



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

**“LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SU RELACION CON LA  
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS  
ATENDIDO EN EL HOSPITAL II-1 DE HUAYCAN LIMA-2015”**

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

**BACHILLER: YAURI UNOCC, CARMEN ROSA**

**LIMA - PERÚ**

**2016**

**“LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SU RELACION CON LA  
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS  
ATENDIDO EN EL HOSPITAL II-1 DE HUAYCAN LIMA-2015”**

## **DEDICATORIA**

Dedico a dios, a mis padres y mis profesores por el apoyo brindado durante el tiempo de mis estudios, por la dedicación que nos brindan y el entusiasmo que me transmiten.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco adiós y a mis padres ´por brindarme su apoyo y cariño y esfuerzo para poder realizar esta investigación.

## RESUMEN

La presente investigación planteo como **problema**: ¿Cómo se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015. **Su objetivo**. Conocer la relación de la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65, atendido en el Hospital II de Huycán-Lima 2015. **La hipótesis de trabajo fue**: se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015. **Metodología**, de tipo descriptivo de corte transversal y de un tiempo prospectivo, ya que permite obtener información precisa sobre las variables a investigar así como describir sistemáticamente la variable para luego con los resultados obtenidos proceder a identificar y determinar la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial. **Resultado fue** Respecto a la dimensión actividad física de adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán muestra un 70% de una regular actividad física esto quiere decir que la información del personal de enfermería brinda al adulto muestra su efecto en este significativo resultado, asimismo vemos un 20% de una actividad física mala deficiente sedentaria y un mínimo 10% buena. **Conclusión** Se obtuvo una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: existe una asociación lineal entre: la hipertensión arterial y la calidad de vida del adulto. Esta relación es Alta con un 0.922 y es proporcional.

**Palabras clave:** Presión arterial, hábitos alimenticios, cuidado.

## **ABSTRAC**

This research pose as a problem: How high blood pressure is related to the quality of life of elderly served 65 years in the Hospital II-1 Huycán-Lima 2015 Your goal. Knowing the relationship of hypertension with the quality of life of the elderly of 65, treated at the Hospital II Huycán-Lima 2015La working hypothesis was: high blood pressure is related to the quality of life of the elderly of 65 attended years Hospital II-1 Huycán-Lima 2015 Methodology, descriptive cross-sectional and um prospective time, allowing precise information on the variables to investigate and to describe systematically the variable and then with the results proceed to identify and determine the quality of life of the elderly com hypertension was arterial. Resultado Regarding the dimension of physical activity adult over 65 with hypertension attended in the Hospital II-1 Huycán shows 70% of regular physical activity this means say that information nurse gives the adult shows its effect on this significant result also see 20% of poor physical activity sedentary poor and a minimum 10% good conclusion a significance of 0.000, less than 0.05, was obtained by so the null hypothesis is rejected, then: there is a linear association between: hypertension and quality of adult life. This ratio is high with 0.922 and proportional.

**Keywords:** Blood pressure, eating habits, care

## ÍNDICE

Pág.

### DEDICATORIA

### AGRADECIMIENTO

### RESUMEN

i

### ABSTRAC

ii

### ÍNDICE

iii

### INTRODUCCIÓN

v

## CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

1

### 1.2. Formulación del problema

4

### 1.3. Objetivos de la investigación

#### 1.3.1. Objetivo general

5

#### 1.3.2. Objetivos específicos

5

### 1.4. Justificación del estudio

5

### 1.5. Limitaciones de la Investigación

6

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes del estudio

7

### 2.2. Base teórica

11

### 2.3. Definición de términos

28

### 2.4. Hipótesis

28

### 2.5. Variables

29

#### 2.5.1. Definición conceptual de la variable

29

#### 2.5.2. Definición operacional de la variable

29

#### 2.5.3. Operacionalización de la variable

30

## CAPITULO III: METODOLOGIA

### 3.1. Tipo y nivel de investigación

31

### 3.2. Descripción del ámbito de la investigación

31

3.3. Población y muestra	32
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	34
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	34
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>42</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	



## INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en el mundo ha crecido mayoritariamente en los últimos años por múltiples factores, y se prevé un crecimiento mayor, lo cual traerá un incremento en muchos aspectos de su vida. De acuerdo con las proyecciones de población (Consejo Nacional de población), en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la población. Para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico.

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable.

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Uno de los problemas que vivimos en la actualidad, es el aumento de número de personas hipertensas en gran porcentaje que afecta al adulto mayor en su calidad de vida. Entre los problemas que rodean a los adultos mayores es el deficiente conocimiento sobre su enfermedad, a través de nuestras observaciones nos hemos percatado que estas personas no solo muestran falta de conocimiento sobre su enfermedad sino que también muestra un déficit de voluntad propia para mejorar su calidad de vida. En este sentido teniendo como un punto de partida la gran preocupación de este grupo de personas, por ello tengo como finalidad este estudio de investigación, que es enfocarse más a fondo sobre los problemas que afectan al adulto mayor con su entorno personal.

En el mundo se estima que 691 millones de personas padecen de HTA, se estima que unos 15 millones de muertes son causadas por enfermedades circulatorias, de ellas el 7,2 millones tienen como causas las enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedades vasculares encefálicas. La HTA está presente en la mayoría de ellas. (1)

En el Perú la mortalidad por las enfermedades cerebrovasculares es aproximadamente dos veces más alta que aquella ocasionada en conjunto por los tumores benignos y malignos. El hipertenso peruano, no cumple en buena proporción su tratamiento (37%), no es consciente del daño que ocasiona su enfermedad, restándole importancia al control médico permanente y de por vida; llegando en gran proporción al cabo de 5 años, 38% ( $p$  menor 0,05) a complicaciones como la hipertrofia ventricular izquierda, que es un factor importante y condicionante de complicaciones ulteriores. (2)

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las enfermedades que afecta la salud de individuos de poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, constituye un factor de riesgo importante para otras enfermedades como la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebro vasculares, insuficiencia renal y contribuye a la retinopatía. (3)

Las estadísticas sobre el envejecimiento de la población sugieren que todas las personas mayores son similares y tiene las mismas necesidades. Sin embargo los ancianos son un grupo sumamente heterogéneos, con variaciones en cuanto a la edad, la cultura y las condiciones socioeconómicas .Los ancianos son mucho más diversos que las personas más jóvenes que han tenido pocas experiencias vitales.(4)

Una política de asistencia sanitaria basada únicamente en la edad cronológica puede ser incapaz de acomodarse a la diversidad existente entre los ancianos. (4)

Según el nuevo paradigma de salud pública, la promoción y la protección de la salud son la piedra angular de las actividades que afectan a los factores determinantes de la salud. Junto con sus miembros, la Organización Panamericana de la salud (OPS) se ha comprometido a crear una nueva cultura de promoción y prevención de la salud en que esta se considera como un valor social eso exige educar tanto a la gente

y a las comunidades como a las instituciones públicas, no gubernamentales y privadas para que individual y colectivamente asuman responsabilidad de conservar y mejorar la salud y el bienestar de la poblaciones. (5)

