



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL
CENTRO DE SALUD DE PACORA, LAMBAYEQUE,
2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACH. VIDAL LOPEZ, VICENTA OLANDA

**PIMENTEL – PERU
2017**

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia con mucho amor y cariño para la realización de esta tesis.

A mi querida hermana,
Cristina Nelly

Gracias por creer en mí, por estar conmigo en todo momento y por ser parte de mi vida.

OLANDA

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a las Docentes de la universidad Alas Peruanas Filial Chiclayo especialmente a Dra. María del Socorro Gallo Gallo, Licenciada Adriana Wong, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años. A mis compañeros del Centro de Salud de Pacora especialmente al Dr. Javier Bonilla Dávila jefe de la Institución de Salud. Un agradecimiento muy especial por la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia especialmente a mis Hermanos. A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCION	x
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Justificación del estudio.....	6
1.5 Limitaciones de la investigación.....	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio.....	8
2.2 Bases teóricas.....	16
2.3 Definición de términos.....	34
2.4 Hipótesis.....	35
2.4.1 Hipótesis general.....	35
2.4.2 Hipótesis específica.....	35
2.5 Variables.....	35
2.5.1 Variable independiente.....	35
2.5.2 Variable dependiente.....	36
2.5.3 Operacionalización de la variable.....	37
CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	40
3.2 Descripción del ámbito de la investigación.....	41
3.3 Población y muestra.....	41
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	42

3.5 Validez y confiabilidad del instrumento.....	43
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos.....	43
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	44
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS:.....	62
- Matriz de consistencia	
- Instrumento	
- Validación Juicio de Expertos	
- Formato Consentimiento informado	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1. Dimensión: Estado de Animo aspecto Subjetivo de los Adultos Mayores Hipertensos del Centro Salud Pacora.....	44
Cuadro N° 2. Dimensión: Estado de Animo Aspecto Subjetivo de los Adultos Mayores Hipertensos del Centro Salud Pacora.....	45
Cuadro N° 3. Dimensión Estado de Animo Aspecto Objetivo de los Adultos Mayores Hipertensos del Centro Salud Pacora.....	46
Cuadro N° 4. Dimensión Estado de Ánimo Aspecto Objetivo de los Adultos Mayores Hipertensos.....	46
Cuadro N° 5. Manifestaciones Somáticas de los Adultos Mayores Hipertensos.....	47
Cuadro N° 6. Manifestaciones Somáticas de los Adultos Mayores Hipertensos.....	48
Cuadro N° 7. Grado de Instrucción de los Adultos Mayores Hipertensos del Centro de Salud Pacora- Lambayeque.	49
Cuadro N° 8. Distribución de los Adultos Mayores Hipertensos Según Edad.....	50
Cuadro N° 9. Distribución de los Adultos Mayores Hipertensos según Sexo.....	51
Cuadro N° 10. Años que los Adultos Mayores del Centro de Pacora llevan de ser Hipertensión.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01 : Estado de ánimo Aspecto Subjetivo de los adultos mayores hipertensos.....	45
Gráfico N° 02 : Estado de Animo Aspecto Objetivo de los Adultos Mayores Hipertensos	47
Gráfico N° 03 : Manifestaciones Somáticas de los Adultos Mayores Hipertensos	48
Gráfico N° 04 : Grado de instrucción de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud de Pacora-Lambayeque.....	49
Cuadro N° 05 : Distribución de los adultos mayores hipertensos según edad %.....	50
Gráfico N° 06 : Distribución de los adultos mayores hipertensos según sexo del Centro de Salud de Pacora	51
Gráfico N° 07 : Años que los Adultos Mayores del Centro de Salud de Pacora llevan de ser hipertensos.....	52

RESUMEN

La hipertensión arterial en la actualidad es considerada como una de las enfermedades crónicas que genera mayor impacto en la calidad de vida del adulto mayor, dado que influye en la percepción que el individuo tiene de esta enfermedad, generando cambios en hábitos y costumbres los cuales permiten bienestar de las personas que padecen este tipo de enfermedad.

El Objetivo General: Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017. Metodología: Estudio descriptivo que tuvo como objetivo central la descripción de los fenómenos, con nivel de investigación descriptivo con abordaje cuantitativo realizado a 30 adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y la observación. El instrumento fue el cuestionario Mini chal. En la investigación se respetó los principios éticos; obteniendo los siguientes resultados:

El nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo en el aspecto subjetivo de los adultos mayores con hipertensión arterial es buena, y en el aspecto objetivo es muy buena, así como en las manifestaciones somáticas es buena la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial.

Palabras clave: *Calidad de vida, hipertensión arterial, adulto mayor*

ABSTRACT

Hypertension is currently considered as one of the chronic diseases that generates greater impact on the quality of life of the elderly, which influence the perception that the individual has this disease, generating changes in habits and customs the well-being of people with this type of disease.

The General Objective: To determine the level of quality of life of the elderly with hypertension that go to the Health Center of Pacora, Lambayeque, 2017.

Methodology: A descriptive study that had as main objective the description of the phenomena, with the level of descriptive research with a quantitative approach to 30 elderly patients with hypertension at the Centro de Salud de Pacora.

The technique of collecting data for the survey and observation. The instrument was the mini shawl questionnaire. The research respected ethical principles; obtaining the following results:

The level of quality of life in its dimension of functioning of the angles in the subjective aspect of the elderly with arterial hypertension is good, and in the objective aspect is very good, as well as in the shadows of the shadows is the quality of the life of the elderly with hypertension.

Key words: *Quality of life, arterial hypertension, elderly*

INTRODUCCIÓN

El paciente hipertenso suele ser asintomático y tener poca percepción de su enfermedad. Al ser puesto en tratamiento, no sólo es consciente de su enfermedad sino que puede presentar síntomas atribuibles a la terapéutica antihipertensiva. Esto puede explicar el fenómeno del abandono del tratamiento, al percibir que una condición asintomática, aunque de elevado riesgo, se transforma en una situación que le produce molestias subjetivas que le reduce la calidad de vida; ello, integra, las capacidades y limitaciones, los síntomas y las características psicosociales, que permiten a un individuo realizar una serie de funciones satisfactorias para él mismo. No es suficiente para mensurarla la utilización de criterios clínicos del efecto de la terapéutica sobre las cifras tensionales y las complicaciones de la hipertensión arterial, sino también la percepción del propio paciente sobre el impacto que el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad han tenido sobre sus actividades diarias y su grado de bienestar en el trabajo y en el ocio, en sus relaciones familiares y con otros miembros de la comunidad.

Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen esta enfermedad ⁽²⁾. En el año 2002, representaron el 60% de todas las defunciones y el 47% de las causas de morbilidad en todo el mundo ⁽³⁾. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, se estima en 7,1 millones el número de muertes mundiales debidas a la hipertensión arterial, cifra que representa el 13% de la mortalidad total ⁽³⁾. Advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en la mayoría de los países (Latinoamérica y EEUU) la prevalencia oscila entre un 15% y 30% (OMS) ⁽⁴⁾.

La hipertensión arterial es considerada como una de las enfermedades crónicas que genera mayor impacto en la calidad de vida dado que influye en la percepción que el individuo tiene de esta, este impacto sobre la autopercepción podría deberse a los cambios en los hábitos y costumbres que de cierta forma contribuyen en la sensación de bienestar de las personas que padecen este tipo de enfermedad.

Sin embargo, pese al incremento de la población hipertensa, son muy pocos los estudios que se dirigen a esta población y resulta necesario poder describir de qué forma estos adultos perciben su calidad de vida.

La presente investigación: “Nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017”, está estructurada en cinco capítulos:

Capítulo I: Describe el planteamiento del problema, los objetivos, justificación y la delimitación del estudio.

En el capítulo II: Comprende el marco teórico, donde se describe los antecedentes de la investigación a nivel internacional. Nacional, y local, relacionadas con el tema, así como la formulación de hipótesis, variables (dependiente e independiente) y la operacionalización de las mismas.

En el capítulo III: se describe la metodología de la investigación, de característica cuantitativa, no experimental, con un método descriptivo de corte transversal, porque se centra en observar las variables tal como se encuentran, sin manipular ninguna variable en particular. La población y muestra, estará conformada por 30 adultos mayores pertenecientes al Programa de hipertensión arterial del centro de salud de Pacora de Lambayeque. La técnica a utilizarse en la investigación será la encuesta y el instrumentos de recolección de datos será el Cuestionario Minichal que es una versión reducida del cuestionario específico y validado de calidad de vida para la hipertensión arterial que consta de 20 ítems de los cuales 09 corresponden a la dimensión “estado de ánimo” y 11 a la dimensión “manifestaciones somáticas”, también descrita como “Síntomas Físicos.

El Capítulo IV : Comprende los resultados mediante gráficos y tablas.

En el Capítulo V: Se realizase detalla la discusión de los resultados.

Finalmente se presenta, las referencias bibliográficas, y los anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es considerada como una de las enfermedades crónicas que genera mayor impacto en la calidad de vida dado que influye en la percepción que el individuo tiene de esta, este impacto sobre la autopercepción podría deberse a los cambios en los hábitos y costumbres que de cierta forma contribuyen en la sensación de bienestar de las personas que padecen este tipo de enfermedad.

Los adultos mayores considerados como la población entre los 40 y 60 años, según Ericsson son unos de los más afectados por esta enfermedad, ya que se encuentran en el periodo de edad en donde se comienza a diagnosticar la hipertensión arterial así como los de raza afro-caribeña, aquellas que tiene parientes hipertensos, que consumen mucha sal, se exceden con las bebidas alcohólicas, son sedentarias, obesas y diabéticas.

En la última década, en el Reino Unido se han reportado estudios epidemiológicos con una prevalencia de pacientes hipertensos controlados de 6 %; sin embargo, otros estudios señalan controles de poblaciones hipertensas mucho más elevadas, como el reportado en Journal of

Hipertensión 2004, informa que en Barbados, los hipertensos tienen bajo tratamiento antihipertensivo y sus controles alcanzaron hasta 58 %, mientras en otros países dicho control es significativamente más bajo como en Corea, que en ese mismo estudio el control de la hipertensión arterial fue sólo de 5,4 % .

En España, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovasculares junto con el tabaquismo y las hiperlipidemias, a su vez han establecido una interacción terapéutica capaz de reducir la morbimortalidad cardiovascular; las bajas tasas de control de la hipertensión arterial lo convierten en uno de los objetivos más relevantes de la salud pública. Varios trabajos Españoles, durante las dos últimas décadas han estimado que aproximadamente el 20% de la población adulta padece de hipertensión arterial y, entre 50% y 60% de ellos son consciente de padecerla. Por otro lado, entre los diagnosticados el 40 y 50% reciben tratamiento farmacológico y solo el 25% están controlados. Situación que llama la atención por las graves complicaciones incapacitantes que puede producir esta enfermedad a corto y largo plazo; entre ellas las complicaciones cardiovasculares, siendo su incidencia cada vez mayor en América Latina, al igual que en el resto del mundo. En EEUU se registra una prevalencia del 30% de hipertensión arterial.⁽⁵⁾

Por otro lado, el informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (2002) destaca la importancia de las enfermedades crónicas como la hipertensión, como obstáculo al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, estrategias deficientes de la atención primaria de la salud son obstáculos mayores para el logro del control de la presión arterial.⁽⁴⁾

Es más, la epidemiología de la hipertensión y enfermedades relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes países y en diferentes regiones de países .En nuestro país, el Ministerio de Salud - Oficina

General de Estadística e Informática, afirman que las principales causas de mortalidad por sexo en el departamento de Lima en el año 2010 fueron las enfermedades respiratorias, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas. El 27.3% de la población peruana, es decir uno de cada tres peruanos, es hipertenso según el último estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología.

