



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO  
LA HOZ, PUENTE PIEDRA - 2018**

**PRESENTADO POR**

**PIZARRO GUZMAN, MARÍA CARMEN  
ALARCON GONZALEZ, LELIS**

**ASESOR**

**MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO**

**Los Olivos, 2018**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES  
HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS  
LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA -  
2018**

**TESIS**

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

**PRESENTADO POR:**

**PIZARRO GUZMAN, MARÍA CARMEN  
ALARCON GONZALEZ, LELIS**

**ASESOR:**

**DR. MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO**

**LIMA - PERÚ**

**2018**

**SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:**

---

**Mg. Millones Gómez, Segundo Germán**

**Presidente**

---

**Lic. Garcia Pretell, Nancy Emperatriz**

**Secretario**

---

**Lic. Gala Arroyo, Doris Luisa**

**Vocal**

---

**Dr. Matta Solis, Hernán Hugo**

**Asesor**

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES  
HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS  
LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA -  
2018**

## **Dedicatoria**

Este trabajo está dedicado para mis padres y a mi familia que siempre está presentes en mi vida y gracias por su apoyo y por darme las fuerzas necesarias para salir adelante cada día.

# Índice

Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	<b>13</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	21
1.3 OBJETIVO .....	21
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	22
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÒRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	25
2.1.1 El Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz .....	25
2.1.2. Servicios brindados por el hospital .....	26
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	26
2.2.1 Antecedentes internacionales.....	26
2.2.2 Antecedentes nacionales.....	30
2.3 MARCO TEÒRICO- CONCEPTUAL.....	34
2.3.1 El adulto Mayor.....	34
2.3.2 Envejecimiento .....	37
2.3.4 Hipertensión arterial.....	41
2.4 HIPÓTESIS.....	43
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	<b>44</b>
3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	45

3.2 POBLACION .....	45
3.2.1 Criterios de inclusión .....	45
3.2.2 Criterios de exclusión .....	45
3.3 VARIABLE .....	46
3.3.1 Definición conceptual.....	46
3.3.2 Definición operacional .....	46
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.4.1 Técnicas de recolección de datos .....	47
3.4.2 Instrumentos de recolección de datos .....	47
3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos .....	49
3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos.....	49
3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento .....	49
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	50
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	50
3.7.1 Principio de autonomía .....	51
3.7.2 Principio de beneficencia.....	51
3.7.3 Principio de no maleficencia .....	52
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>53</b>
4.1 RESULTADOS.....	54
4.2 DISCUSIÓN .....	61
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>66</b>
5.1 CONCLUSIONES.....¡Error! Marcador no definido.....	67
5.2 RECOMENDACIONES.....	68
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Datos Generales de los adultos mayores hipertensos.....	54
---	----

## Índice de Gráficos

- Gráfico 1.** Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018. .... 56
- Gráfico 2.** Calidad de vida en su dimensión salud física, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018 ..... 57
- Gráfico 3.** Calidad de vida en su dimensión salud psicológica, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018 ..... 58
- Gráfico 4.** Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018 ..... 59
- Gráfico 5.** Calidad de vida en su dimensión ambiente, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018..... 60

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Operacionalización de variable.....	77
<b>Anexo B.</b> Instrumento de recolección de datos .....	79
<b>Anexo C.</b> Carta de presentación de la población de estudio .....	84
<b>Anexo D.</b> Aprobación del Comité de Ética .....	87
<b>Anexo E.</b> Resolución del Proyecto .....	88
<b>Anexo F.</b> Validez de contenido del instrumento WHOQOL BREF.....	89
<b>Anexo G.</b> Fotos .....	90

## Resumen

**Objetivo:** En el presente estudio se busco determinar la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra-2018.

**Material y método:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, siendo su diseño metodológico no experimental, descriptivo y transversal, contando con una población de 194 pacientes que acuden al consultorio externo de cardiología. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos utilizado fue el Cuestionario WHOQOL BREF.

**Resultados:** La calidad de vida en adultos mayores hipertensos se distribuye como sigue, 188 participantes que representan el 96.9% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 5 participantes que representan el 2.6% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida baja y 1 participante que representan el 0.5% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida alta. En cuanto a las dimensiones, en salud física (93.8%), salud psicológica (90.7%), relaciones sociales (50%) y ambiente (69.6%), predominó la calidad de vida media. La dimensión con más dificultad, es decir con una mayor presencia de calidad de vida baja son relaciones sociales con 93 participantes que representan el 47.9% del total.

**Conclusiones:** La calidad de vida predominante es la media, en cuanto a las dimensiones de calidad de vida, predominó la calidad de vida media en todas, siendo la de relaciones sociales la que presentó mayor dificultad, es decir presentó mayor calidad de vida baja.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Anciano; Hipertensión.

## Abstract

**Objective:** In this study, we sought to determine the quality of life in elderly hypertensive patients attending the Cardiology service at Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, Puente Piedra-2018.

**Material and method:** It is a quantitative approach study, whose design is methodological non-experimental, descriptive and cross-sectional, with a population of 194 patients who come to the external cardiology office. The data collection technique was the survey and the data collection instrument used was the WHOQOL BREF Questionnaire.

**Results:** The quality of life in hypertensive older adults is distributed as follows, 188 participants who represent 96.9% got an average level of quality of life; 5 participants who represent 2.6% of the total, obtained a low level of quality of life and 1 participant who represents 0.5% of the total, achieved a high level of quality of life. In terms of dimensions, in physical health (93.8%), psychological health (90.7%), social relations (50%) and environment (69.6%), the average quality of life predominated. The dimension with the greatest difficulty, in other words, with a greater presence of low quality of life, are social relations with 93 participants, representing 47.9% of the total.

**Conclusion:** The predominant quality of life is the average, in terms of the quality of life dimensions, the quality of the average life prevailed in all of them, being social relations the one that presented the greatest difficulty, meaning that presented a higher quality of life.

**Key words:** Quality of life; Aged; Hipertensión.

## Introducción

La calidad de vida, el envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, son temas que se resaltan en el presente estudio. El envejecimiento es ya un problema que se debe tomar en cuenta como previsión por parte de los sistemas de salud de los países en general, las políticas, la infraestructura y los recursos humanos, deben orientarse a poder dar respuesta a la demanda de este grupo etario que por su naturaleza y cambios fisiológicos son vulnerables, por tanto generaran más demanda de atención. Si a esto sumamos la presencia de una enfermedad crónica como la hipertensión arterial, la situación se hace más complicada.

Es por ello que en el estudio se hace énfasis en ir midiendo aspectos relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, solo así podremos saber cómo estos van en su salud individual y como van en su interacción con su entorno y ambiente que lo rodea. De ello podemos sacar conclusiones importantes que puedan permitir implementar estrategias que optimicen el trabajo del personal sanitario.