Las principales causas de atención en consulta externa en pacientes de la etapa En el grupo etáreo de 60 años a más la atención en primer lugar fue por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte 48%, traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas 15%, enfermedades del sistema respiratorio 12%, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 5 %, enfermedades del sistema circulatorio 4 %, enfermedades del sistema genitourinario 4%, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas 3%, enfermedades del sistema del sistema digestivo 3%, de vida adulto mayor de 60 a más años. (6)

En cuanto a la morbilidad de hospitalización en el grupo etáreo de 60 a más años se presentaron enfermedades del sistema digestivo 34%, enfermedades del sistema respiratorio 27%, traumatismos, envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas 7%, enfermedades del sistema circulatorio 7%, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 5%, enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas 5%, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo 3%, tumores 3%.(6)

Teniendo en cuenta que la HTA aumenta con la edad y que numerosos estudios realizados han mostrado que después de los 50 años casi el 50% de la población adulta la padece, constituyendo en muchos países la causa más frecuente de consulta médica y la de mayor consumo de medicamentos.(7)

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales. (8)

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.(8)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1.1. Problema General**

¿Cómo se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015

### **2.1.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015: según hábitos alimenticios?
- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015: según actividad física?

- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015: según hábitos de salud?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Conocer la relación de la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65, atendido en el Hospital II de Huycán-Lima 2015

#### **1.3.2.- Objetivos Específicos**

- Determinar la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según hábitos alimenticios.
- Determinar la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según actividades físicas.
- Determinar la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según hábitos de salud.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Esta investigación es importante pues tiene como finalidad buscar el liderazgo de la Enfermera en los servicios de salud comunitaria para mejorar el cuidado de las personas adulto mayor durante el proceso de prevención y promoción de la salud – enfermedad, sin discriminar su patogeneidad, raza, creencias y costumbres. Tal es así que durante la prestación de servicios en la comunidad se está en constante contacto con factores que afectan la calidad de vida del paciente, el cual puede

evitarse si se lleva a cabo la aplicación de las medidas de prevención para proteger al paciente.

Por lo tanto buscamos garantizar una calidad de vida a las personas mayores en el plano individual, por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. Sin embargo, estas medidas tendrán que tomarse a partir del conocimiento que se derive del estudio de dicho fenómeno.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

Se sabe que la educación en salud juega un papel importante en el hecho de tener prácticas saludables, y esto es una tarea muy vinculada al que hacer de enfermería,

El hecho de ser un estudio de corte transversal limita la visión del problema en el tiempo, limita la visión dinámica de cómo va evolucionando la problemática. Los recursos disponibles y el tiempo asignado para su desarrollo también influyen en este aspecto.

Como alcance o ámbito de influencia, se encuentra en el distrito Ate – vitarte Red de Salud Lima-Este, el cual se ubica en una zona populosa. La trascendencia de este estudio está, en el análisis descriptivo detallado de esta problemática, esta información se obtendrá utilizando la estadística descriptiva adecuada a este tipo de estudio.

Una de la limitación corresponde a la falta de cooperación de los encuestados o por no encontrarse en sus domicilios o no querer atender.

Los resultados solo servirán para el Hospital de Huaycán donde se realizó la investigación.



## **CAPITULO II: MARCO TEÒRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Con la finalidad de tener mayores informaciones de juicio se revisó investigaciones realizadas, referente al tema de estudio encontrándose los siguientes investigaciones.

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

Fernández, Investigo el Conocimiento que tienen los Adultos Mayores sobre la Hipertensión Arterial referida a las Alteraciones Psicofísicas y Factores de Riesgo y el Autocuidado referido a la Actividad Física En Venezuela, (2010). Cuyos resultados fue en cuanto al autocuidado con respecto a la hipertensión arterial, los adultos mayores se repartieron en un 55.0% en el nivel porcentual alto, un 30.0% en el nivel intermedio y un 15.0% en el nivel bajo.(9)

Landeros y Cols Investigaron Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una Comunidad Rural.Estado de Morelos, México, (2004). Fue realizado para estimar las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial

en personas de 50 a 79 años. Las conclusiones permitieron identificar que las personas con hipertensión arterial sistémica (HAS) poseen un nivel de capacidad de autocuidado (CAC) mayor (84 puntos) que en las personas sin HAS (69 puntos). El grupo de personas sin HAS percibe sus capacidades de autocuidado, relativamente más bajo que las personas con HAS; al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, una posible explicación es que las personas sin HTA, que se perciben sanos no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus CAC. Las recomendaciones se orientaron a crear y desarrollar programas educativos para promocionar el autocuidado para evitar no solo la aparición de nuevos casos sino también la aparición de complicaciones en las personas.(10)

Eamon o' Shea Investigó La calidad de vida de las personas mayores dependientes sosteniendo que hay una relación directa entre la independencia y la calidad de vida dado que la dependencia en el adulto mayor es un estado en que estas personas debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. En la ciudad de Irlanda Galway, (2003). Se concluyó que la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetiva bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida ;y que se debe ignorar o preguntar al adulto mayor sobre como da sentido a su propia vida en el contexto cultural y de los valores en el que vive ,y en relación a sus propios objetivos de vida ,para dar un concepto de calidad de vida que no es solo multidimensional sino que también se tenga en cuenta la experiencia vital de la persona como tal y como la interpreta ella misma y los demás.”(11)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Legía Investigo La relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado del paciente hipertenso Tres Centros Asistenciales de EsSalud de Lima, (2006). En un estudio realizado tuvo los siguientes resultados La media de la nota de conocimientos de autocuidado resultó regular -14.6- (DE 2.7), sin embargo, por niveles el 16.7% calificó como excelente, el 31,7% bueno, 35% regular y 16.7% deficiente. La media de la nota de práctica de autocuidado resultó regular -12.4- (DE 4.5); pero por niveles, sólo el 15% califica como excelente, el 21,7% bueno, 25% regular y 38.3% deficiente. Concluyo que no existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica sobre el autocuidado del paciente con hipertensión arterial.(12)

Arroyo Távara I. Investigo Establecer la relación entre el estilo de vida y el autocuidado en el adulto mayor Hipertenso. En la ciudad Lima Perú. (2006). Se realizó con el propósito de cuyos resultados fueron que el 94.8% de los adultos mayores hipertensos tiene un nivel de autocuidado bueno y el 5.2% un nivel de auto cuidado regular. El 50.4% de la población sujeta al estudio, presentan un estilo de vida desfavorable y el 49.6% un estilo de vida favorable. Existe una correlación significativa positiva pero baja entre el estilo de vida de autocuidado del adulto mayor 7 hipertenso. Por tanto se concluye que el estilo de vida está relacionado al nivel de autocuidado del adulto mayor hipertenso.(13)