En nuestro país la hipertensión arterial es la primera causa de accidentes cerebros vasculares, infartos al corazón, insuficiencia cardiaca, ceguera e insuficiencia renal, por causa de diversos factores como antecedentes familiares de HTA Y la obesidad⁽⁵⁾

Según la Sociedad Peruana de Cardiología (SPC) el 27.3 % de la población peruana, es decir uno de cada tres peruanos, es hipertenso. Lo cual es un indicador considerable, teniendo en cuenta que la gran mayoría consume comida chatarra y no realiza actividad física. Sin embargo, pese a este crecimiento son muy pocos los estudios que se dirigen a esta población y resulta necesario poder describir de qué forma estos adultos perciben su calidad de vida.

La hipertensión arterial es una enfermedad que dura toda la vida, se puede controlar, pero no se puede curar, por eso la medicación y los cambios en los estilos de vida son vitales.

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

Según la (SPC), indica que el 70% no tiene síntomas, solo el 30% presenta dolores de cabeza, mareos, zumbido en oídos, insomnio, ve lucecitas (escotomas) por esto se la llama asesino silencioso. Una persona tiene

problemas de hipertensión cuando su presión es de 14/9 o más, es decir, 140mmhg o más la máxima (sistólica) y de 90mmhg o más la mínima (diastólica). Por ello es recomendable medirse la presión arterial periódicamente, si le diagnosticaron hipertensión arterial.

La población Pacorana, no es ajena a esta realidad, los adultos mayores acuden al Centro de Salud, cuando tienen algún dolor físico o quejas que les impiden trabajar de lo contrario no se realizan ningún control médico, ni medida de su presión, su alimentación diaria generalmente son el consumo de alimentos grasos, carbohidratos, salados, ingesta de alcohol, tabaco, no realizan ejercicios físicos, ni actividades recreativas, ni cambios o actitudes sexuales, en este sentido la persona hipertensa no presenta signos ni síntomas ya que la presión arterial es un asesino silencioso con consecuencias fatales que altera la calidad de vida de la persona, familia y comunidad. Esto se pudo observar durante las atenciones médicas y jornadas de Salud sobre Control de Presión Arterial (HTA) realizadas a la población adulta mayor, observándose signos y síntomas de esta enfermedad donde posiblemente se practiquen inadecuados estilos de vida, que al pasar de los años se desencadenan en hipertensión arterial crónica. (6)

Sin embargo, son pocos los que están al tanto de sus riesgos y desconocen la importancia de controlar su presión arterial. Además, se observa que muchos de ellos no acuden al control de presión arterial notándose ausentismo en los controles programados, lo que posteriormente podría exacerbar su cuadro clínico ocasionándoles problemas cardiovasculares como son infartos miocardio (IMA), accidentes cerebro vasculares (ACV), secuelas como hemiplejias y/o la muerte, situaciones que se pueden modificar mejorando la calidad de vida, de las personas y que incluyen medidas o acciones encaminadas hacia un orden de convivencia y de justicia social, hacia un estado de salud óptimo y hacia una formación mínima que le permita realizarse como seres autónomos.

Por todo lo anteriormente planteado, se formuló la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cómo Identificar el nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017?
- ¿Cómo Identificar el nivel de calidad de vida, en su dimensión manifestaciones somáticas de los adultos mayores con hipertensión arterial Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.
- Identificar el nivel de calidad de vida, en su dimensión manifestaciones somáticas de los adultos mayores con

hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación aborda una temática de tendencia e influyente en el proceso del cuidado en la hipertensión al adulto generando estrategias de prevención en la comunidad.

La investigación se realizó con el propósito determinar Nivel de calidad de vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora y realizar actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida de los mismos, permitiendo un aporte didáctico basado en la prevención para que los adultos puedan conocer cómo cuidar su presión arterial y preservar su salud.

Los beneficiados de la investigación serán los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, quienes a través de un cuestionario se determinara el Nivel de Calidad vida para posteriormente a los resultados, se les brindaran sesiones y /o talleres donde se les enseñará a plantear sus problemas y llegar a resolverlos, para la optimización de la calidad de vida a través de nuevos conocimientos que se les impartirá para mejorar su calidad de vida y aprender a cuidar su salud.

La investigación es importante, porque será un aporte referencial para futuras investigaciones relacionadas con el tema hipertensivo.

Los resultados también servirán como referentes para que a los trabajadores del Centro de Salud Pacora a dirijan sus actividades preventivas hacia los adultos mayores hipertensos, a fin de prevenir el costo social que lleva esta enfermedad crónica a la familia, comunidad y el país en general.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones fueron relacionadas con la búsqueda de las unidades de análisis que son los adultos mayores, debido a que se tuvo que realizar visitas domiciliarias a los hogares cuando no llegaban al Centro de Salud para los controles respectivos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Vinaccia Stefano; Quiceno Margarita (2007) Colombia. En el trabajo de investigación titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve”, se tuvo como objetivo evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial leve de la ciudad de Medellín. La muestra estuvo compuesta por 148 hombres (52.5%) y 134 mujeres (47.5%) con una edad media general de 60.8 años y una D.T de 11.3. La población encuestada se agrupa en el nivel educativo de educación básica (primaria y secundaria) y un 11.7% de la muestra realizó estudios universitarios. Más del 50% están casados, y en un porcentaje menor hay viudos, solteros, divorciados y separados. La muestra se ubica en un nivel de clase media. En cuanto al tiempo de

diagnóstico de la enfermedad prevalecen los 7, 8 y 10 años (34%) y la tercera parte de la muestra se ubicó en años de diagnósticos inferiores (1-6 años).

Se observó que los pacientes con hipertensión arterial leve en las dos dimensiones del cuestionario tuvieron niveles bajos, especialmente en lo referente a síntomas físicos, lo cual indica, de manera general, que la calidad de vida fue desfavorable en cuanto a sus relaciones interpersonales, visión del futuro, estado de ánimo negativo (ansiedad- depresión), autoeficacia y síntomas somáticos asociados con la enfermedad como mareo, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía, entre otras. Se aprecia que los niveles de calidad de vida de los pacientes hipertensos en las dos dimensiones del cuestionario CHAL, que mide estado de ánimo (EA) y manifestaciones somáticas (MS) son bajos, especialmente en lo referente a síntomas físicos. La dimensión estado de ánimo (EA) del CHAL de la muestra de este estudio fue de 44.6 muy por encima de las medias de pacientes españoles con hipertensión leve (18.0), media (25) y grave (24.6). En cuanto a la dimensión manifestaciones somáticas (MS) del CHAL, la media de los pacientes del estudio fue de 22.0, mucho más alta que las medias españolas en pacientes con hipertensión leve (6.7), media (9.6) y grave (10.8) (7.)

Gómez María del Rosario, García Clotilde, (2011) México. En la investigación titulada “Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica

El objetivo de la investigación fue: Evaluar la calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial en una comunidad del estado de México.

La metodología fue un Estudio descriptivo de tipo transversal prospectivo.

El nivel de calidad de vida es favorable debido a que 96% de la población presenta una presión arterial controlada. Conclusión: El nivel de CV de los pacientes con HAS es muy buena debido a que la población presenta una PA controlada. El CHAL es un instrumento que el profesional de Enfermería puede aplicar para valorar la calidad de vida en pacientes con HAS. En cuanto a las características sociodemográficas de la población, la media de edad fue de 57.03 años, con predominio del sexo femenino en el 56.7%, escolaridad de menos de 5 años 56.7%, analfabetas 23.3%, estudios de secundaria 16.7 y 3.3% con estudios universitarios; con respecto a la ocupación, predominaron las amas de casa 46.7%. De la evaluación de la CV, 80% de los participantes la consideró como muy buena y 16.7% buena, sin embargo nadie percibió una mala calidad de vida.⁽⁸⁾

Galárraga Sánchez Mónica (2014) Ecuador. En la tesis titulada Determinación de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial mediante la aplicación del instrumento (chal) en el subcentro.

Estudio analítico prospectivo longitudinal, que incluyó a 57 personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Se estudiaron variables sociodemográficas, manifestaciones somáticas y estado de ánimo. Se encontró que el 71.9% son mujeres, mientras que el 28.1% son hombres, la edad promedio es de 63 años. Las mujeres son un grupo más vulnerable ya que tienen 1.4 veces más riesgo de mantener mala calidad de vida a diferencia de los hombres. Así como también estar sobre la edad promedio ya que los pacientes mayores a 63 años tiene 1.7 veces más riesgo de tener mala calidad de vida. Mientras tanto el tener pareja así como también la escolaridad y más aún el tener una profesión son factores protectores para evitar tener mala calidad de vida.

En términos generales la mayoría de pacientes con diagnóstico de hipertensión no presentan una buena calidad de vida, esta puede ser mala o regular, pero si dividimos entre las variables somáticas y el estado de ánimo nos indica que el mayor porcentaje presenta mala calidad de vida en manifestaciones somáticas y buena calidad de vida en estado de ánimo indicándonos que la sintomatología del paciente es en lo que más se ve afectado. El 50.9% de los pacientes encuestados obtuvo un resultado de que mantiene una regular calidad de vida, seguida de un 43.9% que presentan una buena calidad de vida y luego un 5.3% que mantiene una mala calidad de vida; llama la atención que ninguno de los pacientes presenta una excelente calidad de vida.

En lo referente al estado de ánimo los resultados nos indican que el 65.79% de los pacientes presentan respuestas favorables es decir tienen mejor calidad de vida y mantienen mejores relaciones sociales y el 34.21% presentan mala calidad de vida en este parámetro.

En cuanto a la sintomatología vemos que los resultados son todo lo contrario ya que el 68.76% presenta mala calidad de vida, es decir vemos que la mayoría de los pacientes presentan gran sintomatología que altera negativamente su calidad de vida y solo el 31.24% presentan buena calidad de vida en este parámetro. ⁽⁹⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Rodríguez Alayo Stephanie Silvina (2012). Trujillo En el trabajo de investigación “ Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso”. Miramar, el estudió, de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, el objetivo fue determinar Nivel de Calidad de Vida en Adultos Mayores

Hipertensos, que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche, debidamente registrados. Se consideró el universo muestral conformado por 30 adultos mayores, correspondiendo según género, 40 (62%) mujeres y 25 (38%) hombres, con diagnóstico de hipertensión arterial. Para la recolección de datos e identificar nivel de calidad de vida se utilizó de instrumento: cuestionario en adultos mayores hipertensos, formulado por Gabriel Smilkstein y, cuestionario sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos formulado por la autora del presente estudio, el análisis de la relación entre las variables de estudio, se realizó mediante la prueba estadística de fiabilidad Alpha de Cron Bach y de correlación de Pearson. Los resultados señalan que, el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron grado de apoyo familiar bajo. Así mismo, los hallazgos evidencian que el 36,92% de adultos mayores hipertensos demostraron tener nivel de calidad de vida buena; un 44,62% regular y el 18,46% un nivel de calidad de vida deficiente. Se encontró correlación significativa entre ambas variables de estudio ⁽¹⁰⁾

García Pablo (2016) Lima. En la tesis titulada: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Casa “Poli funcional Palmas Reales” Los Olivos, la investigación tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Poli funcional Palmas Reales” Los Olivos. El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, corte transversal y prospectivo La población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida,

con indicadores de buena, regular y mala calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Resultados: Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que, en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Los autores llegaron a la conclusión de que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo.⁽¹¹⁾

Maguiña Duran (2014). Lima En su estudio de investigación en el tema “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro de Salud Max Arias Schreibe”.