Otro aspecto que se resalta es el uso del instrumento de recolección de datos WHOQOL BREF, el cual es ampliamente aceptado en el mundo por parte del personal sanitario. Si bien es cierto, medir una variable tan compleja como calidad de vida es un reto, el grupo WHOQOL ha podido sistematizar en su instrumento elementos de contenido importantes que lo hacen valido y confiable en muchas latitudes e la región.

El presente trabajo de investigación consta de 5 partes denominadas capítulos. En el capítulo I que es el problema, se desarrolla el planteamiento del problema, la formulación de la pregunta de investigación, los objetivos del estudio y la justificación. En el capítulo II que es el marco teórico se desarrolla el marco contextual histórico social de la realidad, los antecedentes de la investigación y el marco teórico - conceptual. En el

Capítulo III que es la metodología, se desarrolla el tipo – diseño de investigación, la población - muestra - muestreo, las técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validez y Confiabilidad), el proceso de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y método de análisis de datos y los aspectos éticos. En el Capítulo IV se desarrollan los resultados y la discusión. En el capítulo V se desarrollan las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se señalan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

**Las autoras.**

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los indicadores macroeconómicos que indican estabilidad económica, muchas veces no sincronizan con lo que pasa en la realidad económica de muchos núcleos familiares, en donde el día a día es apremiante para poder conseguir recursos que permitan satisfacer las necesidades básicas. La crisis económica y principalmente social, son producto de decisiones equivocadas por parte de los gobiernos. Sus efectos se hacen evidentes en el desempleo o empleo precarizado existente, en la fragilidad de las políticas públicas y en una mayor desatención a los programas sociales, que son elementos fundamentales para lograr el bienestar de un pueblo. El sector salud es un área estratégica de los estados para garantizar el bienestar, pero vemos que en épocas de crisis, es desatendido, y esto trae como consecuencia la desprotección a los grupos más vulnerables. Existen evidencias que una crisis se asocia a un aumento de enfermedades, las cuales afectan principalmente a los grupos más vulnerables (1).

Entre los grupos poblacionales que más necesidades y apuros pasan ante estas situaciones tenemos a los niños y a los adultos mayores, estos por su naturaleza biológica y fisiológica, son frágiles, pudiendo enfermar y complicar su situación de salud. Los adultos mayores además de la enfermedad, padecen en muchos casos de afección a su capacidad funcional, lo cual agrava su situación.

El proceso de envejecimiento que se da a pasos cada vez más rápidos, no está acompañado de un proceso de entendimiento y previsión de este problema en su real dimensión, los gobiernos aún siguen indiferentes ante estos cambios demográficos que se debe hacer frente ya, en el corto y mediano plazos. Cuando la persona envejece, aparecen preocupaciones validas como la inestabilidad económica por la dificultad de ser rechazados en el campo laboral, la baja cobertura en la seguridad salud y las restricciones en el apoyo económico por parte de la familia (2).

Las cifras demográficas globales, evidencian que la población en el planeta está envejeciendo de forma creciente con el correr de los años. Estimaciones estadísticas pronostican que entre los años 2000 y 2050, el número de adultos mayores de todo el mundo se duplicara, es decir, pasaran de un 11% a ser un 22%, esto en números nos dice que de 900 millones de habitantes adultos mayores pasaremos a 2000 millones de habitantes adultos mayores. En los países en proceso de desarrollo, las personas adultas mayores por lo general fallecen a causa de enfermedades no transmisibles, como patologías cardíacas, neoplasias y la diabetes. Es común también encontrar adultos mayores con patología múltiple, es decir más de una enfermedad a la vez, siendo esta condición un peligro para llevar una calidad de vida dentro de los parámetros normales (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que para el año 2050, las personas de 60 años o más constituirán el 34% de la población de la región Europea y el 25% de la región Latinoamericana sumado al Caribe y la región Asiática. Las dificultades de salud de este grupo de adultos mayores, esta principalmente vinculado a las enfermedades crónicas, siendo estas prevenibles y controladas en caso el sistema de salud este adecuadamente gestionado. El enfoque preventivo y de promoción de la salud debe ser el que se priorice en estas situaciones. La práctica de estilos de vida saludables como la actividad física y el consumo de alimentos balanceados, traerán beneficios para la salud. Se debe de cuidar que estas enfermedades crónicas no se agudicen y generen discapacidad funcional, esta situación puede prevenirse si existe un control sanitario sostenido en el tiempo desde el inicio de la enfermedad (4).

A nivel global, la salud mental y emocional de las personas, es importante, para los adultos mayores, la exclusión y el aislamiento social entro otros pueden ser agravantes de en estas situaciones. Reportes evidencian que el 15% de adultos mayores padece de algún tipo de trastorno mental que afecta su salud (5).

El envejecimiento poblacional que se vive en la actualidad, es explicado por dos situaciones que se evidencian en los últimos años, en primer lugar por una reducción en la tasa de nacimientos poblacional, y en segundo lugar, por la reducción en la tasa de mortalidad poblacional por el aumento de la expectativa de vida general. Las familias planifican tener menos hijos y mueren menos ancianos por el alargue de la esperanza de vida (6).

En el Perú, se estima que los adultos mayores son 2'907,138, siendo en su mayoría los comprendidos entre 60 y 69 años (57%). Las enfermedades crónicas de este grupo etario, son más prevalentes en las mujeres (79.8%) (7).

El Instituto Nacional de Estadística de Perú (INEI), en un reporte reciente evidencia que en nuestro país se viene dando en las últimas 7 décadas cambios demográficos importantes. En el año 1950, nuestra población estaba constituida principalmente por menores de 15 años (42%), con el correr del tiempo, estos han ido disminuyendo en cantidad de forma progresiva. En el año 2017 los menores de 15 años son el 27%. En estas casi 7 décadas de cambios en la población peruana, la población adulta mayor paso de 5,7% en el año 1950 a 10,1% para el año 2017, es decir el número de adultos mayores casi se duplicó (8).

En nuestro país, de aproximadamente 1.5 millones de adultos mayores en el año 2010, se pasará a casi 6.5 millones en el año 2050, es decir tendremos 5 millones de adultos mayores más, dentro de los cuales la mayoría serán de sexo femenino (6).

En Perú, el 16 de junio de 2013 el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables elabora el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017, el cual se basa en 4 lineamientos de política fundamentales para promover una adecuada gestión intersectorial orientada para este grupo de personas, en el cual se enfatiza buscar el envejecimiento activo y saludable; empleo, previsión y seguridad social;

participación e integración social; educación conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez (6).

Este proceso de envejecimiento debe ser una alerta para los sistemas de salud públicos de las naciones, principalmente de los países subdesarrollados, en donde será más difícil afrontar tan magno reto, teniendo en cuenta que su estructura es frágil debido a la poca atención que se da debido a las carencias presupuestales.