Núñez M. Investigo Nivel de Autocuidado en Hipertensión Arterial con algunos factores biológicos, estilo de vida y nivel socioeconómico en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial Hospital I Cono Sur EsSALUD Nuevo Chimbote, (2003). Los resultados hallados fueron que existe una proporción significativa en el nivel de autocuidado regular (71.9%) en hipertensión arterial, con tendencia a deficiente (21,9%), En el

Estilo de Vida, guardan asociación estadística significativa ( $p < 0,05$ ) con el nivel de autocuidado en hipertensión arterial.(14)

Aguilar Cruces, Yosilú Visabel, Universidad Ricardo Palma.  
**Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del Servicio de Medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica, Julio del 2009 A Julio del 2011.**

Existe una alta prevalencia de pacientes hipertensos así como diabéticos, cardiopatas, entre otras enfermedades. La asociación entre la hipertensión arterial con los múltiples factores de riesgo la han llevado a ser catalogada como una de las enfermedades no transmisibles que genera mayor morbimortalidad a nivel mundial. La población de Chosica se caracteriza por tener 53 % pobreza, 13% de obesidad ,42% de alcoholismo, 27% de tabaquismo, además que el 55% de su población es de sexo femenino.

El perfil de morbilidad de la población adulta y adulta mayor según las estadísticas del hospital reportan problemas cuyas características de cronicidad, complejidad, costo y de discapacidad así como la postergación política y sanitaria en su abordaje se constituyen en un abanico de factores de riesgo que se suman a los riesgos clínicos y epidemiológicos de la propia enfermedad así: diabetes, hipertensión arterial, osteoporosis, osteoartritis, asma bronquial, obesidad y sobrepeso, ceguera, depresión y disminución de la agudeza visual y auditiva constituyen las principales causas de atención en el Hospital en estos grupos etarios o etapas de vida como las llama el modelo de atención integral de salud.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Calidad de Vida**

2.2.1.1 Teoría de Maslow: En su libro habla de una sabiduría biológica, una tendencia innata en el hombre a elegir lo que es beneficioso para él, o, por lo menos, a deseárselo. Sabiendo, entonces, que existen en nosotros los conocimientos biológicos suficientes como para poder reconocer lo adecuado para nuestro bienestar, parece contradictorio que, a pesar de tener bien marcada la senda, sin darnos cuenta, insistamos en tomar la dirección contraria. De esta forma, muchos de nosotros escapamos a la posibilidad de crecer. Hemos perdido el instinto de lograr la calidad de vida. En los últimos 10 años las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: "Calidad de Vida Relacionada con la Salud". Así, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitucionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida. (15)

### 2.2.1.2 Modelos teóricos de calidad de vida

Existen diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de calidad de vida. La mayoría de estos modelos consideran la calidad de vida desde una perspectiva global en lo que se refiere a la variable edad, sin prestar especial atención al grupo de personas mayores. Sólo algunos de estos modelos han intentado ser aplicados en el campo de la Gerontología. Se ofrece primero una revisión general de los modelos existentes para pasar luego a los que han sido aplicados en personas mayores(16)

A. Modelo ecológico de Lawton: Se trata de una de las más fructíferas aportaciones, que explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y socionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.(16)

B. Modelos comportamentales: La calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000), defendiendo que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la

satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida.(16)

La calidad de vida desde este posicionamiento comportamental pasa a ser: hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser importantes aunque no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y de calidad.

- C. Calidad de vida relacionada con la salud en la vejez Están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. Según el autor, el ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto materiales como (y más importantes) sociales. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. Con la incorporación de la teoría del rol en el concepto de calidad de vida, Bigelow y cols. Aumentaron la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales.

En este sentido, en la teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación convencional del rol en este concepto (Angermeyer y Kilian, 2000). Además, parece importante evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo (Lally, 1989) y el grado en que las demandas subjetivamente percibidas de este rol restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales (16).

2.2.1.3 Concepto: Se define como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias y necesitadas de mejora el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas de desarrollo social, económico y cultural que busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos y los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad, equidad y felicidad. (17)

A. Vida Intelectual: Es lo que diferencia al hombre con los demás seres vivos. Los seres humanos tenemos la capacidad de pensar de formar conceptos y juicios y comunicarlos a través del lenguaje.

B. Vida emocional: La emoción puede ser entendida como un estado de ánimo caracterizado por una conmoción



orgánica consiguiente a impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos.

C. Vida física: La salud definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico psíquico y sociales un don de los seres humanos pueden adquirir y conservar o perder irremediablemente.

D. Vida familiar: Tradicional mente se ha considerado a la familia como un grupo constituida por el padre la madre y los hijos estos juegan diferentes roles importante dentro del grupo, son parte esencial para la calidad de vida.

E. Vida social: Es el resultado de las interacciones que tenemos los seres humanos con otros humanos.

2.2.1.4 Calidad de vida y necesidades humana: La satisfacción de las necesidades humanas, en último término lleva a una determinada calidad de vida. Blanco (1997), define a la calidad de vida como: "el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación". Entendiéndose que el nivel de satisfacción de estas necesidades va a permitir la estimación de la calidad de vida de la sociedad. La satisfacción de estas necesidades, desde la perspectiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), incluye el grado de nivel económico alcanzado por los países como factor preponderante.(17)

2.2.1.5 Calidad de vida y medio ambiente: Es necesario delinear patrones de vida en los que los medios y formas de producción y consumo tengan una repercusión mínimas en

el entorno, intentando, que éste conserve en el tiempo la capacidad de restaurarse de la incidencia de factores antrópicos (los producidos por el hombre) y también naturales (resiliencia, o sea la capacidad de recuperación). Por lo tanto hay que producir bienes y servicios sin agotar recursos naturales, alterar el medio y contaminar, tanto en el proceso de producción como en el de consumo (desechos). Aspirar a la calidad de vida, y al bienestar sostenible, interpone la racionalización del consumo, lo cual conduce a replantear el desarrollo.(17)

2.2.1.6 Medidas de hábitos físicos: La actividad física es cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal. Sin embargo, la cantidad real que se necesita de actividad física depende de los objetivos individuales de salud, ya sea que se esté tratando de bajar de peso y que tan sano se esté en el momento.

La actividad física puede ayudar a: Quemar calorías y reducir la grasa corporal, reducir el apetito, mantener y controlar el peso.(17)

2.2.1.7 Medida de hábitos alimenticios: Los hábitos alimenticios es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es la ciencia que estudia la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.(17)

## 2.2.2. Adulto Mayor

2.2.2.1 La teoría psicosocial de Erikson: Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, dijo Erikson, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo que hicieron, lo hicieron mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. A medida que la categoría de las personas mayores aumenta, Erikson predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo (Erikson y Hall, 1987). Contempla la tercera edad como un período más productivo y creativo que en el pasado –en el que un artista de 80 años, escritor o músico, ya no serán algo excepcional. En su crisis final, integridad vs. desesperación, "Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida –la manera como han vivido- con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación

sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente".

