.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

El Instrumento Reconoce la Medición de las
Variaciones en Estudio por lo que puede
ser aplicado

En Huánuco, a los 21 días del mes de SEPTIEMBRE del 2015.

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital Regional "Herminio Velásquez Meltrano"

Glady's Rodríguez Acosta
 Mg. Nut. Clínica
 ESP. NUT. CLÍNICA - R.N.E. 022

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, ELEA BORNEO CANTALICIO con DNI N° 40613742, de
 profesión LICENCIADO EN ENF., ejerciendo actualmente como
DOCENTE INVESTIGACION, en la Institución
UAT.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
 de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
 recomendaciones:

MUY BIEN, CONTINUAR CON EL ESTUDIO

En Huánuco, a los 23 días del mes de SEPTIEMBRE del 2015.


 Eler Borneo Cantalicio
 LICENCIADO EN ENFERMERIA
 - E. P. 39056

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

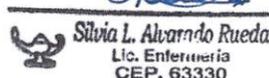
Yo, Silvia Alvarado Rueda con DNI N° 45831156, de
profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como
Docente, en la Institución
Universidad de Huánuco.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

levantar las observaciones y luego aplicar
su instrumento

En Huánuco, a los 25 días del mes de setiembre del 2015.

Firma



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION N° 485-2016-D-FCS-UDH

Huánuco, 21 de Abril del 2016

VISTO, la solicitud N° 305-16-FCS de fecha 11/ABR/16 presentado por doña **Liliana GONZALES SOLIZ** alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, quien solicita Aprobación de Proyecto de Tesis titulado: "**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLE DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI - AMARILIS, 2016**";

CONSIDERANDO:

Que, la recurrente ha cumplido con presentar la documentación exigida por la Comisión de Grado y Títulos de la EAP de Enfermería, Facultad de Ciencias de Salud, para ejecutar el Trabajo de Investigación conducente al Título Profesional;

Que, con Resolución N° 389-2016-D-FCS-UDH, de fecha 07-04-16, se designa como Jurados Revisores a la MG. EDITH CRISTINA JARA CLAUDIO, LIC. ENF. BERTHA SERNA ROMÁN Y LIC. ENF. DIANA KARINA PALMA LOZANO encargados para la Revisión del Proyecto de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería, de la Universidad de Huánuco;

Que, la Comisión de Revisión ha emitido la opinión sin observación alguna, recepcionado con fecha 11.04.16, por lo que se debe expedir la Resolución de aprobación, solicitado por la recurrente;

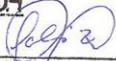
Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas por el Art. 45° del Estatuto de la Universidad de Huánuco;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el Proyecto de Investigación de Tesis titulado: "**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLE DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI - AMARILIS, 2016**"; presentado por doña **Liliana GONZALES SOLIZ** alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, quién ejecutará el mencionado trabajo bajo la asesoría de la DRA. GLADYS LILIANA RODRIGUEZ.

Artículo Segundo.- Disponer que la Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, registre el Proyecto arriba indicado en el Libro correspondiente.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.


 Mg. Julia M. Palacios Rosillo
 DECAÑA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCION N° 299-2016-D-FCS-UDH

Huánuco, 18 de Marzo del 2016

VISTO, el expediente con Registro N° 175-2016-FCS de fecha 11/MAR/16, presentado por doña **Liliana GONZALES SOLIZ** alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, quien solicita designación de Asesor del Trabajo de Investigación titulado "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLE DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, 2016", y;

CONSIDERANDO:

Que, según el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, en su Capítulo II, del Trabajo de Investigación o Tesis, Art 36º estipula que el interesado deberá solicitar asesor para obtener el Título Profesional de LICENCIADO DE ENFERMERIA, el cual será nombrado por la Facultad en Coordinación con la Escuela Académico Profesional de Enfermería, y a propuesta del o la interesado (a), y;

Que, según el Oficio N° 134-D-EAP. Enf.16-UDH, de fecha 17/MAR/16, emitido por la Directora Académica de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, acepta lo solicitado por la recurrente, y propone como **Asesora a la DRA. GLADYS LILIANA RODRIGUEZ ACOSTA**, y,

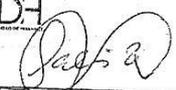
Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas en el Art. 45º del Estatuto de a Universidad de Huánuco;

SE RESUELVE:

Artículo Único: DESIGNAR como Asesora a la DRA. GLADYS LILIANA RODRIGUEZ ACOSTA en el contenido del Trabajo de Investigación titulado: "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLE DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, 2016", presentado por doña: **Liliana GONZALES SOLIZ** alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, para obtener el Título Profesional de LICENCIADA EN ENFERMERIA.

Tanto la Profesora Asesora y la alumna, se sobre entiende que se ajustarán a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.


 My. Julia M. Palacios Lervallo
 DECAÑA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: EAPEnf/Exp.Grad /Interesada/Asesor/Archivo/JPZ/gtc

ANEXO 04

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO: “Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2016”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.</p>	<p>Debido a que este estudio responde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis general, pero puede generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.</p>	Calidad de vida	<p>Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.</p> <p>Diseño: Descriptivo simple.</p> <p>Población: 50 pacientes.</p> <p>Instrumento: Escala de calidad de vida</p>
<p>PROBLEMA ESPECIFICO (1) ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (1) Establecer la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud física del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.</p>	<p>HIPOTESIS DESCRIPTIVA (1) La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión salud física, valorado en alta, media y baja son diferentes.</p>	Salud física	
<p>PROBLEMA ESPECIFICO (2) ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (2) Evaluar la percepción de la calidad de vida en la dimensión salud psicológica del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.</p>	<p>HIPOTESIS DESCRIPTIVA (2) La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión salud psicológica, valorado en alta, media y baja son diferentes.</p>	Salud psicológica	

<p>PROBLEMA ESPECIFICO (3) ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (3) Valorar la percepción de la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.</p>	<p>HIPOTESIS DESCRIPTIVA (3) La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión relaciones sociales, valorado en alta, media y baja son diferentes.</p>	<p>Relaciones sociales</p>	
<p>PROBLEMA ESPECIFICO (4) ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (4) Medir la percepción de la calidad de vida en la dimensión ambiente del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016.</p>	<p>HIPOTESIS DESCRIPTIVA (4) La proporción de adultos mayores con hipertensión arterial por la dimensión ambiente, valorada en alta, media y baja son diferentes.</p>	<p>Ambiente</p>	