Es necesario ya ir tomando precauciones en cuanto a inversión en salud, infraestructura sanitaria y dotación de recursos humanos.

La población adulta mayor, está asociada a la presencia de enfermedades, en especial las no transmisibles (ENT), dentro de estas tenemos a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, a las cuales son causantes del 63% de las defunciones que ocurren a nivel global en el planeta, en números representan 36 millones de 57 millones de muertes totales en el mundo. El 80% de las enfermedades no transmisibles está presente en los países que ostentan ingresos bajos y medios. Más de 9 millones de las defunciones por causa de las enfermedades no transmisibles, afecta personas menores de 60 años. En términos globales este grupo de enfermedades afecta por igual a hombres y mujeres. Estas enfermedades demandan costos excesivos que afectan la economía tanto de las naciones como de los individuos que la padecen (9).

Las enfermedades relacionadas al sistema cardiovascular, vienen a constituirse en la causa más importante de las defunciones que se dan en el mundo. Hace tres años, es decir en el 2015, fallecieron por este grupo de enfermedades, 17.7 millones de personas, lo cual vienen a representar casi la tercera parte de todas las defunciones registradas. Más del 75% de enfermedades cardiovasculares, se dan principalmente en países que tienen dificultades con sus ingresos (10).

La prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 a más años de edad de nuestro país, alcanzó el 17,6%, de todo ese total, el 48,6% de personas adultas mayores, tenían este mal silencioso (11).

La hipertensión arterial o llamado también asesino silencioso, es una enfermedad que se presenta inicialmente sin llamar la atención, pero con el correr del tiempo, su sintomatología va expresándose en problemas que van comprometiendo la salud de las personas. La hipertensión arterial va dañando diferentes sistemas orgánicos, esto ocasionara secuelas graves en la salud de la persona que la padece, alterando significativamente su calidad de vida.

El concepto calidad de vida permite la valoración de las condiciones de vida de los individuos y colectivos, para conocer su progreso alcanzado, las formas de interacción social y su vínculo con el medio ambiente, que les permite acercarse a una vida optima (12). La calidad de vida involucra muchos aspectos, que van desde la salud individual y el involucramiento de las condiciones de vida del mismo, así mismo analiza el contexto en que se desenvuelve la persona evaluada. Conocer estos aspectos de una persona sana o enferme, son importantes, así se podrán orientar mejor las intervenciones en salud, haciéndolas más pertinentes y oportunas.

La valoración de la calidad de vida puede propiciar un enfoque más holístico al momento de prestar atención sanitaria a un adulto mayor, ya que al conocer ciertos aspectos vinculados a su relación con sus pares y con el entorno ambiental, permite tener una visión más integral de cómo está su bienestar en general, de hecho esto permitirá valorar mejor su evolución y podría ser incluso un importante factor predictor de cómo será su salud más adelante (13).

Flores Villavicencio y colaboradores, señala en relación a una de sus publicaciones que con la aplicación del instrumento de recolección de datos WHOQOL- BREF, se pudo comprobar que es una herramienta apropiada para poder valorar la percepción de los adultos mayores en

relación a su calidad de vida, así mismo permitió identificar indicadores que pueden influir directamente en la valoración de la calidad de vida de la persona adulta mayor (14).

El adulto mayor es un ser vulnerable por naturaleza, por tanto requiere de muchos cuidados, así mismo en cuanto al abordaje de su salud, debe de verse todos los factores que puedan influir en ella, todo esto enmarcado en su entorno social y ambiental. Medir la calidad de vida es complejo, esto debido a la diversidad de variables que involucra este concepto, por ello la diversidad de propuestas existentes hacen todo lo posible por incluir la mayor cantidad de elementos que hagan valida su instrumento de medición. Las evidencias señalan que la propuesta de medición de calidad de vida elaborada por el grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud, es la más adecuada, además es una de las más utilizadas y aceptadas por el personal sanitario del orbe.

Analizar el concepto calidad de vida, está vinculado a una apreciación personal del evaluado, es decir son sus apreciaciones subjetivas y objetivas de cómo se siente en cuanto a su salud y al desarrollo de su vida cotidiana, así mismo ve sus satisfacción y expectativas como ser humano, también este concepto está vinculado a la forma de vivir y experiencias acumuladas durante todo su vida (15).

Al visitar las instalaciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra, pudimos ubicar el servicio de cardiología, pudimos verificar que desde muy temprano existe una gran afluencia de público a dicho servicio, dentro ellos hay muchos adultos mayores. Pudimos conversar con una persona que forma parte del personal técnico del servicio de cardiología y nos manifiesta sobre la dinámica del servicio “Vienen muchas personas a sacar pase desde muy temprano, en su mayoría son personas mayores de 45 años, aunque con más frecuencia vienen los de 60 años a más edad”, además agrega “la mayoría de pacientes que acuden a la consulta externa, tienen una enfermedad crónica asociada a su motivo de consulta, dentro ella las asociadas a la presión alta o hipertensión arterial son de las más comunes”. Uno de los

médicos responsable del servicio, nos manifiesta “Uno de los problemas que vemos en este tipo de pacientes es que en su mayoría cumplen con las indicaciones referidas a la toma de las medicinas, pero en cuanto a las recomendaciones de cuidar su alimentación, consumo de sustancias nocivas para su salud y control del peso, no son muy cuidadosos, se les explica que los excesos traen como consecuencia la presencia de eventos que complican su aparente normal estado de salud, por tanto se afecta su desempeño en las actividades de la vida diaria”, además agrega a lo mencionado “cada vez vienen más pacientes nuevos, eso es preocupante, sería bueno ver cómo están trabajando los establecimientos del primer nivel de atención, ellos son de alguna u otra forma nuestra fuerza de contención que debe evitar que un paciente con una enfermedad crónica no se complique”. Finalmente una de las enfermeras del servicio nos dice “en estos tipos de pacientes es importante la educación en salud, creemos que con ello deben de tomar conciencia de lo peligroso que puede ser si no se cuidan, el llevar consigo una enfermedad crónica implica una responsabilidad compartida, el profesional de la salud cumple con su rol terapéutico, rehabilitador y educador, pero el paciente también debe poner de su parte”, agrega “Se debe evaluar cómo está el aspecto preventivo promocional en las escuelas y como se está trabajando en el primer nivel de atención”, ante esto surgen algunas interrogantes como:

¿En el primer nivel de atención se han implementado un programa de promoción de la salud sobre hábitos saludables, dirigido a las escuelas, personas sanas y usuarios de los establecimientos de atención primaria en general?

¿El sistema de salud público de nuestro país, está preparado para asumir una atención integral y de calidad al grupo de adultos mayores usuarios?