De acuerdo con Erikson, "Las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La 'virtud' que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, 'un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma'; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente, implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podía y por tanto merecen amor, aunque no fueran perfectos, aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida.

Igualmente propone Erikson que las personas que no consiguen aceptar esto son desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo.

Según Erikson "la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilita y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar 'una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente'".(18)

2.2.2.2 La teoría de Jung: Jung vio a las personas mayores cómo todavía se esforzaban para desarrollarse a sí mismos, dado que creía que raramente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona veía fuerzas y

tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo. Jung proponía que esta tendencia aparecía por primera vez en la mitad de la vida, y observó que la expresión del potencial de género que estaba oculto aumentaba en la tercera edad.

Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en conflicto. Jung propuso que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior, que dominó extroversión, y una orientación hacia el interior, el mundo subjetivo, que llamó introversión. En la juventud y en gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya ha salido adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. "Para una persona joven", escribió Jung (1969), "es casi un pecado o al menos un peligro preocuparse por ella misma; pero para la persona que está envejeciendo, es un deber y una necesidad dedicar seria atención a sí misma". Este cambio de orientación conduce a las personas mayores a desarrollar con paso firme la tendencia hacia la introversión.(18)

- 2.2.2.3 Pensamiento post – formal de Jean Piaget: Piaget consideró que el elemento más importante del pensamiento eran las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas

maneras que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite –en ocasiones- al pensamiento post – formal.

La madurez del pensamiento se refleja en la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos o racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o elementos basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos (Labouvie-Vief y Hakim Larson, 1989). En este momento puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real.

Esta madurez de pensamiento, o pensamiento post–formal, se basa en la subjetividad y la intuición, así como en la lógica pura, característica del pensamiento en las operaciones formales. Los pensadores maduros personalizan su razonamiento y emplean la experiencia cuando tienen que enfrentarse a situaciones ambiguas.

El pensamiento post – formal también se caracteriza por un desplazamiento de la polarización (correcto Vs. Incorrecto, lógica Vs. Emoción, mente Vs. Cuerpo) hacia una integración de conceptos.(18)

- 2.2.2.4 Concepto: Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios

se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.(19)

2.2.2.5 Características del Adulto Mayor: Dentro de la vida del ser humano nos encontramos con diversas formas y maneras de observar su desarrollo y evolución dentro de un contexto social, una de las más importantes y que repercuten de forma directa son las etapas del desarrollo de acuerdo a un aspecto tanto biológico como social y psicológico el cual compone al ser humano.(19)

- Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- Mantener la identidad y el estatus social.
- Encontrar compañía y amistad.
- Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- Establecer nuevos roles en la familia.
- Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

2.2.2.6 Proceso de la Tercera Edad Con la transición de la edad adulta a la tercera edad se ciernen sobre la persona algunas amenazas y no solo circunstancias nuevas de variada naturaleza; algunas de carácter biológico, otras de temas sociales típicas de la edad de la persona. En la tercera edad

suelen acumularse los achaques, dolencias y enfermedades, pero envejecimiento, de suyo, no equivale a enfermedad ni a incapacidad' esto lo podemos retomar como la etapa en la cual la persona estamos susceptible a los cambios físicos de su cuerpo, el cansancio y la manera de interactuar con su medio, se podría decir que existe un retroceso hacia la infancia, quedan a expensas de su entorno y sus relaciones con los demás. El envejecimiento entonces se ve como resultado de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversible, es un deterioro de un organismo maduro. Con el envejecimiento, no se dan tan solo deterioros, sino también conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.(20)

2.2.2.7 Cambios Emocionales del Adulto Mayor: Los cambios de comportamiento de los ancianos deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, porque y también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades física que quizá obligue a aceptar el cuidado de otros; el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo y la viudez y la muerte de los amigos minan la autoestima de los ancianos y provocan depresión. Hay ancianos que mantienen vivo el interés por muchas cosas y que disponen de más dinero que en ninguna otra época de su vida; pero, en muchos casos, lo normal es la falta, de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales. La rapidez con la que cambia la sociedad moderna la desorientación del anciano y la, forma de vida actual no contribuyen a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés, resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolos a senilidad inevitable.(20)



2.2.2.8 Perdas físicas sufridas por el Adulto Mayor: Estas pérdidas son relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, es decir debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el anciano sano o enfermo.(20)

A. Entre las pérdidas físicas:

- La pérdida o disminución en la capacidad del funcionamiento en general.
- La pérdida o disminución en la movilidad.
- La pérdida o disminución en el estado de salud.
- La pérdida o disminución en la capacidad sexual.

B. Entre las pérdidas sociales

- Esto es pérdida del trabajo a eventos continuos y progresivos a través del ciclo de la vida, entre ellas están:
- Pérdida del trabajo por la jubilación por ello hay:
- Pérdida de status.
- Pérdida de amigos.
- Pérdida de ingresos económicos.
- Pérdida de roles (amigos, compañeros, rol laboral, etc.).
- Pérdida del conyugue por muerte.

C. Entre las pérdidas psicológicas Estas pérdidas se sufren a consecuencia de efectos sumativo que sobre la persona genera todas las pérdidas ya mencionadas, entre ellas tenemos:

- Pérdida o disminución de autoestima y autoestima.

- Pérdida o cambio en el continuo Independencia Interdependencia Dependencia.
- Pérdida o disminución en la sensación de bienestar con uno mismo.
- Pérdida en el manejo decisiones o control sobre su vida.
- Pérdida o disminución en la capacidad mental.

### **2.2.3. Hipertensión Arterial**

2.2.3.1 Concepto: La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a su través. Esto se conoce con el nombre de arterosclerosis.(21)

2.2.3.2 Tipos de Hipertensión Arterial: Existen dos tipos de hipertensión. Más del 90% de los casos no tiene una causa única ni conocida y por eso se denomina hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática. Es la que padece la gran mayoría de los pacientes. En un pequeño grupo, puede identificarse una causa, a veces tratable, responsable del aumento de las cifras de presión arterial, se trata de la

hipertensión arterial secundaria, cuyas causas se enumeran en la siguiente tabla.(22)

A. Hipertensión de origen renal:

- Pielonefritis crónica.
- Glomerulonefritis aguda o crónica.
- Poliquistosis renal.
- Estenosis vasculorrenal.
- Tumores productores de renina.
- Patología renal unilateral: atrofia segmentaria, tumor renal
- Retención primaria de sodio: Síndrome de Liddel o de Gordon.
- Nefritis de diversas etiologías.
- Conectivopatías y vasculitis: Lupus sistémico, esclerodermia
- Nefropatía diabética.