El objetivo fue determinar los factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en las personas adultas que acuden al Servicio de Triage del Centro de Salud Max Arias Schneider – El estudio de investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, lo cual permitió tener una visión de la situación de la variable estudiada en la población de los adultos La muestra estuvo conformada por 80 personas adultas, la técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se aplicó un cuestionario, concluyendo que los factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en los adultos usuarios en dicho Centro de Salud, se encuentran presentes en la población de

estudio Los factores de riesgo modificables que predominan son el consumo de grasas, ausencia del control del índice de masa corporal y de la presión arterial, así como el consumo excesivo de sal y presencia de estrés. Concluyó que “los factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial prevalentemente son los antecedentes familiares de HTA y de obesidad Llegando a la conclusión en esta investigación de que, en los Centros de salud, se deben desarrollar estrategias y actividades dirigidos a la promoción y prevención de la salud; como la implementación de programas educativos sobre los factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial (HTA) y su prevención; de esta manera se logrará un mejor control de estos factores y se contribuirá para mejorar la calidad de vida de las personas.”(12)

2.1.3. Antecedentes Locales

Torres Quiroz, Jorge H.; Torres Requejo, Josué D. (2013) Chiclayo. El trabajo de investigación que realizaron sobre La Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor La Victoria. El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre Depresión y Calidad de Vida, Utilizando el diseño de investigación de tipo descriptivo correlacional, Para la realización de la realidad problemática se ha tenido como base teórica la información de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. La población que se estudio fue de 84 adultos mayores, que asisten constantemente al CAM; para lo cual se usó el Inventario de Depresión de Beck BDI – II y la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, señalando como resultados que no existen correlación entre ambas variables; así mismo se demostró que el sexo femenino tiene mayor depresión, además que la Categoría Tendencia a Calidad de Vida Buena es la que predomina

en los Adultos Mayores. También se confirmó que los factores que determinan la Calidad de Vida son Hogar & Bienestar Económico y Amigos, Vecindario & Comunidad. De acuerdo a los resultados de la investigación, se propone el financiamiento de un programa de intervención a la población investigada, buscando mejorar la calidad de vida en el adulto mayor y prevenir niveles de depresión. Teniendo en cuenta que, al alcanzar un grado de satisfacción personal, física, social y mental, se llegan a un bienestar vital.⁽¹³⁾

Salgado Montenegro Flor C. (2013) Chiclayo. En la tesis titulada: Cuidado del Adulto mayor Auto Valente desde el modelo de Nola J. Pender de la Organización Social de Base del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”, del C.S José Olaya. La presente investigación, tuvo como objetivo: Caracterizar, describir y analizar el cuidado del adulto mayor auto Valente desde el Modelo de Nola Pender, Promoción de la Salud de Pender (1996) Los sujetos de investigación fueron 13 adultas mayores autovalentes de 60 a 85 años y el escenario la Organización Social de Base del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”, del C.S José Olaya. Se utilizó el cuestionario socio - demográfico, entrevista semiestructurada a profundidad y cuestionario sobre conductas del adulto mayor auto Valente en su cuidado. Los datos obtenidos fueron tratados con el análisis temático de Burns (2005). Emergiendo 4 categorías: a) El adulto mayor frente a experiencias previas de autocuidado; b) La incorporación a la Organización del Adulto Mayor “Corazón de Jesús”: autoeficacia percibida para la acción; c) Enfermería, adulto mayor y familia: barreras percibidas para promocionar la salud; d) Los estilos de vida del adulto mayor como conducta promotora de salud. Se consideró los Principios de la Ética Personalista de Sgreccia (1996) Concluyendo que las adultas mayores beneficiaron su salud desde su incorporación a la OSBAM y al sentir motivación para cuidar de la misma, mediante la adopción de comportamientos saludables, como actividad física y cuidado su

nutricional, a pesar de barreras percibidas para promocionar la salud ⁽¹⁴⁾

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 Calidad de vida:

La calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

En esta definición hay varios aspectos que señalar, en primer lugar, que calidad de vida es un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee". Realización personal y calidad de vida son dos aspectos que se han ligado, y que sin duda están altamente correlacionados ⁽¹⁵⁾.

Educación y calidad de Vida:

No existe consenso con respecto al término calidad de vida, pero la mayoría de los autores coinciden en que es más amplio que el de bienestar físico y social, Aunque nuestro trabajo se refiere a pacientes geriátricos, queremos expresar que participamos de las concepciones que asocian la calidad de vida de cara hacia el bienestar. En este sentido, la calidad y el desarrollo humano son nociones inseparables.

La Organización de las Naciones Unidas [ONU], en 1954, propuso como indicadores de calidad de vida la salud, alimentación, vivienda, seguridad, condiciones de trabajo, medio ambiente, educación y tiempo libre. En 1961, este organismo reformuló parcialmente esta lista considerando las siguientes opciones: salud, alimentación, características de alojamiento, seguridad social, educación, ocupación y condiciones de trabajo, formas de vestir, tiempo libre y derechos humanos.

Se pueden considerar conceptos afines a la calidad de vida el bienestar psicológico, la calidad ambiental, la promoción y la participación social y la autorrealización; y como contravalores, la marginación social, la desadaptación psicosocial y la exclusión social; digamos también que en los últimos años los países han valorado como índices de calidad- la cantidad de recursos económicos empleados por el estado y la cuantía y la calidad de productos materiales y los servicios que consume una población (educación, sanidad y vivienda), produciéndose, pues, una reducción hacia lo económico y medible, con el objetivo puesto en la búsqueda de la prosperidad económica y social de los individuos y las familias.

Por lo tanto, creemos que la calidad de vida implica la necesidad de mejorar aquellas situaciones en las que viven las personas y que incluyen medidas o acciones encaminadas hacia un orden de convivencia y de justicia social, hacia un estado de salud óptimo y hacia una formación mínima que le permita realizarse como seres autónomos.

La calidad de vida es una aspiración hacia el bienestar y la felicidad a la que todos debemos tener ⁽¹⁶⁾ indica que la felicidad también se puede vincular al estado de ánimo, al buen humor, porque también es bienestar, armonía, simetría e imperturbabilidad y su principal característica es delimitar y seleccionar los placeres.

.El sentimiento de bienestar está también afectado por el género, debido a la mayor posibilidad de que las mujeres perciban en mayor medida que los hombres sentimientos de soledad y aislamiento ⁽¹⁶⁾

Para la Comisión Independiente sobre Población y Calidad de Vida, este concepto aporta numerosos elementos ya que se funda en el gozo tranquilo y seguro de la salud y de la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre los sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la igualdad y de la seguridad.

Cada uno de estos elementos es importante en sí mismo, y la ausencia de uno solo de éstos puede alterar el sentimiento subjetivo de calidad de vida ⁽¹⁷⁾

En la actualidad, hablar de calidad de vida es hablar de calidad personal en todas sus dimensiones, sin olvidar el medio ambiente en el que conviven las personas Porque calidad de vida supone un estilo de vida, es decir, un todo coherente ideológico, actitudinal y comportamental que posibilite la implicación personal continuada. Esto equivale a crear situaciones que permitan un hábitat de calidad facilitadora de una vida más saludable y favorecedora de una existencia plena para todos.

Dicho hábitat no dependerá tan sólo de los adecuados recursos materiales sino del modo de vida o estilo de vida que adoptemos, de ahí que la calidad de vida no es algo individual, sino colectivo en el que influye determinadamente el contexto y de ello se deduce, a modo general, que en un pueblo o en un ayuntamiento existe un alto nivel de calidad de vida.

En este contexto, la persona que aspira a una calidad de vida debe ser consciente de que las distintas edades conllevan diferentes calidades, roles y satisfacciones ⁽¹⁶⁾.

La educación facilita los caminos hacia aquellos recursos que den una respuesta satisfactoria a las necesidades básicas planteadas por este colectivo que, en general, están centradas, como en cualquier sector de población, a partir de proyectos que buscan la satisfacción personal y colectiva de las personas proyectos diseñados y organizados para este sector de población⁽¹⁴⁾.

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad ⁽¹⁷⁾

La estrategia de atención primaria pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. Tanto la comunidad como los individuos deben tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas deben, resolver por sí mismos y sobre cuáles aspectos tienen derecho a exigir a otros niveles.

Esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan ⁽¹⁸⁾. Por lo tanto, la misión de Educación para la Salud es crear estos espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud.

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un

examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual o colectivos.

Debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud.

También permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud.

La educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, y mantener prácticas y estilos de vida saludables; propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos. Genera el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad, en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

El aprendizaje supone fundamentalmente interacción o relación persona- ambiente; existencia de información; actividad u observación por parte de las personas.

Un abordaje integral de la salud requiere de implementar intervenciones orientadas a promover la salud, prevenir la enfermedad y curar y rehabilitar a las personas en sus problemas de salud. Para ello, se requiere de la aplicación de actividades educativas en salud que se desarrollan a través de diferentes niveles de intervención.

La Atención Integral se sustenta en tres ejes esenciales, a saber: la Educación, la Participación Social y la Evaluación Integral. Estos tres ejes se desarrollarán en las Unidades Modulares de Participación Social y de Atención Integral. NO se puede hablar de Atención Integral con la sola ausencia de uno de estos ejes. (18).

Calidad de Vida y Salud

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

“La medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (19)

La calidad de vida es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Si bien la incorporación de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. El concepto de calidad de vida se ha banalizado en grado extremo, en especial en los campos de la comunicación y del consumo.

Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un discurso genérico e

inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad.

Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de calidad de vida relacionada con la salud, asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento).

Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena.

La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Algunos críticos del concepto han considerado que el mismo conlleva a la medicalización de la vida cotidiana.

El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Sin embargo es frecuente que las investigaciones de calidad de vida relacionada con la salud, dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores.

Pacientes hipertensos estudiados en distintas etapas de su enfermedad referían, independientemente del estadio de su enfermedad, que hechos como pasarlo bien en la vida, experimentar el dar y recibir amor, tener una actitud positiva ante los sucesos de la vida cotidiana eran los factores que proporcionaban a la vida su más alto grado de calidad. Podría acordarse, por tanto, que es también tarea de

la medicina optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo la promoción de bienestar a través de intervenciones psicosociales, cuando sea necesario, dentro de los tratamientos habituales. (20)

Calidad de vida en la vejez:

En esta etapa de vida los cambios que se dan en lo físico, psicológico y sociales asociados al proceso de envejecimiento constituyen a esta población particularmente vulnerable que requieren de estrategias de atención que les garantice una calidad de vida digna.