¿Se cuenta con los recursos humanos tanto en calidad como cantidad para dar una atención integral al adulto mayor en cuanto a lo asistencial, lo recuperativo y la educación en salud?

¿La hipertensión arterial es un problema de salud público en nuestro país?

Al reflexionar sobre las interrogantes señaladas, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018?

## **1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018?

## **1.3 OBJETIVO**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar la calidad de vida en su dimensión salud física, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018

- Determinar la calidad de vida en su dimensión psicología, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018
- Determinar la calidad de vida en su dimensión relación social, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018
- Determinar la calidad de vida en su dimensión ambiente, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La hipertensión arterial como parte de las afecciones crónicas no transmisibles, es en nuestro país un tema de preocupación constante por ser causa de mortalidad importante, por tanto es un problema de salud pública, por ello el Instituto Nacional de Salud por segunda vez consecutiva, incluye a este mal, como una de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021 (16).

Esta enfermedad en el adulto mayor tiene más significado abordarla, esto debido al mayor cuidado que debemos tomar a este grupo etario por naturaleza vulnerable. La profesión de enfermería ve la atención integral en todas las etapas de la vida, más aun cuando los involucrados son adultos mayores, y tienen tantas necesidades, es por ello que la importancia de valorar los aspectos relacionados a su calidad de vida, que es un indicador importante de cómo está su bienestar en general.

Al revisar la literatura científica producida a nivel internacional y nacional, existen pocos estudios que aborden el tema de calidad de

vida en adultos mayores hipertensos, viendo solamente la producción científica nacional, se evidencian escasos estudios en Lima y en especial en Lima Norte. En el hospital señalado para realizar el trabajo de campo del estudio no se ha encontrado reportes de antecedentes sobre el tema. Ante esta realidad el presente estudio busca llenar el vacío de conocimiento existente según las evidencias señaladas.

Los resultados del estudio serán de suma importancia, ya que constituirán la base de un diagnóstico que permitirá reflexionar sobre la problemática del envejecimiento aunado a la presencia de una enfermedad crónica importante y prevalente como la hipertensión arterial, así mismo nos permitirá valorar el bienestar de dichos adultos mayores, así se podrán elaborar políticas y acciones que permitan mejorar la atención integral a este grupo etarios vulnerable.

Los beneficiarios directos con los hallazgos del presente estudio, serán los adultos mayores, ya que, de establecerse nuevas formas de trabajo o estrategias orientadas a el cuidado de su salud, les permitirá tener una atención de mayor calidad y de carácter más integral, además de ver su bienestar no solo desde el punto de vista como ser humano individual, si no como parte de un entorno social y ambiental que puede influir en su calidad de vida.

Finalmente, los hallazgos de este estudio serán de suma importancia y aporte al desarrollo de la línea de investigación sobre la temática de calidad de vida, que es importante desarrollarla por ser un factor muy ligado a la salud pública de hoy.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD**

### **2.1.1 El Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz**

#### **A. Reseña histórica del hospital**

El hospital fue inaugurado el 17 de setiembre de 1971, en la actualidad cuenta con 47 años de funcionamiento en el Perú. Es de nivel II – 2 y brinda I Servicios de Salud Básica y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad con el enfoque preventivo curativo y recuperativo a la población de los distritos de Puente Piedra, Ancón y Carabaylo contribuyendo al empoderamiento de nuevos estilos de vida que conlleva a mejorar la salud de nuestra (17).

Inicio sus actividades con la atención ambulatoria en las cinco especialidades básicas, Medicina, Pediatría, Gineco - Obstetricia, Cirugía y Odonto-estomatología. Solo contaba para ello con 25 camas de internamiento, y brindaba atención de salud en ese entonces a una población estimada en 35,000 habitantes.

En la actualidad ha tenido varias ampliaciones en su infraestructura, que le permite poder atender a la población de su jurisdicción de una forma más adecuada.

#### **B. Ubicación del Hospital Nacional Carlos Lanfranco La Hoz**

El hospital se encuentra ubicado en el distrito de Puente Piedra, ubicado en el cono norte de Lima.

### **2.1.2. Servicios brindados por el hospital**

Esta institución hospitalaria, es uno de los hospitales referentes de nuestra ciudad capital, específicamente a Lima Norte, en él se desarrollan actividades como: consulta externa, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, atenciones de emergencia, unidades de cuidados intensivos, programas estratégicos, procedimientos médicos diversos, exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes entre otras (17).

## **2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 Antecedentes internacionales**

Darlene Mara dos Santos Tavares, Geovanna Oliveira Barreto, Flavia Aparecida Dias, Maycon Sousa Pegorari, Nayara Paula Fernandes Martin, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira, Minas Gerais, Brasil, en el año 2015, realizaron un estudio titulado “Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que vive en el área urbana y rural de minas Gerais, Brasil”, con el objetivo de Comparar las variables socioeconómicas, enfermedades y calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica residentes en el área urbana y rural de Minas Gerais, en Brasil. En cuanto al método es un estudio analítico y transversal. Participaron 2142 registros de pacientes, en cuanto a los instrumentos se utilizó el cuestionario World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) y World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). Llegaron a las siguientes conclusiones:

“Los adultos mayores del área urbana tuvieron promedios más bajos en los dominios físico ( $p<0,001$ ), psicológico ( $p<0,001$ ) y social ( $p<0,001$ ), y en los aspectos de autonomía ( $p<0,001$ ), actividades pasadas, presentes y futuras ( $p<0,001$ ), participación social ( $p<0,001$ ) e intimidad ( $p<0,001$ ). Es necesario que los profesionales de la salud promuevan el seguimiento de los adultos mayores, teniendo en cuenta las condiciones de la ubicación de la vivienda” (18).

Fabricio Gustavo Macas, Loja Ecuador, en el año 2013, realizaron un estudio titulado “La realización de ejercicios físicos y su impacto en la calidad de vida de los pacientes diabéticos e hipertensos del club “Juntos por la Vida” del Hospital Universitario de Motupe de la ciudad de Loja”, con el objetivo de desarrollar la capacidad aeróbica, a través de ejercicios específicos para mejorar la calidad de vida los pacientes diabéticos e hipertensos; así como, disminuir los altos índices azúcares en los pacientes diabéticos e hipertensos. En cuanto al método es un estudio Inductivo – deductivo, analítico – sintético, hipotético y el descriptivo. Participaron 40 personas, en cuanto a los instrumentos se utilizó el cuestionario el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ). Llegaron a las siguientes conclusiones:

“La falta de ejercicio físico si está incidiendo significativamente en la calidad de vida de los pacientes; así como, la calidad de vida de los pacientes Diabéticos e Hipertensos mejorará con un plan de ejercicios aeróbicos, entre las conclusiones tenemos la actividad física sí incide en la calidad de vida y se mejora con el plan de ejercicios; por ello se recomienda que se debe caminar 30 minutos

diarios, continuar con el plan de ejercicios diarios y realizar actividad física de leve a moderada” (19).