B.Hipertensión de origen endocrino

- Hiperfunción adrenal cortical (Cushing, hiper aldosteronismo primario, Síndrome adrenogenital primario.)
- Hiperfunción medular adrenal: feocromocitoma
- Acromegalia
- Hipo/hipertiroidismo
- Hipercalcemia
- Hiperparatiroidismo
- Hemangioendotelioma
- Tumor extraadrenal cromafines
- Tumor carcinoide

C.Hipertensión de origen psicógeno

- Estrés
- Cirugía
- Traumatismo craneal severo
- Enfermedades graves.

D. Hipertensión de origen neurológico:

- Síndrome diencefálico
- Disfunción del sistema nervioso autónomo.
- Poliomielitis
- Polineuritis. (Guillain- Barré, Saturnismo, Porfiria intermitente aguda)
- Aumento de la presión intracraneal
- Sección aguda de la médula espinal

2.2.3.3 **Causas:** Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada "hipertensión esencial", "primaria" o "idiopática". En la hipertensión esencial no se han descrito todavía las causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario. (23)

**A. Herencia:** cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos)

hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

**B. Sexo:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas.

**C. Edad y raza:** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.

**D. Sobrepeso:** los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de

la hipertensión, o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

2.3.1 Calidad de Vida: Es entendida como medida compuesta por el bienestar físico mental, social y mental como lo percibe cada individuo y cada grupo lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas.

2.3.2 Adulto Mayor: Se entiende como edad senil, senectud, periodo de la vida humana, cuyo comienzo se fija comúnmente a los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades.

2.3.3 Hipertensión Arterial: Es el aumento de la presión arterial de forma crónica

### **2.4. HIPÓTESIS**

En el presente estudio se ha formulado las siguientes hipótesis

#### **2.4.1. Hipótesis General**

Se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Hucán-Lima 2015

#### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

- La calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que asiste al Programa del Adulto Mayor en el

Hospital de HuaycánII-1 en los meses de marzo a junio del 2015 según hábitos alimenticios: es regular.

- La calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Hospital de HuaycánII-1 en los meses de marzo a junio del 2015 según Actividad física: es buena.
- La calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Hospital de Huaycán II-1 en los meses de marzo a junio del 2015 según hábitos de salud: es regular.

## **2.5. VARIABLES**

Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable**

La calidad de vida es entendida como medida compuesta por el bienestar físico, mental, social y espiritual como lo percibe cada individuo y cada grupo lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas.

### **2.5.2. Definición operacional de la variable**

La calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial según hábitos alimenticios, actividad física, hábitos de salud.

### 2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA DE NIVEL
Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial	La calidad de vida es entendida como medida compuesta por el bienestar físico mental y social como lo percibe cada individuo y cada grupo lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas.	La calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que asisten al Programa del Adulto Mayor en al Hospital II-1de Huaycán en los meses de marzo a junio del 2015 según hábitos alimenticios, actividad física, hábitos de salud.	<p>Hábitos alimenticios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alimentación Balaceada</li> <li>✓ Horario de comida</li> </ul> <p>Actividad física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Peso adecuado</li> <li>✓ Periodo de descanso</li> <li>✓ Tabaco</li> <li>✓ Caminatas</li> <li>✓ Deporte</li> </ul> <p>Hábitos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Control de funciones vitales</li> <li>✓ Administración de antipertensivo</li> <li>✓ Atenciones periódicas a centro de salud</li> </ul>	<p>Calidad de Vida Escala de medición Ordinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alto</li> <li>✓ Medio</li> <li>✓ Bajo</li> </ul>



## **CAPITULO III: MATERIAL Y METODO**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio que se concentra en estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico e inmediato. Siendo del tipo descriptivo de corte transversal y de un tiempo prospectivo, ya que permite obtener información precisa sobre las variables a investigar así como describir sistemáticamente la variable para luego con los resultados obtenidos proceder a identificar y determinar la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Ubicación: El Hospital II-1 Huaycán se encuentra ubicado en el Distrito de Ate, en la RED METROPOLITANA se ubica en el Lima Este del Departamento de Lima a una Latitud Sur de 11° 56' 00" a " 12° 02' 36" Sur y 77° 01' 42" Oeste y una Longitud de 76° 42' 04" a 76° 57' 09" y sus límites son por el Sur con los distritos Pachacamac, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores y Santiago de Surco, por el Oeste con

Comas, Independencia, Rímac, La Victoria, Lima Cercado, San Luís y San Borja. Por el Norte con Comas, Carabaylo, San Antonio y Santa Eulalia. Por el Este con Ricardo Palma, Santa Eulalia y Antioquia de la provincia de Huarochirí.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población en estudio estuvo conformado por los pacientes del programa del adulto mayor, mayores de 65 años contando con un total de 50 personas, considerando entre ellos varones y mujeres, se trabajó aplicando el criterio de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión y exclusión considerando en el estudio fueron:

- Adulto mayor de 65 años a más.
- Adulto mayor de 65 años que viven en Huaycán
- Adultos mayores que asisten al
- Adulto mayor que hablen castellano
- Adulto mayor de ambos sexos
- Adulto mayor solo con hipertensión arterial

Los criterios de exclusión están dados por:

- Adultos mayor, menor de 65 años.
- Adultos mayores que no viven en Huaycán .
- Adulto Mayor que no hablen castellano.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

En la recolección de datos se utilizara como técnica la encuesta y como instrumento un formulario tipo cuestionario para medir la calidad de vida

,el cual será aplicado en forma personal a cada adulto mayor la cual constatará de un tiempo promedio de 15 minutos, considerando a estos medios como efectivos para la recolección de datos reales sobre el presente estudio siendo el objetivo obtener información acerca de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huaycán.

La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes: introducción, datos generales y datos específicos relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, con preguntas de alternativas múltiples y algunas preguntas abiertas para reforzar la información, el cual consta de 20 ítems, dispuestos de la siguiente manera: Hábitos alimenticios (1 al 7), Actividad física (8 al 11), Hábitos de salud (12 al 20).