Evaluación de calidad

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (21)

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Factores relacionados a la calidad de vida del adulto mayor.

Las dimensiones de estado de ánimo y las manifestaciones somáticas son las siguientes:

- a) Estado de ánimo.** Es un estado, una forma de permanecer, de estar, cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo psíquico. Se diferencia de las emociones en que es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento.

Esta dimensión comprende los aspectos subjetivos y los criterios objetivos que a continuación de presenta:

➤ **Aspectos subjetivos:**

La calidad de vida es en sí la evaluación subjetiva que las personas hacen de su situación. (22)

- La intimidad

La intimidad de la persona es su mundo interior. La persona se define porque es poseedora de un mundo interior que no es visible desde fuera. Ese mundo interior tiene una característica muy importante: es un mundo que no tiene paralelo, único, irrepetible.

Es decir que una persona se define principalmente por la existencia dentro de ella misma de un mundo interior que sólo ella conoce, y nadie más que ella si no quiere darlo a conocer. Existe un reducto en cada persona que resulta inviolable. (23)

- La expresión emocional

Se considera emoción la respuesta de todo organismo que implique una excitación fisiológica; conductas expresivas y una experiencia consciente.

Es la reacción subjetiva al ambiente acompañada de respuesta neuronal y hormonal; se consideran reacciones de tipo adaptativo que afectan la manera de ser, acompañada de cambios orgánicos, de origen innato influidos por la experiencia.

Función adaptativa del organismo a lo que nos rodea, en el ser humano, la experiencia de una emoción involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utiliza para valorar una situación concreta e influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

- La seguridad percibida

Se desarrolla con base en la autoestima fuerte y detección de las propias potencialidades. Por tanto, es un proceso que se fortalece o debilita de acuerdo a las circunstancias de vida, y de ahí la importancia de enseñar a valorarse y aceptarse.

- La productividad personal

Es el resultado de aplicar un conjunto de técnicas orientadas a la consecución de resultados eficientes. Es cómo conseguir mejores resultados con los recursos disponibles, se trata de conseguir más con menos, y se aplica tanto a personas como a organizaciones.

➤ Aspectos objetivos:

Como aspectos objetivos, considera el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida. (24)

- El bienestar material

Es la satisfacción de los ciudadanos con el entorno en el que viven o con los servicios que se les prestan. Es considerado como un constructo muy vinculado a la felicidad y la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico vinculado al logro de objetivos vitales y al hecho de tener un sentido en la vida.

- Las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y la comunidad

El medio ambiente desempeña un papel fundamental, en la medida que los diferentes pueblos puedan adaptarse o vivir en medios naturales con características comunes, pueden adoptar actitudes socioculturales o patrones de vida muy similares, y por

ello es muy importante las relaciones armónicas con el medio natural y con la comunidad.

- La salud objetivamente percibida.

Hace referencia a una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, lo cual remite a la definición clásica de salud entregada por la OMS, según la cual la salud es entendida no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un completo estado de bienestar. (25)

b) Manifestaciones somáticas o física:

- Dificultad respiratoria

La disnea se refiere a la dificultad respiratoria que se manifiesta como una sensación de falta de aire en los pulmones. Es normal que después de haber realizado un esfuerzo físico importante la respiración se altere y aparezca sensación de falta de aire. Los grandes fumadores y las personas con enfermedad cardiovascular y/o pulmonar son los más propensos a padecer disnea, sensación de ahogo y problemas al respirar al realizar el menor esfuerzo. (26)

- Edema en los pies

Se refiere a la hinchazón que se produce en los pies y puede afectar a cualquier persona si permanece de pie por mucho tiempo, obedece a un desequilibrio del intercambio normal de líquidos entre el espacio intracapilar e intersticial en los miembros inferiores. Este intercambio es el resultado de dos presiones que actúan en dirección contraria: la hidrostática y la oncótica. La primera, que es intravascular, empuja el líquido contra las paredes finas de los capilares; la segunda lo atrae hacia el espacio intracapilar.

- **Ganas frecuentes de orinar**

Una excesiva necesidad de orinar, también puede producirse a causa de diversas enfermedades, bien porque hay una sustancia que se produce en mayor cantidad en el organismo y el riñón aumenta la producción de orina para desecharla o porque el riñón es incapaz de elaborar una orina concentrada. Estas patologías pueden ser las siguientes:

- Diabetes mellitus
- Diabetes insípida central
- Insuficiencia renal crónica
- Nefropatías túbulo intersticiales (diabetes insípida nefrogénica)

- **Sed**

Es el ansia por beber líquidos, causado por el instinto básico de humanos o animales para beber. Es un mecanismo esencial de regulación del contenido de agua en el cuerpo y uno de los primeros síntomas de deshidratación. Se produce por una carencia de hidratación o por un aumento de la concentración de sales minerales.

- **Dolor de pecho**

Se presenta en diferentes formas, desde una punzada intensa hasta un dolor leve. En algunos casos, el dolor de pecho puede describirse como opresivo o ardiente. En otros el dolor se desplaza por el cuello, llega a la mandíbula y luego se irradia a la espalda o por un brazo o ambos:

Hormigueo del cuerpo

Sensación incómoda que se produce en diferentes partes del cuerpo, sobre todo, en las extremidades: manos, brazos, pies, piernas y dedos. Suele ignorarse, ya que con frecuencia aparece por mantener una postura durante un largo periodo de tiempo, provocando la falta de riego sanguíneo en determinadas zonas, que se “duermen”; o por una leve infección. Sin embargo, si se da de manera frecuente, puede convertirse en un motivo de preocupación. El cuerpo podría estar indicando que algo no funciona y que podría estar desarrollando una enfermedad. ⁽²⁷⁾

2.2.2. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una patología crónica degenerativa presente en 20% de las personas de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovascular, renal y vascular periférico.

El manejo no farmacológico, es decir, la modificación del estilo de vida está indicada como medida inicial, o bien, como suplementaria al manejo con medicamentos para el paciente con hipertensión arterial; incluye la disminución en la ingesta de sodio, alcohol y grasas saturadas, así como el incremento de la actividad física durante el tiempo libre del hipertenso.

Este manejo es efectivo para disminuir las cifras de presión arterial de las personas con niveles normales en límites altos y en los pacientes con hipertensión.

Al evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, es esencial medir y evaluar el grado de alivio de los síntomas, mismos que podrían traducirse en una mejoría de la calidad de vida (CV),

considerada esta última como la sensación de bienestar físico y de satisfacción emocional, psíquica y social del individuo.

Para evaluar la calidad de vida se emplean instrumentos que abarcan diferentes dominios relacionados con los valores subjetivos del paciente, determinados a su vez por los contextos sociales, culturales y económicos, que también se ven afectados por la enfermedad o por el tratamiento mismo.

La respuesta al tratamiento, su duración, la severidad de la enfermedad y el estado y la magnitud de los cambios esperados son criterios que influyen en la elección de los componentes de la (CV) que se van a evaluar. El uso de escalas visuales análogas implica que la intensidad o la frecuencia de un síntoma pueden representarse con una escala línea continua, y que el respondiente de la escala también entiende esta representación.

Aunque la hipertensión arterial leve a moderada tiene pocas manifestaciones sintomáticas por sí misma, los efectos secundarios del manejo están asociados con la poca adherencia o el franco abandono del tratamiento medicamentoso.

“Para algunos pacientes el hecho de ingerir medicamento implica un problema más grande que la enfermedad misma; a pesar de la frecuencia con que se presenta esta situación, pocos estudios clínicos han intentado evaluar los diferentes aspectos de la CV en este tipo de pacientes.

a. Clasificaciones:

La hipertensión secundaria puede desarrollarse a causa de determinados medicamentos (por ejemplo, preparados hormonales como la píldora anticonceptiva o de otras patologías que provocan un incremento de la presión arterial. Por ejemplo,

una enfermedad renal o un trastorno metabólico como el llamado síndrome de Cushing.

La hipertensión primaria o esencial supone un diagnóstico por exclusión. El facultativo determina esta forma cuando no haya ninguna causa directa de la hipertensión arterial, es decir, no tiene un origen detectable externamente.

Aunque fuera de esta clasificación mencionamos, por su gran prevalencia, la hipertensión clínica aislada (también denominada hipertensión de bata blanca). En este caso los valores de presión arterial registrados por el médico son más elevados que los medidos en casa por el propio paciente. Esto se debe probablemente a la tensión emocional que experimentan algunas personas al entrar en una consulta médica y hablar con el facultativo o el personal sanitario, tensión emocional que provoca un aumento de la presión. (28)

Tabla N° 1. Clasificación de la P/A en personas de 18 años de edad a más.

Categoría	Sistólica (mmhg)	Diastólica (mmhg)
Normal	< 120	< 80
Pre Hipertensión	120 – 130	80 – 89
		140
Estadio I	140 – 150	90 – 99
Estadio II	≥160	≥100

Fuente: Manual de Guía Técnica de Hipertensión Arterial MINSA.²⁸

b. Factores

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada hipertensión esencial, Primaria o Idiopática, es decir, sin causa previa conocida. No hay una causa identificable, existen múltiples factores relacionados o asociados, pero aún no está definido un único gen responsable. También puede ser originada por alguna otra enfermedad, en cuyo caso se denomina hipertensión arterial secundaria, como, por ejemplo, las originadas por enfermedades endocrinas y del riñón. Esta hipertensión es debida a una causa identificable (Menor del 5% del total de casos de hipertensión arterial); cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la presión arterial y en muchos casos las curaciones de la enfermedad. Entre ellas destacan por su prevalencia. ⁽²⁸⁾.

c. Cambios del estilo de vida

Debe instituirse medidas de estilo de vida cada vez que sea apropiado en todos los pacientes hipertensos, incluyendo a los que requieren tratamiento farmacológico. El propósito es bajar la presión arterial (PA), controlar otros factores de riesgo, y disminuir el número o las dosis de drogas antihipertensivas. También son recomendables medidas de estilo de vida en sujetos con presión arterial normal y normal-alta para disminuir el riesgo de desarrollar hipertensión. Las recomendaciones de estilo de vida no deben ser dadas como una formalidad, sino que deben ser instituidas con suficiente apoyo de expertos y de comportamiento, con refuerzos periódicos.

Las medidas de estilo de vida que son ampliamente conocidas que bajan la PA y/o el riesgo cardiovascular y que se debe considerar son: dejar de fumar, bajar de peso (estabilizar el peso), disminuir el consumo excesivo de alcohol, ejercicio físico,

disminución del consumo de sal (<6g NaCl), aumentar el consumo de K+ (>6g), aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir el consumo de grasas saturadas y totales. (29).

d. Consecuencias

Las consecuencias de la hipertensión para la salud se pueden agravar por otros factores que aumentan las probabilidades de sufrir un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular o insuficiencia renal. Entre ellos cabe citar el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y la exposición a un estrés permanente, así como la obesidad, el colesterol alto y la diabetes mellitus.

e. Medidas de prevención

- Dieta saludable:

Promover un modo de vida saludable, haciendo hincapié en una nutrición adecuada de niños y jóvenes; reducir la ingesta de sal a menos de 5 g al día (algo menos de una cucharilla de café al día); comer cinco porciones de fruta y verdura al día; reducir la ingesta total de grasas, en especial las saturadas.