González-Celis Ana Luisa y Padilla Adriana, en Ciudad de México, en el año 2006, realizó un estudio titulado “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México”, con el objetivo de describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades. En cuanto al diseño es descriptivo y transversal. Participaron de manera voluntaria, consentida e informada 194 personas entre 60 y 88 años de edad, en cuanto al instrumento se utilizó Calidad de Vida. WHOQOL-BREF en su versión corta y adaptada por Sánchez Sosa y González- Celis. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“El puntaje más alto para relaciones sociales (CV = 73,989), mientras los puntajes más bajos son para salud física (CV = 70,306) y salud psicológica (CV = 70,518). De los 194 participantes, el 36,1% (n = 70) reportaron no tener alguna enfermedad, mientras el 63,9% sí padece alguna enfermedad (n = 124), este hecho produjo diferencias significativas en la puntuación de calidad de vida (t = -4,38, g.l. = 184, p<0,000), siendo más alta para aquellos ancianos no enfermos (CV = 76,60) con respecto a ancianos enfermos (CV = 68,94)” (20).

Camacho Cruz María Del Carmen y Fuentes Colindres Adriana Guadalupe, en Toluca, México, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónica degenerativa que asiste al grupo de ayuda mutua en dos centros de salud rurales de estado de México”, con el objetivo de Analizar la importancia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre la

calidad de vida en los adultos mayores con enfermedades crónico – degenerativas; de las comunidades de Santa María del Monte, Zinacantepec y Santa Juana, Almoloya de Juárez. En cuanto al diseño es prospectivo, descriptivo y observacional. Se realizó con una población total de 80 adultos mayores de 60 años de edad, en cuanto al instrumento se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF, versión abreviada del cuestionario WHOQOL-100. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“De los 80 pacientes que participaron en las 2 comunidades 40 que integran el Grupo de Ayuda Mutua y 40 de población abierta; 2 consideran tener una muy buena calidad de vida (2.5%), 39 respondieron que su calidad de vida es buena (48.7%), 33 que es regular (41.3%) y 6 afirman tener una mala calidad de vida (7.5%). De los adultos mayores del grupo 1, el 5% tuvo la percepción de una calidad de vida muy buena, el 70% como buena, el 25% como regular y ninguno refirió tener mala calidad de vida. En el grupo 2 ningún paciente refirió muy buena calidad de vida, el 27.5% la refirió como buena, el 57.5% como regular y 15% como mala“ (21).

Melchior Ana Carolina, Januário Correr Cassyano, Pontarolo Roberto, De Oliveira de Souza Santos Felipe, en Cuba, en el año 2010, realizó un estudio titulado “Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil”, con el objetivo de describir el perfil de calidad de vida de los pacientes hipertensos y evaluar la validez competitiva del instrumento Minichal-Brasil, comparándolo con el instrumento de evaluación genérica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) conocido como WHOQOL-BREF. En cuanto al estudio es transversal, no aleatorizado, realizado en el sistema público de salud en el Sur de Brasil. Se realizó con una población 191 pacientes adultos con

hipertensión arterial, en cuanto al instrumento se utilizó el cuestionario de WHOQOL-BREF. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“Los promedios para el instrumento WHOQOL-BREF se evaluaron por dominios. En el dominio “físico” se obtuvo un promedio de 61,5 (IC 95% de 59,0 a 64,1); en el dominio “psicológico”, de 65,7 (IC 95% de 63,2 a 68,2); en el dominio “social”, de 72,3 (IC 95% de 70,0 a 74,5); y en el dominio “medio ambiente” se obtuvo un promedio de 59,7 (IC 95% de 57,7 a 61,7)” (22).

### **2.2.2 Antecedentes nacionales**

Rodríguez Alayo Stephanie Silvinna, en Trujillo Perú, en el año 2012, realizó un estudio titulado “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar”, con el objetivo de determinar el Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Calidad de Vida en Adultos Mayores Hipertensos, que asisten al Puesto de Salud de Alto Moche, debidamente registrados. En cuanto al método es un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. Participaron 65 adulto mayores, en cuanto a los instrumentos se utilizó el cuestionario sobre el grado de apoyo familiar (APGAR FAMILIAR) en adultos mayores hipertensos, formulado por Gabriel Smilkstein y, cuestionario sobre nivel de calidad de vida en adultos mayores hipertensos. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“El 36,92% de adultos mayores hipertensos tuvieron un nivel de calidad de vida bueno; el 44,61% regular y el 18,47% presentó nivel de calidad de vida deficiente” (23).

Gonzales Solis Liliana, en Perú, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2017”, Con el objetivo de determinar Determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial. El estudio fue descriptivo. La población estuvo conformada por 50 adultos mayores con hipertensión arterial de la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari-Amarilis. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue WHOQOL BREF. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“En general, 90,0% (45 adultos mayores) presentaron calidad de vida media, asimismo, 74,0% (37 adultos mayores) tuvieron salud física media, 76,0% (38 adultos mayores) manifestaron salud psicológica media, 94,0% (47 adultos mayores) declararon relaciones sociales media y 84,0% (42 usuarios) están presentes la calidad de vida media en la dimensión ambiente. Mediante la prueba Chi cuadrada se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ( $p \leq 0,05$ )” (24).

Mendoza Gonzáles, Nancy Marlene; Roncal Cuadrado, Katherine, Lima-Perú, en el año 2016, realizaron un estudio titulado “Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao”, con el objetivo de determinar la Calidad de Vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao. En cuanto al método Es un estudio descriptivo de corte transversal. Participaron 120 adultos mayores, en cuanto al instrumento fue un cuestionario que mide la calidad de vida (WHOQOL BREF) y como técnica fue la encuesta. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“Llegamos a la conclusión que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su calidad de vida media seguida de calidad de vida baja, con respecto a sus dimensiones tenemos que en la dimensión salud física del adulto mayor predomina la calidad de vida baja, la dimensión psicológica y la de relaciones sociales fue alta y por último la dimensión ambiente del adulto mayor fue media” (25).

Ariza Salgado Deysi, Lima-Perú, en el año 2018, realizó un estudio titulado “Calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller”, con el objetivo de determinar la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. La población total estuvo conformada por 105 adultos mayores de ambos sexos inscritos en el programa de atención integral al adulto mayor del Centro de Salud Laura Caller. La población final del estudio estuvo conformada por 75 adultos mayores cuidadosamente seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el instrumento de recolección de datos Whoqool Bref de la Organización Mundial de la Salud que consta de 26 preguntas relacionados a la calidad de vida agrupadas en cuatro dimensiones: Física, Psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“La calidad de vida en adultos mayores, en su gran mayoría, reflejaron mayor afectación en la salud psicológica y física, por lo tanto, es una situación relevante para actividades conjuntas y organizadas de parte del equipo multidisciplinario del establecimiento de salud, familia y actores sociales dirigidas a mejorar y promover la salud y reducir los daños mediante acciones de prevención

y promoción, siendo la enfermera el pilar básico de dichas acciones” (26).