El cuestionario consta de 20 ítems los mismos que están dispuestos de la siguiente manera:

Dimensiones	Indicadores	Nº de Ítems
Hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación balanceada, horario de comida</li> </ul>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Actividades físicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caminatas, periodo de descanso, tabaco, alcohol</li> </ul>	8,9,10,11
Hábitos de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de funciones vitales, administración de fármacos</li> </ul>	12,13,14,15,16,17,18,19,20

	,atención periódica de salud	
--	------------------------------------	--

### **3. 5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos, el cual estuvo conformado por 6 profesionales que trabajaron en centros de salud. Los puntajes fueron sometidos a la prueba binominal, encontrándose que el error de significancia supere los valores establecidos para  $p > 0.05$ , por lo que el instrumento fue válido.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto de tamaño 10 y la aplicación de la fórmula estadística de alfa de Crombach.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

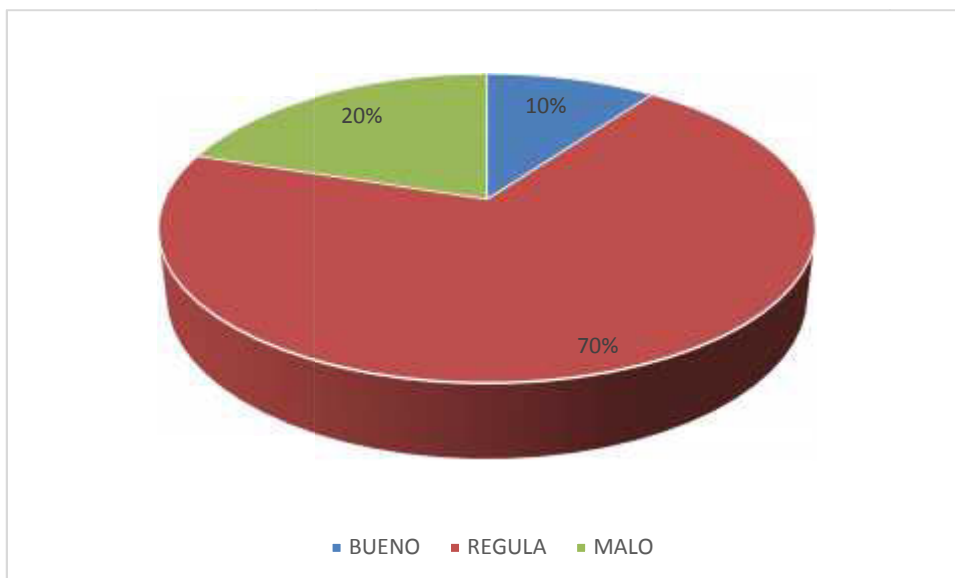
Para la recolección de datos se realizaron las coordinaciones con las autoridades del Hospital que con su apoyo permitieron tener más accesibilidad con las personas adultos mayores atendidas.

El procesamiento de datos se realizó a través de una matriz de codificación sobre la base de códigos establecidos en el programa Microsoft Excel SPSS de nivel descriptivo.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

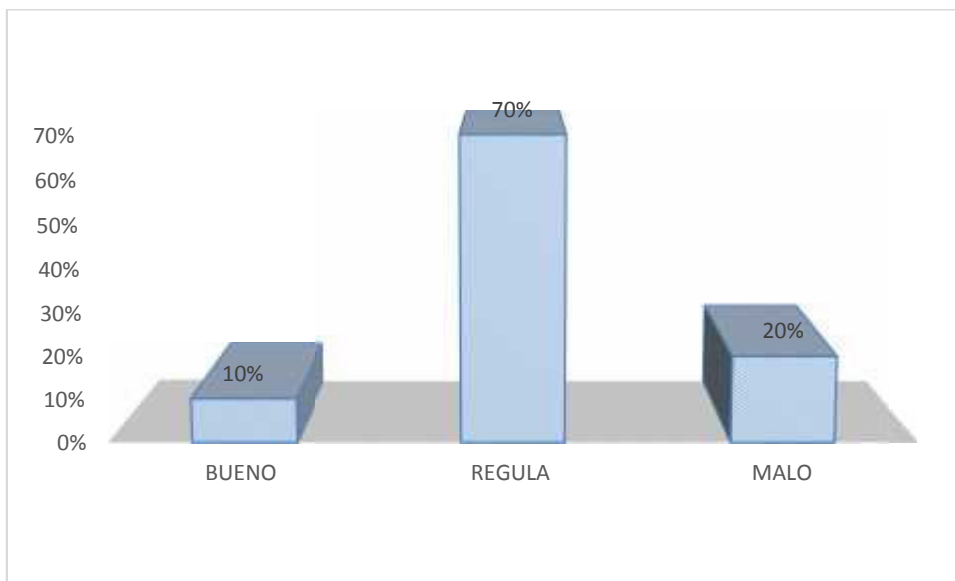
### ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

**GRAFICO 1: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL HOSPITAL II-1 DE HUYCÁN-LIMA 2015, SEGÚN HÁBITOS ALIMENTICIOS.**



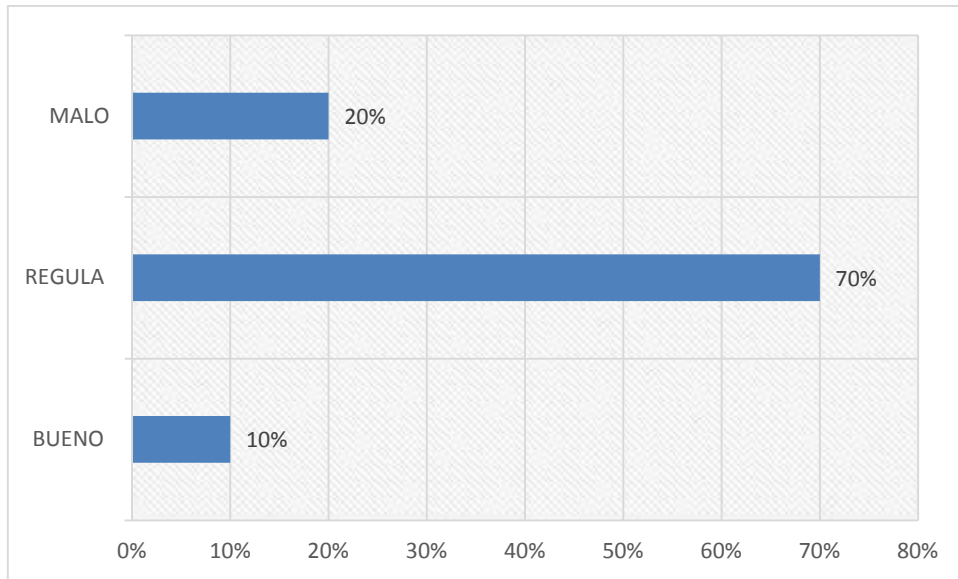
**Análisis:** Observamos que existe un 60%(regular) de calidad de vida del adulto mayor según hábito alimenticio esta cifra demuestra a la relativa información que tiene sobre una dieta saludable, asimismo vemos un 25% de buenos hábitos alimenticios esto se debe a que dentro del hospital se imparten cierta información escrita sobre una buena calidad de vida en relación a los hábito alimenticios y 15% de un nivel alto.