Evitar el uso nocivo del alcohol, esto es, limitar su ingesta a no más de una bebida estándar al día.

- Actividad física:

Realizar actividad física de forma regular y promover la actividad física entre los niños y los jóvenes (al menos 30 minutos al día).

Mantener un peso normal: cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial sistólica entre 2 y 10 puntos.

Abandonar el consumo de tabaco y la exposición a los productos de tabaco.

Gestionar el estrés de una forma saludable, por ejemplo, mediante meditación, ejercicio físico adecuado y relaciones sociales positivas. La enfermera ejerce su profesión científica y tecnológica utilizando para ello las teorías de enfermería, las cuales proporcionan conocimientos para mejorar la práctica, orientar la investigación y los programas de estudios en enfermería. Para el propósito perseguido se ha tomado en cuenta la Teoría de la promoción de salud de Nola Pender, la cual nos ayudará a identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. ⁽²⁵⁾

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una calidad de vida saludables nos dice que las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad., los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta. ⁽²⁶⁾

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su

complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, para el cambio de conducta siendo transformados a lo largo del tiempo.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Calidad de Vida

La calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

Es definido como la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión.

- Etapa de vida adulta mayor

Es el ciclo vital del ser humano constituido por varones y mujeres comprendidos desde los 60 años de edad hasta la muerte.

- Hipertensión Arterial

Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica. Se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y a la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

- Manifestaciones somáticas

Son las manifestaciones relativas al cuerpo. Se aplica a la parte corporal y material de un ser, en contraposición a su parte psíquica.

- Sesiones educativas

Es un conjunto de momentos sustentados en aspectos pedagógicos en que se desarrolla un tema dirigido a un público necesitado de recibir una información en salud.

2.4. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

2.4.1 Hipótesis general

El nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, es regular.

2.4.2 Hipótesis específicas

- El nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo es regular en los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.
- El nivel de calidad de vida, en su dimensión manifestaciones somáticas es regular en los adultos mayores con hipertensión Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual

Es la comprensión del individuo acerca de la enfermedad, en cuanto al aspecto físico, psicológico y social, de esta manera nos permite tener una nueva perspectiva de la enfermedad desde el punto de vista del enfermo.

Definición operacional

Es la percepción que tiene el paciente hipertenso de su situación de salud, dentro del contexto estado de ánimo y manifestaciones somáticas en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses personales.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE: HIPERTENSION ARTERIAL

Definición conceptual

Elevación anormal de la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y a la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg.

Definición operacional

Aumento de la presión arterial sistólica y diastólica por encima de 120/80 mmHg, según edad, sexo, grado de instrucción y tiempo de enfermedad de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Pacora.

2.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DELAS VARIABLES:

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Técnicas e instrumentos
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Es la percepción que tiene el paciente hipertenso de su situación de salud, dentro del contexto estado de ánimo y manifestaciones somáticas en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses personales.</p>	<p>a. Estado de ánimo: - Aspecto subjetivo del estado de ánimo</p> <p>- Aspectos objetivos del estado de ánimo</p> <p>b. Manifestaciones Somáticas o físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La intimidad - La expresión emocional - La seguridad percibida - La productividad personal - El bienestar material - Las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y la comunidad - La salud objetivamente - Edema en los pies - Ganas frecuentes de orinar - Hormigueo en el cuerpo - Dificultad respiratoria - Dolor de pecho - Sed 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual? - ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente? - ¿Siente que no está jugando un papel útil en su vida? - ¿Ve su futuro con poca esperanza? - ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua? - ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales - ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? - ¿Ha notado sequedad de boca? - ¿Ha notado que orina más a menudo? - ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo? - ¿A notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo - ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)? - ¿Ha tenido dolor de cabeza? - ¿Ha aumentado de peso? - ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente? - ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción? - ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? - ¿Se le han hinchado los tobillos? 	<p>Cuestionario</p>

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Técnicas e instrumentos
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Hipertensión Arterial</p>	<p>Aumento de la presión arterial sistólica y diastólica por encima de 120/80 mmHg, según edad, sexo, grado de instrucción y tiempo de enfermedad de los adultos mayores que acuden al Centro de salud Pacora</p>	<p>a. Características sociodemográficas</p> <p>b. Categorías de Presión Arterial</p>	<p>- Edad</p> <p>- Sexo</p> <p>- Grado de Instrucción</p> <p>Tiempo de enfermedad</p> <p>OPTIMA: Presión arterial normal 120 a 80 mmHg.</p>	<p>60 – 65 66 – 70 71 – 75 76 – 80 81 a más</p> <p>Femenino Masculino</p> <p>Primaria Secundaria Técnica Superior Universitaria</p> <p>1 -5 6 – 10 11 – 15 16 – 20</p> <p>Presiones arteriales Sistólica < 120mmHg Diastólica < 80 mmHg.</p>	<p>Ficha de control</p>

			<p>HIPERTENSION ETAPA 1:</p> <p>Aumento de la presión arterial, sistólica y diastólica: 1ra categoría de la presión arterial alta</p> <p>HIPERTENSION ETAPA 2:</p> <p>Aumento de la presión arterial, sistólica y diastólica: 2da categoría de la presión arterial alta</p>	<p>Etapa 1</p> <p>Sistólica 140 a 150mmHg. Diastólica 90 a 99mmHg.</p> <p>Etapa 2</p> <p>Sistólica 160 a 179 mmHg. Diastólica 100 a 109mmHg</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION

3.1.1. Tipo de investigación:

El tipo de investigación que se utilizó fue la descriptiva que tuvo como objetivo central la descripción de los fenómenos. Se sitúa en un primer nivel del conocimiento científico.

3.1.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es Descriptivo, el cual permitió describir las situaciones, los fenómenos o los eventos que nos interesaron, midiéndolos, y evidenciando sus características.

Los estudios descriptivos buscaron especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se sometieron a un análisis.

3.1.3. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue de tipo descriptiva, este tipo busco especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analizó, se describió tendencias de un grupo o población.

El esquema es el siguiente:

M – O

M: Adultos mayores

O: Calidad de vida

3.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de la investigación fue el Programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud de Pacora en Lambayeque.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

En términos estadísticos, población es un conjunto finito o infinito de personas, animales o cosas que presentaron características comunes, sobre los cuales se quiso efectuar un estudio determinado. Por lo tanto, la población de la investigación estuvo conformada por 30 adultos mayores pertenecientes al Programa de hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora de Lambayeque.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores hipertensos que se atendieron en la institución en estudio.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica:

La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta la cual tuvo como objetivo conocer o indagar sobre la opinión que tiene un sector de la población sobre un determinado problema.

3.4.2. Instrumento:

El instrumento que este estudio aplico fue el Cuestionario Minichal que es el fruto de una versión reducida del cuestionario específico y validado de calidad de vida para la hipertensión arterial. Y consta de 20 ítems de los cuales 09 corresponden a la dimensión “estado de ánimo” y 11 a la dimensión “manifestaciones somáticas”, también descrita como “Síntomas Físicos.

El rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de calidad de vida) a 30 (peor nivel de calidad de vida), en la dimensión “estado de ánimo” y de 0 a 18 en la dimensión “manifestaciones somáticas”.

La respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala Likert con 4 posibles opciones de respuesta (no en absoluto, si algo, si bastante, y sí mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de calidad de vida) a 3 (peor nivel de calidad de vida) y permiten obtener una puntuación global y una para cada una de las dimensiones.

A = 0 (no, en absoluto)

B = 1 (sí, algo)

C = 2 (sí, bastante) y

D = 3 (sí, mucho)

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.5.1. Validez:

Este instrumento fue sometido a validez de constructo que fue validada por el juicio de expertos, profesionales licenciadas en enfermería.

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó en 10 días, de forma manual, iniciándose con la asignación de un código de numeración a cada encuesta recibida, a fin de conservar el anonimato de cada participante.

Luego, se asignó un puntaje respectivo a cada enunciado contestado para posteriormente realizar la sumatoria de los mismos y obtener el puntaje total de cada participante. Se realizó una matriz de datos generales en donde se especifica el puntaje total.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

CUADRO N° 1.

DIMENSIÓN ESTADO DE ANIMO ASPECTO SUBJETIVO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL CENTRO SALUD PACORA

INDICADORES	No en absoluto	Si algo	Si bastante	Si mucho
La intimidad	4	17	4	5
Expresión emocional	18	10	2	0
Seguridad percibida	16	7	5	2
Productividad personal	3	21	6	0
Prom.Dimension	10.25	13.75	4.25	1.75

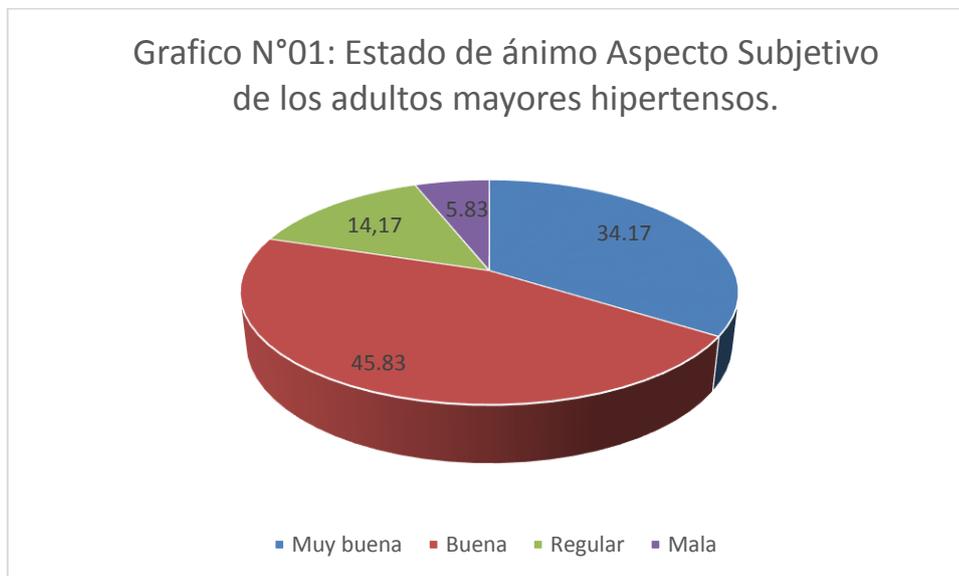
Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora 2017

CUADRO N° 2.

DIMENSION: ESTADO DE ANIMO ASPECTO SUBJETIVO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL CENTRO SALUD PACORA

	FR	%
Muy buena	10.25	34.17
Buena	13.75	45.83
Regular	4.25	14.17
Mala	1.75	5.83
Total	30	100

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.



Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017

En relación al aspecto subjetivo del estado de ánimo de los adultos mayores hipertensos del 100%(30) de la población total, el 45.83%(14) tiene buena calidad de vida, el 34.17% (10) presenta muy buena calidad de vida, el 14.17%(4) regular y en menor proporción 5.83%(2) mala calidad de vida

CUADRO N° 3

DIMENSIÓN ESTADO DE ANIMO ASPECTO OBJETIVO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL CENTRO SALUD PACORA

INDICADORES	No en absoluto	Si algo	Si bastante	Si mucho
Bienestar material	20	8	2	-
Relaciones armónicas	18	9	3	-
Salud objetivamente percibida	9	18	3	-
Prom.Dimension	15.67	11.67	2.7	-

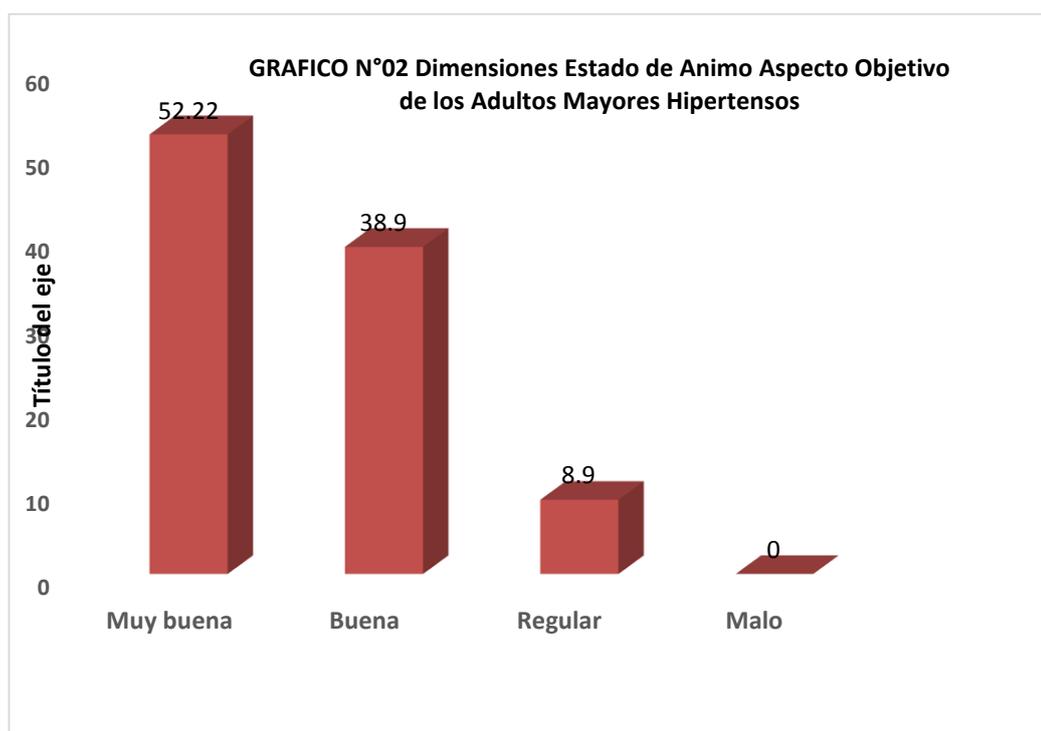
Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017

CUADRO N° 4

DIMENSION ESTADO DE ANIMO ASPECTO OBJETIVO DEL DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS.

	FR	%
Muy buena	15.66	52.20
Buena	11.67	38.90
Regular	2.67	8.90
Malo	0	0
Total	30.0	100.0

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017



Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017

Con respecto al estado objetivo del estado de ánimo del total 100% (30), el 52.22% (16) presenta muy buena calidad de vida, el 38,9% (12), buena calidad de vida y por último el 8.9% (2) regular calidad de vida

CUADRO N° 5. MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

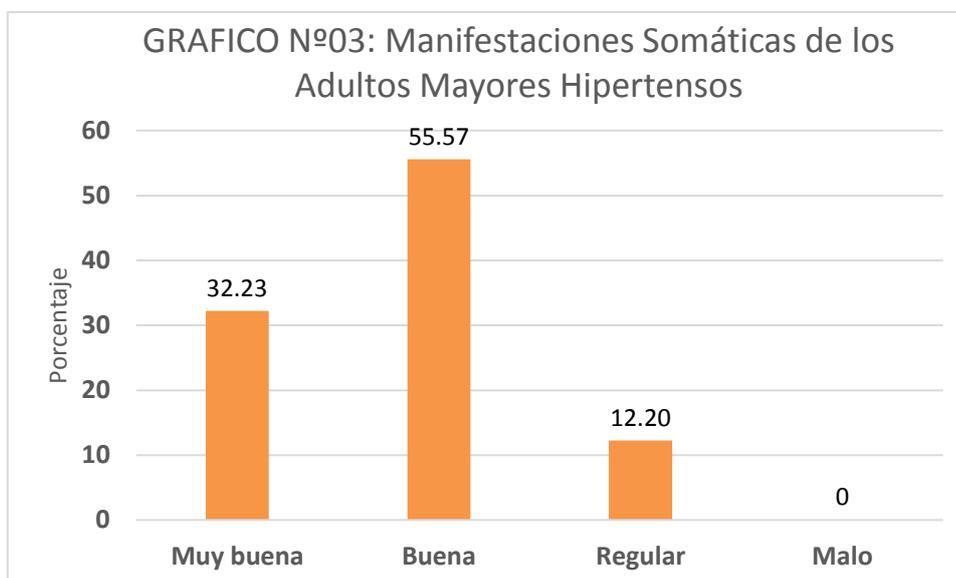
INDICADORES	No en absoluto	Si algo	Si bastante	Si mucho
Dificultad respiratoria	13	14	3	-
Edema de los pies	9	18	3	-
Ganas frecuentes de orinar	6	16	8	-
Hormigueo en el cuerpo	12	16	2	-
Dolor en el pecho	12	16	2	-
Sed	6	20	4	-
Prom.Dimension	9.67	16.67	3.67	-

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017

**CUADRO N° 6. MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LOS ADULTOS
MAYORES HIPERTENSOS**

	FR	%
Muy buena	9.67	32.23
Buena	16.67	55.57
Regular	3.66	12.20
Malo	0	0
Total	30.0	100.0

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.



Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.

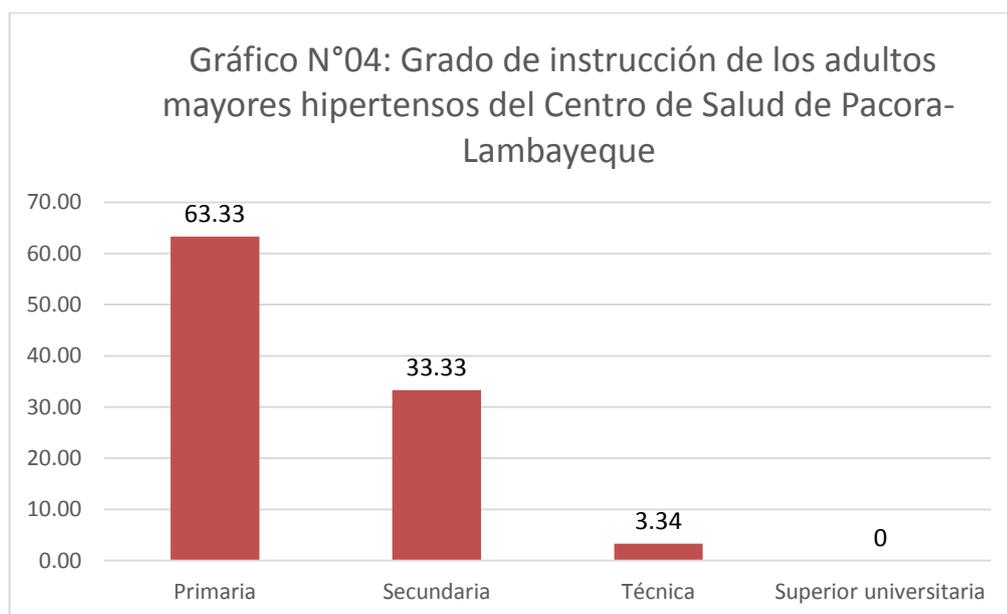
En lo que respecta a las manifestaciones somáticas, del 100%(30) de la población total, el 55.57% (17) presentan buena calidad de vida el 32.23% (10) muy buena calidad de vida y en menor proporción 12.20%(3) regular calidad de vida.

CUADRO N° 7

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD PACORA- LAMBAYEQUE

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FR	%
Primaria	19	63.33
Secundaria	10	33.33
Técnica	1	3.34
Superior universitaria	0	0
Total	30.0	100.0

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.



Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.

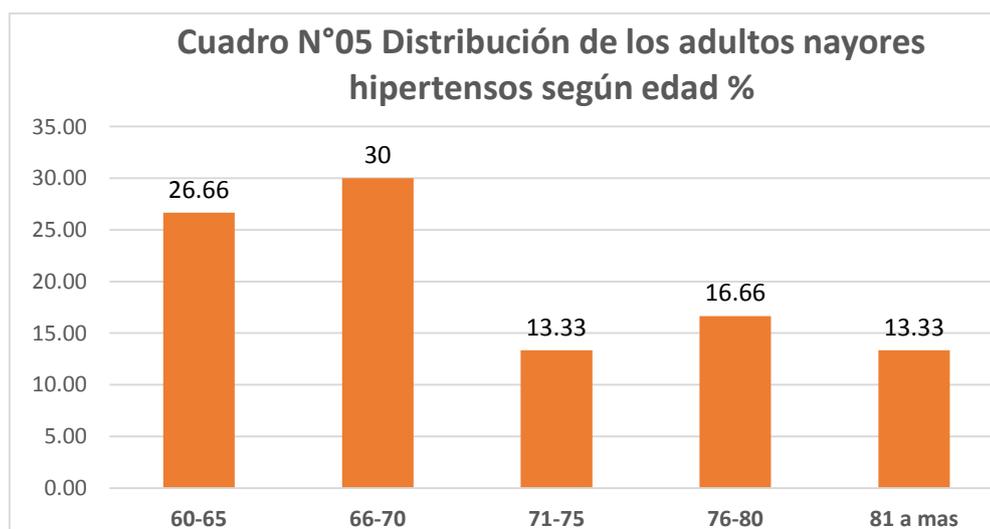
El grado de instrucción de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud de Pacora se observa que del 100% (30) de la población, el 63.33%(19) - tiene educación primaria, el 33.33%(10) secundaria y el 3.34% (1) posee estudios técnicos.