Pablo García Jessica Perla, en Perú, en el año 2016, realizó un estudio titulado “Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional Palmas Reales Los Olivos, Lima-2016”, Con el objetivo de determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos, Lima 2016. El estudio fue enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de 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. Llegaron a las siguientes conclusiones:

“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” (27).

## 2.3 MARCO TEÒRICO- CONCEPTUAL

### 2.3.1 El adulto Mayor

#### A. Definiciones

Se considera que son adultos mayores las personas de 60 a más años de edad. El límite de edad señalado se basa en un criterio fisiológico. Actualmente, esta edad de partida, está siendo revisada y evaluada debido al aumento de la expectativa de vida que se ha dado en las últimas décadas (28).

En algunos lugares, al adulto mayor también se le llama persona mayor, siendo personas que presentan una edad de 65 años o más, siendo esta una edad referencial y que en muchos de los casos es utilizada administrativamente por los servicios sociales o de jubilación (29).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe o CEPAL, señala que el individuo adulto mayor, es aquel que tiene 60 o más años, aunque esto pueda variar teniendo en cuenta la legislación propia de cada país, es por ello que en algunos casos vemos otras edades, pero que en su mayoría no superan los 65 años (30).

#### B. Categorías del adulto mayor según el Plan de Atención Integral de Salud (PAMs) diseñado por el Ministerio de Salud – MINSA

**Persona Adulta Mayor Activa Saludable:** Es aquella persona adulta mayor aparentemente sana, es decir, no cuenta con antecedentes patológicos o de riesgo alguno para su salud, así mismo al examen físico no se le detectan signos o síntomas que indiquen alguna alteración orgánica.

A este grupo de adultos mayores se les debe abordar con actividades de promoción de la salud, para así evitar la presencia de enfermedades (31).

**Persona Adulta Mayor Enferma:** Es aquella persona adulta mayor que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, con diferentes niveles de presentación y que por lo general no genera invalidez.

A este grupo de adultos mayores se les debe abordar con actividades enfocadas en el problema que causa su malestar, o es su recuperación y también con actividades de promoción de la salud. La gravedad de su dificultad en su salud, determinara en qué tipo de establecimiento de salud será atendido más adecuadamente (31).

**Persona Adulta Mayor Frágil:** Es aquella persona adulta mayor tiene 2 o más de las siguientes características:

- 80 años a más
- Dependencia parcial (Valoración Funcional con Índice de Katz)
- Dificultad cognitiva leve o moderada (Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer)
- Rasgos de depresión (Escala abreviada de Yesavage)
- Presencia de riesgo social (Escala de Valoración Socio – familiar)

- Frecuencia de caídas (Una caída en el último mes ó más de una durante el año)
- Presencia de 3 o más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que origina incapacidad funcional parcial
- Toma más de tres fármacos por enfermedades crónicas por más de seis semanas
- Episodio de hospitalización en el último año
- Índice de Masa Corporal menos de 23 o más de 28

A este grupo de adultos mayores frágiles se les debe priorizar el aspecto preventivo y la atención. La gravedad de su dificultad en su salud, determinara en qué tipo de establecimiento de salud será atendido más adecuadamente (31).

**Paciente Geriátrico Complejo:** Es aquella persona adulta mayor que tiene 3 o más de las siguientes características:

- 80 años a más
- Presencia de 3 o más enfermedades crónicas
- Dependencia total (Valoración Funcional con Índice de Katz)
- Deterioro cognitivo severo
- Presencia de riesgo social (Escala de valoración socio – familiar)
- Persona con enfermedad terminal (neoplasia, problema cardiaco, etc., u otra dolencia con pronóstico de vida menor a 6 meses).

A este grupo de adultos mayores se les debe priorizar el aspecto asistencial, enfocándose en lo terapéutico y rehabilitación. Por lo general este grupo de adultos mayores requiere de atención geriátrica especializada (31).

### **2.3.2 Envejecimiento**

El proceso de envejecimiento en el mundo es uno de los eventos más trascendentales no sólo desde el punto de vista demográfico sino económico y social (2).

El envejecimiento es un proceso fisiológico, universal, natural, continuo, irreversible, progresivo, dinámico, heterogéneo e inevitable, que se da en todo ser humano (28).

El envejecimiento llamado también senescencia, es un proceso que implica modificaciones principalmente fisiológicas que se van manifestando con el paso de los años, las cuales hacen más difícil la adaptación del ser humano al ambiente que lo circunda. Por tanto el proceso de envejecimiento hace de forma natural, que las personas se vuelvan más vulnerables a situaciones que antes podía afrontar ya que su sistema orgánico en general tenía una mayor capacidad de adaptación a situaciones adversas o de peligro (32) (33).

En la etapa de envejecimiento, el individuo experimenta cambios en fisiológico, psicológico y en lo social, esto impacta en el desarrollo de su vida y salud. Si a estos cambios naturales le sumamos el padecimiento de una enfermedad, la situación del adulto mayor se complica, por tanto deben redoblarse los esfuerzos encaminados a cuidar su salud, que le permita tener una vida lo más óptima posible (34).

### **2.3.3 Calidad de vida**

#### **A. Definición**

Según el ente mundial de la salud dice que la calidad de vida es la manera de como el individuo percibe su vida, incluyendo cultura, valores del cual rodea su entorno. Dentro de calidad de vida también tenemos en cuenta las actividades diarias, la salud, factores ambientales y creencias personales que el individuo mismo decide implementar y manejarlas en su vida. (9)

#### **B. Evaluación de la calidad de vida**

El instrumento WHOQOL-BREF, se encarga de proporcionar el perfil de la persona de acuerdo a su calidad de vida. Se puede utilizar en una población general como en pacientes. Este instrumento proporciona una manera rápida y eficaz de evaluar aquellos perfiles de las áreas que se miden. Se recomienda que este sea utilizado en clínica o epidemiología cuando la calidad de vida sea de interés, pero no es el objetivo principal del estudio que se desea realizar (36).

Podemos encontrar dos versiones WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas han sido validadas en español. La versión utilizada en este estudio es la WHOQOL-BREF (26 ítems) se divide en un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

Este instrumento en la década de los 90 fue validado. La Organización Mundial de la Salud fue quien diseñó este instrumento para poder evaluar la calidad de vida en personas

sanas y enfermas que a diferencia de otros, considera la percepción del sujeto en sus dimensiones psicológica, física, social y ambiental de manera integral (37).