**GRAFICO 2: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL HOSPITAL II-1 DE HUycÁN-LIMA 2015: SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA**



**Análisis:** Respecto a la dimensión actividad física de adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán muestra un 70% de una regular actividad física esto quiere decir que la información del personal de enfermería brinda al adulto muestra su efecto en este significativo resultado, asimismo vemos un 20% de una actividad física mala deficiente sedentaria y un mínimo 10% buena

**GRÁFICO: 3 CALIDADES DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL HOSPITAL II-1 DE HUycÁN-LIMA 2015: SEGÚN HÁBITOS DE SALUD**



**Análisis:** Podemos afirmar que la tendencias en la regularidad de los resultados se mantienen ya que tenemos un 70% en que los adultos mayores tienen un hábito de salud regular esto demuestra la aceptación y conocimiento en ellos sobre el tratamiento de la hipertensión arterial asimismo vemos 20% malo y un mínimo 10% de un hábito de salud buena

## PRUEBA DE HIPÓTESIS

### Hipótesis General

$H_0$ : No se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015,

$H_a$ : se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015.

Tabla 1:

**Correlaciones:** la hipertensión arterial y la calidad de vida

		hipertensió n arterial	la calidad de vida
hipertensión arterial	Correlación de Pearson	1	,900**
	Sig. (bilateral)		,000
	N		50
	Correlación de Pearson	,900**	1
la calidad de vida	Sig. (bilateral)	,000	
	N		50

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



**Prueba estadística:** Coeficiente de correlación de Pearson

**Regla de decisión:** Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

**Interpretación de resultados:**

La matriz de correlación presenta por pares de variables el coeficiente de Pearson y el nivel de significancia obtenido, además del número de casos, la correlación entre cada pareja de variables se repite dos veces, se pueden tomar los resultados de cualquiera de las dos.

En el cuadro se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: existe una asociación lineal entre: la hipertensión arterial y la calidad de vida del adulto. Esta relación es Alta con un 0.922 y es proporcional (tiene signo positivo).

Aun, cuando se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.01, se sigue rechazando la hipótesis nula.

## CAPITULO V: DISCUSIÓN

En la **tabla 1** se tiene una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: existe una asociación lineal entre: la hipertensión arterial y la calidad de vida del adulto. Esta relación es Alta con un 0.922 y es proporcional esto coincide con **Fernández** que Investigo el Conocimiento que tienen los Adultos Mayores sobre la Hipertensión Arterial referida a las Alteraciones Psicofísicas y Factores de Riesgo y el Autocuidado referido a la Actividad Física En Venezuela, Cuyos resultados fue en cuanto al autocuidado con respecto a la hipertensión arterial, los adultos mayores se repartieron en un 55.0% en el nivel porcentual alto, un 30.0% en el nivel intermedio y un 15.0% en el nivel bajo.(9)

En el **grafico 1** : Observamos que existe un 60%(regular) de calidad de vida del adulto mayor según habito alimenticio esta cifra demuestra a la relativa información que tiene sobre una dieta saludable, asimismo vemos un 25% de buenos hábitos alimenticios esto se debe a que dentro del hospital se imparten cierta información escrita sobre una buena calidad de vida en relación a los habito alimenticios y 15% de un nivel alto **Landeros y Cols Investigaron Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una Comunidad Rural. Estado de Morelos, México, (2004)**. Tuvo como resultados que las personas con hipertensión arterial sistémica (HAS) poseen un nivel de capacidad de

autocuidado (CAC) mayor (84 puntos) que en las personas sin HAS (69 puntos). El grupo de personas sin HAS percibe sus capacidades de autocuidado, relativamente más bajo que las personas con HAS; al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, una posible explicación es que las personas sin HTA, que se perciben sanos no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus CAC.

## CONCLUSIONES

- Se obtuvo una significancia de 0.000, menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces: existe una asociación lineal entre: la hipertensión arterial y la calidad de vida del adulto. Esta relación es Alta con un 0.922 y es proporcional
- Existe un 60%(regular) de calidad de vida del adulto mayor según hábito alimenticio esta cifra demuestra a la relativa información que tiene sobre una dieta saludable, asimismo vemos un 25% de buenos hábitos alimenticios esto se debe a que dentro del hospital se imparten cierta información escrita sobre una buena calidad de vida en relación a los hábitos alimenticios y 15% de un nivel alto.
- Respecto a la dimensión actividad física de adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Hucán muestra un 70% de una regular actividad física esto quiere decir que la información del personal de enfermería brinda al adulto muestra su efecto en este significativo resultado, asimismo vemos un 20% de una actividad física mala deficiente sedentaria y un mínimo 10% buena.
- Finalmente concluimos que las tendencias en la regularidad de los resultados se mantienen ya que tenemos un 70% en que los adultos mayores tienen un hábito de salud regular esto demuestra la aceptación y conocimiento en ellos sobre el tratamiento de la hipertensión arterial asimismo vemos 20% malo y un mínimo 10% de un hábito de salud buena.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda al personal de enfermería realizar continuos actividades informativas dirigidas a los adultos mayores sobre los factores de riesgo de la presión arterial y cuidados que se debe tener.
- Elaborar paneles informativos respecto a dietas saludables para fortalecer el conocimiento de los adultos mayores sobre dietas y alimentación adecuados para la prevención ,control y cuidado de la hipertensión arterial
- Es necesario que el hospital realice charlas dirigidas al adulto mayor sobre la importancia de la actividad física y artísticas es por ello que se debe hacer talleres por parte de la municipalidad para el desarrollo de la actividad física.
- Finalmente se recomienda a los familiares del adulto mayor asistir periódicamente a los talleres que se realizarían en el hospital para el control y cuidados que se debe tener contra la hipertensión arterial

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio 2005. La Habana: MINSAP; 2005.
2. Datos proporcionados por la Unidad de Procesamiento de datos. Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud. Lima-Perú.
3. Gustavo Delgado Matallana. Hipertensión arterial en la tercera edad. Volumen V, num3 México D.F-México; 1998.
4. A.S Staab Lc Hodges. Enfermería gerontológica.1º ed: España; 1998.
5. Organización Panamericana de la Salud .paradigma de salud pública, promoción y protección de la salud [en línea]. 2000. [fecha de acceso 25 de enero de 2010] disponible en: [www.paho.org/spanish/d/ar2000-3.pdf](http://www.paho.org/spanish/d/ar2000-3.pdf)
6. Red de Salud de San Juan de Lurigancho salud [en línea]. 2001. [fecha de acceso 5 de agosto de 2010] disponible en: [www.redsasjl.gob.pe/index.php?cont=campanas](http://www.redsasjl.gob.pe/index.php?cont=campanas)
7. Dotres, C. Programa Nacional de Prevención. Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Editorial Ciencias Médicas. 1998
8. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994
9. Fernández Investigó el Conocimiento que tienen los Adultos Mayores sobre la Hipertensión Arterial referida a las Alteraciones Psicofísicas y Factores de Riesgo y el Autocuidado referido a la Actividad Física, Tratamiento Farmacológico, Hábitos de la Vida Diaria(Tesis para el Titulo de Licenciado de Enfermería) Venezuela,2010