CUADRO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN EDAD

HIPERTENSOS SEGÚN EDAD	FR	%
60-65	8	26.67
66-70	9	30.00
71-75	4	13.33
76-80	5	16.67
81 a mas	4	13.33
Total	30	100

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017



Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017

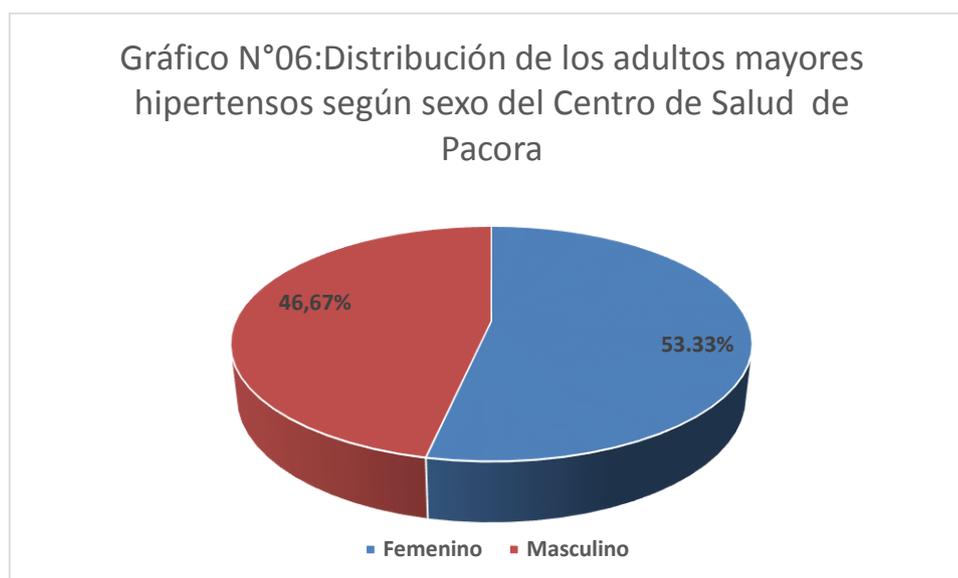
La distribución de los adultos mayores según edad de total 100%(30) de la población, el 30%(9) está comprendido entre 66-70 años de edad, el 26.67%(8) entre 60-65 años , el 16.67%(5) entre 76-80 años, en menor proporción 13.33%(4) corresponde a los adultos mayores hipertensos entre 71-75 y a los mayores de 81 años respectivamente.

CUADRO N° 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS SEGÚN SEXO

HIPERTENSOS SEGÚN SEXO	FR	%
Femenino	16	53.33
Masculino	14	46.67
Total	30	100

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017



Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017

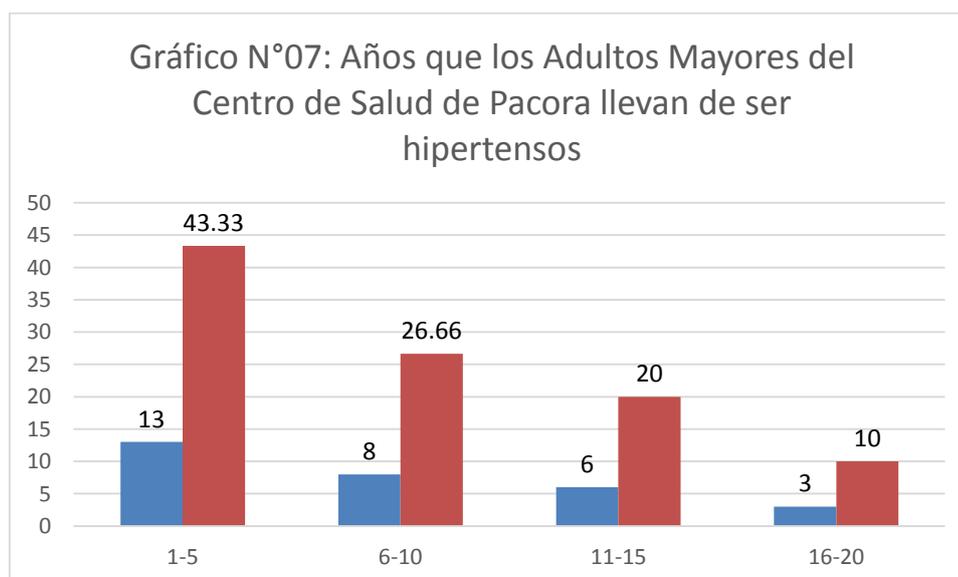
La Distribución de los adultos mayores hipertensos según sexo del 100% (30) de la población, el 53.33%(16) son de sexo femenino y el 46.67%(14) de sexo masculino

CUADRO N° 10

AÑOS QUE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE PACORA LLEVAN DE SER HIPERTENSON

AÑOS DE HIPERTENSO	FR	%
1-5	13	43.33
6-10	8	26.67
11-15	6	20.00
16-20	3	10.00
Total	30	100.00

Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017



Fuente: Cuestionario Mininchal aplicado a los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017

Los años que lleva el adulto mayor del Centro de Salud de Pacora de ser hipertenso del 100%(30) de la población en estudio, el 43.33%(13) tiene entre 1-5 años ser hipertensos, el 26.67%(8) entre 6-10 años, el 20%(6) entre 11-15 años, en menor porcentaje 10%(3) entre 16-20 años.

CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Desde el punto de vista de salud, anteriormente cuando se hablaba de calidad de vida se hacía refiriéndose solo a la presencia o ausencia de una enfermedad y no se tenían en cuenta aspectos como las características socio demográficas y la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, en el contexto que los rodea, sus intereses y sus metas. Las actuales investigaciones que se realizan sobre este tema tratan de formular un nuevo concepto que enmarca la calidad de vida en las diversas percepciones que tiene cada paciente de los efectos de su enfermedad y las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social

La presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017. Se llegó a las siguientes conclusiones:

- En lo referente a las variables sociodemográficas, los adultos mayores con hipertensión arterial se encontró que el 30%(9) las edades se encuentran entre 66-70 años, el 26.67% (8) entre 60-66 años, el 16.87% (5) entre 76- 80 años y el 13.33% (4), entre 71- 75 años, igual porcentaje para los adultos mayores de 81 años de edad a más Por otro lado, en relación al sexo: el 53.33% (16) corresponde al sexo femenino y el 46.67% al sexo masculino. Así mismo, el grado de instrucción que predomina en esta población es el nivel primario 63.33% (19),

luego el nivel secundario con un 33.33% (10) y en menor porcentaje el nivel técnico con un 3.34% (1). Cifras que se aproximan

con los datos encontrados en la investigación de Gómez et.al, quien concluye que las características sociodemográficas de la población, en cuanto a la edad, la media fue de 57 años, con predominio del sexo femenino en un 56.7%, la escolaridad de menos de 5 años fue el 56.7%, analfabetas 23.3%, estudios de secundaria 16.7 y solo el 3.3% con estudios universitarios.(8), Similares resultados se encontró en de la investigación de Galarraga encontró que el 71.9% son mujeres, mientras que el 28.1% son hombres y la edad promedio es de 63 años.(9)

Además, en relación a los años de enfermedad que presentan los adultos mayores el 43.3%(13) le corresponde al rango entre 1-5 años, el 26.67%(8) entre 6-10 años, 20%(6) entre 11-15 años, en menor porcentaje entre 16-20 años con 10%(3). Observándose similitud de aproximación con las cifras encontradas por Vinaccia et.al quienes concluyen en su investigación que el tiempo que padecen la enfermedad prevalecen los 7, 8 y 10 años (34%) y la tercera parte de la muestra se ubicó en años de diagnósticos inferiores (1-6 años). El nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo en el aspecto subjetivo de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, es buena con un 45.83% (14), el 34.17% (10) muy buena, 14.17% (4) es regular y el 5.83% (2) con un nivel malo, resultados similares encontró Vinaccia; y Qui-ceno, en la dimensión estado de ánimo (EA) del CHAL de la muestra de este estudio fue de 44.6% muy por encima de las medias de pacientes españoles con hipertensión leve (18.0), media (25) y grave (24.6).(7)

- Con respecto al estado de ánimo, el 52.20%(16) presenta muy buena calidad de vida, el 38.90% (12), buena y por último el 8.90% (2) regular calidad de vida, son similares cifras encontró Galarraga en su estudio mediante la aplicación del instrumento (chal) en el subcentro(9), el 52% (16) presenta muy buena calidad de vida, el 39%(12), buena y por último el 9% (2) regular calidad de vida.

- En cuanto a las manifestaciones somáticas que presentan los adultos mayores hipertensos de la tercera edad, presentan buena calidad de vida 55.57%(16), muy buena el 32.23%(10) y por último regular calidad de vida el

12.20%(4). Cifras aproximadas encontró Galarraga en su investigación, el 50.9% regular calidad de vida, una buena calidad de vida y luego un 5.3% mantiene una mala calidad de vida; llama la atención que ninguno de los pacientes presenta una excelente calidad de vida.(9).

CONCLUSIONES

- El nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo en el aspecto subjetivo de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, es buena en 45.83%(14), el 34.17%(10) muy buena, el 14.17%(4) regular y el 1.75%(2) con un nivel deficiente de los adultos mayores.
- El estado de ánimo en el aspecto objetivo , el 52%(16) presenta muy buena calidad de vida, el 39%(12), es buena y el 9%(3) regular calidad de vida
- En lo referente a las manifestaciones somáticas los adultos mayores hipertensos presentan buena calidad de vida 56%(17), muy buena calidad de vida 32%(10) y por último regular calidad de vida 12%(3).
- No existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor y la hipertensión.

RECOMENDACIONES

- Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población hipertensa, se hace necesario diseñar un programa de promoción y prevención de enfermería así como realizar las visitas domiciliarias a la población Pacorana mediante un empadronamiento de los adultos mayores, los cuales tendrían un espacio para el seguimiento y manejo de su enfermedad por medio de actividades propias de enfermería como visitas de control, jornadas médicas charlas educativas, ejercicios de relajación, controles médicos e interdisciplinarios (nutrición, psicología, etc.), vinculando a la familia en el cuidado y manejo de la hipertensión arterial; ya que de esta forma mejorarían el bienestar integral del adulto.
- Se debe insistir en cada consulta médica sobre los beneficios a corto y largo plazo del control médico y de la adherencia a las recomendaciones del tratamiento, dieta, ejercicio y cambios en el estilo de vida ya que esto mejorará su calidad de vida.
- Continuar con las investigaciones en los Adultos mayores en otras situaciones para ampliar el conocimiento sobre calidad de vida de esta etapa importante del trayecto vital humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arellano A., Contreras, F., & Patiño, P. Intervención educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables. Municipio Carrizal, estado Bolivariano de Miranda. 2011. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, VII (03), 58 - 64.
2. Díaz T. Factores de riesgos que predisponen a hipertensión arterial en las docentes de enfermería de la UNMSM. [Tesis Doctoral]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
3. Pérez M. & Fernández A. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto, afirman que el pobre control de la hipertensión arterial que se reporta en la mayoría de los países del mundo. Tesis de maestría, Universidad de Bolívar, Venezuela. Recuperada de la base de datos de Cybertesis; 2011
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Reducir los riesgos y promover una vida sana. En informe sobre la salud en el mundo. Ginebra .2002.
5. Serrano, Personas adultas mayores con hipertensión arterial. México.2011
6. Maguiña P. Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud "Max Arias Schneider". Lima, (Tesis de Maestría), 2013. Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3536/1/magui%C3%B1a_dp.pdf
7. Vinaccia Stefano; Quiceno Margarita (2007) Colombia. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve.
8. Gómez María del Rosario, García Clotilde, México. En la investigación titulada Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica.2011
9. Galarraga Sánchez Mónica Ecuador. En la tesis titulada Determinación de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial mediante la aplicación

del instrumento (chal) en el subcentro.2014

10. Rodríguez Alayo Stephanie Silvina. Trujillo En el trabajo de investigación Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso.2012
11. García Pablo. Lima. En la tesis titulada: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Casa "Poli funcional Palmas Reales" Los Olivos. 2016
12. Maguiña Duran Lima. En su estudio de investigación Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al Servicio de Triaje del Centro de Salud Max Arias Schreibe. 2014.
13. Torres Quiroz, Jorge H.; Torres Requejo, Josué D. Chiclayo. El trabajo de investigación que realizaron sobre La Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor La Victoria. 2013
14. Salgado Montenegro Flor C. Chiclayo. En la tesis titulada: Cuidado del Adulto mayor Auto Valente desde el modelo de Nola J. Pender de la Organización Social de Base del Adulto Mayor "Corazón de Jesús", del C.S José Olaya.2013.
15. Calidad de vida del adulto mayor de la casa - repositorio www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf
16. Calidad de Vida: Conceptos y medidas - CEPAL. Recuperado de: https://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
17. Ardila, R. Prólogo. En Moyano Díaz, E. (Ed.). Calidad de vida y psicología en el Bicentenario de Chile, 9-12. Santiago, Chile: Mármol. 2010.
18. Ministerio de salud Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón.2008.
19. Torres Quiroz, J Chiclayo. Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo.2013 repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/fuss/1560 d
20. Morales Rojas, Rosa María. Planeamiento de sesiones de enseñanza diaria. San José, Costa Rica. INA. 1989.

21. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 2003; 9(2):9-21.
22. Stewart, a. y king, a. (1994). "Conceptualizing and Measuring Quality of Life in Older Populations". En: Abeles, R., Gift, H., y Ory, M., (Coords) (1994). *Aging and Quality of life*. New York: Assistant
23. Ricardo Yepes Stork. *La Persona y su Intimidad*. Edición a cargo de Javier Aranguren, Cuadernos de Anuario Filosófico, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra, N° 48, Pamplona 1997.
24. Ardila, Rubén *Calidad de vida: una definición integradora* *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, pp. 161-164 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia
25. 25. Organización Mundial de la Salud. *Reducir los riesgos y promover una vida sana*. En informe sobre la salud en el mundo. Ginebra .2002
26. *Disnea y edema pulmonar*; 15ª Edición; 2004; McGraw-Hill Interamericana de España.
27. *Harrison: Principios de Medicina Interna*; Casper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson; Vol.1. Capítulo
28. Ministerio de Salud Perú. *Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención*.2009
29. Ministerio de Salud Perú. "Guía de Práctica Clínica para la prevención y control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención". En *Guía Técnica del MINSA*.2011. N° 491. pp. 20-22.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA:

“NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD DE PACORA, LAMBAYEQUE, 2017”

Título	Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Marco Teórico	Metodología
NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD DE PACORA, LAMBAYEQUE-2017	<p>PROBLEMA GENERAL. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017?</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICO ¿Cómo Identificar el nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017?. -¿Cómo Identificar el</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS. - Identificar el nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017. - Identificar el nivel de calidad de vida, en su</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL El nivel de calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, es regular.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA El nivel de calidad de vida, en su dimensión estados de ánimo es</p>	<p>Variable Independiente: Calidad de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La intimidad - La expresión emocional - La seguridad percibida - La productividad personal - El bienestar material - Las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y la comunidad - La salud objetivamente percibida - Edema en los pies - Ganas frecuentes de orinar - Hormigueo en el cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida de los adultos mayores - Hipertensión arterial - Teoría de la promoción de la Salud de Nola Pender 	<p>Investigación Cuantitativa</p> <p>Descriptiva, Propositiva</p> <p>Explicativa.</p>

	<p>nivel de calidad de vida, en su dimensión manifestaciones somáticas de los adultos mayores con hipertensión arterial Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017?</p>	<p>dimensión manifestaciones somáticas de los adultos mayores con hipertensión arterial Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.</p>	<p>regular en los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017. El nivel de calidad de vida, en su dimensión manifestacion es somáticas es regular en los adultos mayores con hipertensión Centro de Salud de Pacora, Lambayeque, 2017.</p>	<p>Variable Dependiente: Hipertensión Arterial</p>	<p>a. Características sociodemográficas: 1. Edad 2. Sexo 3. Grado de Instrucción 4. Tiempo de Enfermedad</p> <p>b. Categorías de Presión Arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optima: 120 a 80 mmHg. - Hipertensión Etapa 1: Aumento de la presión arterial, sistólica y diastólica - Hipertensión Etapa 2: Aumento de la presión arterial, sistólica y diastólica: 		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

ANEXO 02



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo acepto participar en la investigación: “NIVEL DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD DE PACORA, LAMBAYEQUE, 2017”

Acepto participar de las entrevistas que sean necesarias en horarios y lugares coordinados previamente para ambas partes. Mis respuestas solo servirán netamente para fines de la investigación y se conservara el anonimato y privacidad en todo momento.

Estoy consciente que el informe final de estudio será publicado sin que los nombres de los participantes sean dados a conocer y que aun después de iniciada la presente investigación puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir retirarme de esta sin que tenga ningún tipo de perjuicio. Manifiesto a la vez que cualquier duda relacionada con la investigación que se me presentará, podrá ser disipada con los responsables de dicho estudio. Finalmente declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas por las investigadoras, consiento participar de la investigación.

Firma del (la) participante

Firma del investigador

ANEXO 03



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO PARA VER LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (MINICHAL)

Estimado Sr. (Sra.)

Se está realizando un estudio para conocer la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Por tal motivo solicitamos su colaboración para responder este breve cuestionario, no le tomara más de 10 minutos. Las respuestas que proporcionará son anónimas y confidenciales, no existen preguntas correctas e incorrectas por lo que se les sugiere que no deje ninguna pregunta sin contestar.

Sección I

Instrucciones: Conteste las preguntas de acuerdo su condición personal. Marque con una X la opción elegida.

1.- Edad _____

2.- Sexo: _____

3.-P/A: _____/_____ mm. Hg

4.- Escolaridad (último año cursado) _____

5.- ¿Cuántos años lleva usted de ser hipertenso? _____

6.- ¿Toma medicamentos para la hipertensión? _____

Sección II

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor corresponda a cada pregunta. Marca 01 sola respuesta.

En los últimos siete días usted:

I. Estados de Ánimo.

1.- ¿Ve su futuro con poca esperanza?

A.- No, en absoluto B.- Sí, algo C.- Sí, bastante D.- Sí, mucho

2.- ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?

A.- No, en absoluto B.- Sí, algo C.- Sí, bastante D.-Sí, mucho

3.- ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?

A.- No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.- Sí, mucho

4.- ¿Siente que no está jugando un papel útil en su vida?

A.- No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

5.- ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.- Sí, bastante D.-Sí, mucho

6. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.- Sí, bastante D.-Sí, mucho

7.- ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?

A.- No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.- Sí, mucho

8.- ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales cada día?

A.- No, en absoluto B.- Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

9.- ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.- Sí, mucho

II. Manifestaciones Somáticas o físicas

10. ¿Ha notado sequedad de boca?

A.-No, en absoluto B.- Sí, algo C.-Sí, bastante D.- Sí, mucho

11. ¿Ha notado que orina más a menudo?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.- Sí, bastante D.-Sí, mucho

12. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?

A.-No, en absoluto B.- Sí, algo C.- Sí, bastante D.-Sí, mucho

13. ¿A notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

14. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

15 ¿Ha tenido dolor de cabeza?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

16. ¿Ha aumentado de peso?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

17. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

18. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.-Sí, bastante D.-Sí, mucho

19. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

A.-No, en absoluto B.-Sí, algo C.- Sí, bastante D.-Sí, mucho

20-. ¿Se le han hinchado los tobillos?

No, en absoluto Sí, algo Sí, bastante Sí, mucho

ANEXO 04

OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Apellidos y Nombre del informante	Cargo o institución donde labora	Nombre del instrumento	Autor del instrumento
<i>Donzo Gall Denis</i>	<i>Coord. Epidemiología</i>	<i>Cuestionario</i>	<i>Claudio J. López</i>
título de la investigación: <i>Nivel de calidad de vida del Adulto Mayor - Hipertensión Centro Salud Pacora</i>			

I. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE		REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXELENTE					
		00-20%		21-40%				41-60%				61-80%				81-100%					
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formado con lenguaje apropiado																				95%
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables				1%																90%
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables.																				90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																				90%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																				90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación																				96%
7. CONSISTENCIA	expresado en aspectos teorico de conocimiento																				96%
8. COHERENCIA	Esta formado con lenguaje apropiado																				100%
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al proposito de la investigación.																				95%

II OPINION DE APLICACIÓN *favorable.*

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN 93

LUGAR Y FECHA	DNI	FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE	Nº DE TELEFONO
<i>26-5-2017</i>	<i>16491277</i>	<i>[Firma]</i>	<i>943905828</i>



ANEXO 05

OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Apellidos y Nombre del informante	Cargo o institución donde labora	Nombre del instrumento	Autor del instrumento
Tito Chaname Hilary	PS Coayapu Zona	cuestionario	Vicenta danda Vidal Lopez
título de la investigación :			
Miel Soledad de Vida del Distrito Mayo c.s. Pacora			

I. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE		REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXLENTE					
		00 -20%				21-40%				41-60%				61-80%				81-100%			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1. CLARIDAD	Esta formado con lenguaje apropiado																				
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables																				
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables.																				100%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																				
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																				95%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación																				100%
7. CONSISTENCIA	espresado en aspectos teorico de onocimiento																				95%
8. COHERENCIA	Esta formado con lenguaje apropiado																				100%
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al proposito de la investigación.																				100%

II OPINION DE APLICACIÓN

FAVORABLE - Muy Bueno

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN

81%

LUGAR Y FECHA	DNI	FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE	Nº DE TELEFONO
Coayapu 17/5/2014	21718832		



Tito Chaname
C.E.P. 061584

ANEXO 06

OPINION DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION

Apellidos y Nombre del informante	Cargo o institución donde labora	Nombre del instrumento	Autor del instrumento
Rosa Luz Villabanca	Mag. Prop. Cadena de	Instrumento	Secante Glenda Vidal Lopez
Título de la Investigación:			
Nivel Calidad de Vida del Adulto Mayor Repartura Centro Salud Pacra			

I. ASPECTOS DE EVALUACION

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE		REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXELENTE				
		00-20%		21-40%				41-60%				61-80%				81-100%				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91
1. CLARIDAD	Esta formado con lenguaje apropiado																			99
2. OBJETIVO	Esta expresado en capacidades observables																			98
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables.																			100%
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica en el instrumento																			100%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																			98
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación																			100%
7. CONSISTENCIA	expresado en aspectos teorico de onocimiento																			95
8. COHERENCIA	Esta formado con lenguaje apropiado																			100%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al proposito de la investigación.																			100%

II OPINION DE APLICACION *Satisfactoria - Excelente*

III. PROMEDIO DE VALORACION 98%

LUGAR Y FECHA	DNI	FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE	Nº DE TELEFONO
<i>Chidayo 14/5/2017</i>	<i>16768078</i>	<i>Rosa Villabanca</i>	<i>#979176339</i>