La Organización Mundial de la Salud diseñó el World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF, siglas en inglés) como medida básica de calidad de vida; esta es la que más se asemeja a los criterios de Higginson y Carr, presenta excelente estructura conceptual y operativa, desarrollo psicométrico, confiabilidad, y adaptación cultural y de lenguaje.

El instrumento WHOQOL-BREF ha sido aplicado en casi todo el mundo en un gran grupo de personas sanas y/o enfermas, Sin embargo no hay una cuenta exacta de cuantas poblaciones exactamente habrían sido estudiadas, pero esta información sería necesaria para determinar el interés de otros investigadores ven aplicar este estudio (37).

### **C. Dimensiones de la Calidad de Vida WHOQOL BREF**

Según la propuesta del grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud, la variable calidad de vida está estructurada en 4 dimensiones o dominios:

#### **Salud física**

En esta dimensión o área se va a valorar aspectos relacionados a la capacidad funcional relacionado al estado de salud físico del evaluado. Esta salud física está relacionada a la capacidad para desarrollar sus actividades cotidianas y laborales (38).

Las personas que tienen hipertensión arterial no controlada y con presencia de complicaciones, va ver afectada este aspecto de su salud, lo cual lo limita en el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria.

### **Salud psicológica**

En esta dimensión o área se va a valorar el estado mental de la persona evaluada. Esta dimensión involucra aspectos como sentimientos positivos y negativos de la persona evaluada, así como aspectos de ansiedad, autoestima, depresión, etc. (39).

La hipertensión no controlada trae como consecuencia la presencia de complicaciones y otras enfermedades asociadas. La carga de una o varias enfermedades no controladas, afectan la salud sin lugar a dudas, alterando el bienestar general de la persona afectada.

### **Relaciones Sociales**

En esta dimensión o área se valora la forma como la persona evaluada se relaciona con su entorno personal, es decir familia, vecinos y otras personas con las cuales de vincula (39).

### **Ambiente**

En esta dimensión o área se valora el entorno en donde se va desarrollando la persona evaluada. Ambiente es el espacio físico y en donde hace su vida cotidiana o actividades más frecuentes (39). En el caso de las personas afectadas con hipertensión arterial, esta dimensión es importante evaluarla, ya que la evolución de la enfermedad puede alterar el equilibrio entre la persona y su medio donde se desenvuelve.

## **2.3.4 Hipertensión arterial**

### **A. Definición**

Llamada también presión elevada por algunos y presión alta por otros, es una afección en la que las arterias, que es uno de los vasos por donde pasa la sangre, tiene una presión constantemente elevada. Como se sabe, la sangre es transportada desde el corazón a cada una de las células del cuerpo mediante los vasos sanguíneos.

Cuando el corazón late, impulsa la sangre hacia los vasos sanguíneos. La presión sanguínea es la fuerza que tiene la sangre al ser empujada hacia las paredes de dichos vasos (arterias), cuando es bombeada por el corazón. Cuanto mayor es la presión, más duro tiene el corazón para bombear (40).

La presión arterial elevada afecta a 1,13 mil millones de personas a nivel mundial (41).

La Asociación Americana del Corazón en su 7mo. Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC7, por sus siglas en inglés), la Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología, definen la hipertensión como aquella presión que iguala o supera los valores de 140/90 mmHg en adultos de 18 años a mas (42).

### **B. Clasificación**

Según el 7mo. Reporte del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial, se clasifica en Normal los valores menores de 120/80 mmHg; Pre hipertensión, valores que oscilan entre 120-139/80-90 mmHg; Etapa 1-Hipertensión los valores oscilan entre 140-159/90-99

mmHg; Etapa 2 Hipertensión, valores mayores o iguales a 160/100 mmHg.

Esta clasificación se fundamenta en el promedio de dos o más mediciones correctas, con el paciente sentado y en cada una de dos o más visitas en consulta. Lo nuevo de esta clasificación es que se incorpora la categoría llamada pre-hipertensión, y las etapas 2 y 3 que se han fusionado. Los pacientes con pre-hipertensión están más propensos a desarrollar hipertensión. Así, las personas con una presión arterial que oscila entre 130-139/80-89 mmHg tienen el doble de riesgo de presentar hipertensión que los que tienen cifras menores (43).

### **C. Tratamiento**

El objetivo en el tratamiento es bajar los niveles de la presión arterial a valores menores de 140/90 mmHg y en personas con diabetes o enfermedad renal adyacente, a menos de 130/80 mmHg.

También es importante modificar los estilos de vida, esto quiere decir adoptar estilos de vida saludables para evitar el alza de la presión arterial y sin duda alguna en las personas que la padecen con mucha más razón. Entre los más importantes para bajar la presión tenemos:

- Mantener un peso ideal y en el caso de personas con sobrepeso y obesidad, disminuir su peso.
- Alimentarse con una dieta apropiada para detener la hipertensión (DASH), la cual debe ser rica en potasio y calcio, además de ser baja en sodio.
- Realizar actividad física.

- Consumo de alcohol en bajas concentraciones.

Los medicamentos antihipertensivos han demostrado reducir los efectos subsecuentes de esta enfermedad, entre estos medicamentos tenemos a los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs), los bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARAII), los betabloqueadores (BBs), los bloqueadores de los canales de calcio (BBC) y los diuréticos tipo tiazidas.

Muchos de los pacientes pueden requerir más de un fármaco antihipertensivos para llegar a los objetivos del tratamiento. Es importante considerar el uso de un segundo fármaco en situaciones en que la monoterapia en dosis correctas este fallando en el paciente (43).

## **2.4 HIPÓTESIS**

El presente estudio al ser de alcance descriptivo, no presenta hipótesis (44).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se trabajó desde el enfoque cuantitativo, siendo su diseño metodológico no experimental, descriptivo y transversal (44).

Es no experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio. Es descriptivo ya que se describe la variable principal de estudio tal como es, y es transversal ya que la medición de las variables involucradas se hizo una sola vez en el tiempo.

### **3.2 POBLACIÓN**

En el presente estudio se trabajó con la población total. La población estuvo constituida por todos los adultos mayores que acuden al consultorio externo de cardiología del Hospital, estos sumaron en total 205, de todos ellos 194, cumplieron estrictamente con los siguientes criterios señalados:

#### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- Adultos mayores que sean continuadores (acuden más de una vez a la consulta externa) y que acuden a los consultorios externos de cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.
- Adultos mayores que acepten participar voluntariamente en el estudio y acepten firmar el consentimiento informado.
- Adultos mayores que estén orientados en tiempo, espacio y persona.

#### **3.2.2 Criterios de exclusión**

- Adultos mayores no continuadores a los consultorios externos de cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.

- Adultos mayores que no acepten participar en el estudio o firmar el consentimiento informado.

### **3.3 VARIABLE**

El estudio presenta varias variables que fueron medidas, siendo la principal “Calidad de Vida”.