10. Landeros y Cols Investigaron Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una Comunidad Rural.(Tesis para el Título de Licenciado de Enfermería) México,2004
11. Eamon o´ Shea Investigo La calidad de vida de las personas mayores dependientes sosteniendo que hay una relación directa entre la independencia y la calidad de vida en el adulto mayor(Tesis para el Título de Licenciado en Enfermería ) Irlanda Galway ,2003
12. Legía Investigo La relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado del paciente hipertenso (Tesis para el Título de Licenciado de Enfermería) Lima, 2006
13. Arroyo Távara, I ).Investigo Establecer la relación entre el estilo de vida y el autocuidado en el adulto mayor Hipertenso (Tesis para el Título de Licenciado de Enfermería) Perú,2006
14. Núñez M. Investigo Nivel de Autocuidado en Hipertensión Arterial con algunos factores biológicos, estilo de vida y nivel socioeconómico (Tesis para el Título de Licenciado de Enfermería) Chimbote, 2003.
15. MASLOW A. Motivación y Personalidad. Ed. Harper and Brothers, Nueva York. 1954.
16. ANGERMEYER, M. C., y KILLIAN, R. "Modelos teóricos de calidad de vida".Barcelona ;2000.
17. O´Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway: Universidad Nacional de Irlanda; 2003

18. Papalia, Diane E; Wendkos, Sally. Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica. 6ª ed. Santafé de Bogotá: Mc. Graw – Hill; 1997.
19. Instituto Nacional de Geriatria concepto [en línea]. 2011. [fecha de acceso 25 de junio de 2012]; disponible en: [www.ingerchile.cl/vistas/conceptos](http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos).
20. Red para el Desarrollo de los Adultos Mayores. [en línea].2003. [fecha de acceso 6 de mayo de 2010]; disponible en:[www.redadultosmayores.com.ar](http://www.redadultosmayores.com.ar)
21. Enfermedades Vasculares y del Corazon . [en línea]. 2009. [fecha de acceso 11 de noviembre de 2010]; disponible en: [www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial](http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial)
22. Instituto Geo Salud Costa Rica [en línea]. 2007. [fecha de acceso 25 de enero de 2010]disponible en :[www.geosalud.com/hipertension/tipos.htm](http://www.geosalud.com/hipertension/tipos.htm)
23. Instituto Geo Salud Costa Rica Rica [en línea]. 2007. [fecha de acceso 25 de enero de 2010]disponible en : [www.geosalud.com/hipertension/HTA\\_](http://www.geosalud.com/hipertension/HTA_)



# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO : LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SU RELACION CON LA  
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS ATENDIDO EN  
EL HOSPITAL II DE HUAYCAN LIMA-2015  
BACHILLER: YAURI UNOCC, CARMEN ROSA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>Problema General</b> ¿Cómo se relaciona la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015</p> <p><b>Problemas Específicos:</b> -¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según hábitos alimenticios –</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II -1 de Huycán-Lima 2015, según actividad física? -</p>	<p><b>Objetivo General</b> Conocer la relación de la hipertensión arterial con la calidad de vida del adulto mayor de 65, atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Determinar la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión Arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según hábitos alimenticios.</p> <p>Determinar la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según actividades físicas.</p>	<p><b>Hipótesis General</b> La calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial que asiste al Hospital II de Huaycán: es buena</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> La calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Hospital de Huaycán en los meses de marzo a junio del 2015 según hábitos alimenticios: es regular</p> <p>La calidad de</p>	<p>Calidad de Vida del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial</p>	<p>Hábitos alimenticios</p> <p>Actividades físicas</p> <p>Hábitos de salud</p>	<p>-Alimentación Balaceada -Horario de comida</p> <p>-Caminatas -Periodo de descanso -Tabaco -Deporte</p> <p>-Control de funciones vitales</p> <p>-Administración de antipertensivo</p> <p>-Atenciones periódicas a centro de salud</p>

<p>¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según hábitos de salud</p>	<p>Determinar la calidad de vida del adulto mayor de 65 años con hipertensión arterial atendido en el Hospital II-1 de Huycán-Lima 2015, según hábitos de salud.</p>	<p>vida del adulto mayor con hipertensión arterial que asiste al Programa del Adulto Mayor en el Hospital de Huaycán en los meses de marzo a junio del 2015 según Actividad física: es buena</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que asiste al Hospital de Huaycán en los meses de marzo a junio del 2015 según hábitos de salud: es regular</p>			
---	--	---	--	--	--

## ANEXO N° 2



Cuestionario sobre Hipertensión arterial y su relación con la Calidad de Vida del Adulto Mayor de 65 años atendido en el Hospital II-1 de Huaycán -Lima 2015

### **I. PRESENTACIÓN**

Buenas días señora(o), soy, estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. El presente instrumento tiene como objetivo obtener información sobre la calidad de vida del adulto mayor de acuerdo al manejo de su enfermedad sobre hipertensión arterial. En tal sentido le solicito su colaboración a través de su participación voluntaria y espontánea, expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el presente estudio.

### **II. INSTRUCCIONES:**

A continuación encontrará 15 preguntas. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos según como lo siente.

### **III.- DATOS GENERALES**

1. Género:                    F                    M
  
2. Edad:
  
3. Estado civil:
  
4. Escolaridad:

Muchas Gracias

## CUESTIONARIO:

Título de proyecto de investigación: “Buenas días vamos a realizar unas series de preguntas para que puedan ayudar a brindarnos información acerca de su enfermedad y poner ayudarles a ustedes con sus dudas sobre la enfermedad de la hipertensión arterial.

Marcar con una (x) en un casillero de cada pregunta.

Cuestionario de preguntas:	SI	NO
1.- Diga usted cómo se siente con la alimentación que lleva		
2.-Todos los que habitan en su hogar tienen un control de consumo de sal?		
3.-Diga usted acompaña sus comidas particularmente de pescado, pollo, pavita		
4.-Diga usted habitualmente consume grasas y sal en grandes cantidades en sus comidas		
5.-Usted consume baja cantidad de sal en sus alimentos		
6.-Consumo Ud. Verduras, frutas en sus alimentación diaria		
7.-Ud tiene horario de consumo de sus alimentos		
8.-Usted realiza algún tipo de actividad física?		
9.-Realiza en su casa o en su trabajo algunas caminatas?		
10.-Usted cumple con los horarios para la realizar algún tipo de ejercicios?		
11.-Considera Ud. Importante la actividad física para su salud?		
12.-En el Hospital le explican que importante es controlarse la presión arterial?		
13¿Se realiza usted sus controles de presión arterial?		
14: ¿Consumo algún tipo de medicamentos antihipertensivos?		
15. ¿Se le hinchan sus pies?		
16. ¿Tiene problemas para mantener el equilibrio?		
17: Ud. Presenta mareos, zumbido de oído frecuentes?		
18: ¿En sus consultas le controlan su frecuencia cardiaca?		
19¿Usted ha tenido infartos?		
20¿Usted se olvida las cosas?		