#### **3.3.1 Definición conceptual**

Es la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones (37).

#### **3.3.2 Definición operacional**

Es la manera en que los adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra, perciben el lugar que ocupan en el entorno cultural y en el sistema de valores en que viven, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales y los factores ambientales, el cual fue medido con el cuestionario WHOQOL BREF.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.4.1 Técnicas de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos que se utilizó en el presente estudio es la encuesta, la cual permitió medir una buena cantidad de datos en un corto tiempo (45). En el presente estudio se abordó a cada uno de los participantes de forma respetuosa y dándole todas las explicaciones en cuanto a que conozcan que se busca con su participación y respuestas que den.

#### **3.4.2 Instrumentos de recolección de datos**

El instrumento de recolección de datos que se utilizó para medir la variable principal del estudio es el WHOQOL BREF, siendo esta una de las herramientas más conocidas que permiten evaluar la calidad de vida. Fue diseñado por el Grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud, en esencia se busca con este instrumento de medición, valorar la calidad de vida de forma intercultural en los diferentes países.

La primera versión elaborada por este grupo de investigadores fue el instrumento WHOQOL-100, luego se evaluó su aplicación y de este proceso salió el instrumento más actual que es el WHOQOL-BREF, el cual arroja en su aplicación el perfil de calidad de vida en cuatro áreas o dominios.

Este instrumento llamado Escala de Calidad de Vida WHOQOL - BREF, está conformado por 26 preguntas o ítems, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: 1 ítem que evalúa la calidad de vida general de las personas evaluadas, 1 ítem que evalúa la satisfacción con la salud de las mismas y 24 ítems restantes que evalúan 4 dominios o dimensiones de la calidad de vida, estos se distribuyen o agrupan como sigue; 7 para el dominio salud física, 6 para el dominio salud psicológica, 3 para el dominio relaciones sociales y 8 para el dominio ambiente. Estos ítems se

complementan con otros ítems más específicos que ven los aspectos sociodemográficos de los participantes y otros datos más requeridos (46)(47).

El WHOQOL BREF es un instrumento de recolección de datos de fácil uso y aplicación, así mismo su proceso de valoración cuantitativa es también accesible. Para calcular la puntuación de la calidad de vida, se debe seguir los siguientes pasos:

- Verificar que los 26 ítems del instrumento tengan ingresados los puntajes de 1 a 5 de forma correcta.
- Revertir tres preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26.

Por ejemplo, si en la pregunta 3 resulta como puntaje 4, entonces el resultado se hallará:  $6-4$  es igual a 2.

- Calculando puntajes por dominio: la sumatoria total de la puntuación obtenida por cada dominio se saca la media y se multiplica por 4.
- DOMINIO 1: Suma  $(P3+P4+P10+P15+P16+P17+P18) \times 4$ .
- DOMINIO 2: Suma  $(P5+P6+P7+P11+P19+P26) \times 4$ .
- DOMINIO 3: Suma  $(P20+P21+P22) \times 4$ .
- DOMINIO 4: Suma  $(P8+P9+P12+P13+P14+P23+P24+P25) \times 4$ .
- Luego se llevara a la tabla los puntajes brutos para obtener los puntajes transformados.
- El resultado obtenido permite determinar los valores finales de la calidad de vida, que son calidad de vida baja, media o alta (48).

En cuanto a la validez y confiabilidad del instrumento WHOQOL BREF, este ya fue adaptado utilizado en nuestro país. En cuanto a la validez, este fue validado mediante juicio de expertos por Mendoza Gonzales Nancy y Roncal Cuadrado Katherine, en un estudio que desarrollaron en el Callao, en el año 2017 (Contaron

con la participación de 6 jueces conocedores del tema de calidad de vida). El resultado de la valoración de los 6 jueces arrojó un valor de 84% (Ver anexo F). En cuanto a la confiabilidad del mismo, Mendoza Gonzales Nancy y Roncal Cuadrado Katherine obtuvieron un valor de alfa de Cronbach de 0.816 (49).

### **3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos**

Para el proceso de recolección de datos se tomaron las previsiones del caso correspondientes, para que este se desarrolle de forma planificada y ordenada según el cronograma de actividades establecido. En este sentido se hicieron coordinaciones previas para garantizar los procedimientos administrativos que permitan obtener el respaldo de la Universidad de Ciencias y Humanidades a través de un documento de presentación y la aceptación de la Institución Hospitalaria para el desarrollo del trabajo de campo.

#### **3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos**

Al tener garantizado todos los aspectos administrativos, se realizó una programación semanal específica para la realización del trabajo de campo. Para esto se pudo coordinar con personal de la institución, que pudo facilitarnos información pertinente para poder desarrollar un cronograma de trabajo con los usuarios adultos mayores de los consultorios externos de cardiología.

#### **3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento**

La recolección de datos propiamente dicha, se realizó durante los meses de mayo y junio del presente año, cada adulto mayor

participante tomó un tiempo aproximado de 15 a 25 minutos como promedio, para registrar los datos completos requeridos.

En dicho proceso de recolección de datos, se fue verificando que el llenado de los datos fuese adecuado, además de ello se fue verificando que la codificación asignada a cada instrumento sea la correcta. Cada participante se involucró dentro del estudio previa información clara vertida por parte del equipo que realizó el trabajo de campo.

### **3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Luego de concluida la actividad de recolección de datos, se ingresó estos a una matriz de datos elaborada en base a las dimensiones e ítems, en la hoja de cálculo Microsoft Excel, los datos ingresados en ella, fueron exportados al programa IBM SPSS Statistics Base 23.0, en el cual fueron analizados. Al ser una investigación de diseño metodológico descriptivo, se utilizó para el correspondiente análisis, la estadística descriptiva (Frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, etc.). Las tablas y gráficos obtenidos luego del análisis de datos, fueron descritos detalladamente, para luego en la sección discusión hacer la contratación de nuestros hallazgos frente a los resultados de los estudios antecedentes.

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

A inicios de la década de los 70, surge en los Estados Unidos una preocupación por la forma como se estaban llevando a cabo las investigaciones clínicas, en muchos casos se había reportado que los seres humanos participantes desconocían que formaban parte de un

estudio, es decir estaban involucrados en una investigación, pero no sabían de ello por no haber sido informados o consultados previamente. En esa misma década se crea por iniciativa del Congreso Norteamericano una comisión denominada National Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral research, la cual después de 4 años de trabajo emite el reporte Belmont, en el cual se formulan 4 principios bioéticos básicos (50)(51), estos deben tomarse en cuenta en el desarrollo de trabajos experimentales en donde participan seres humanos. Los principios bioéticos se describen a continuación:

### **3.7.1 Principio de autonomía**

Este principio bioético fue aplicado en todo el desarrollo del estudio, en especial en el trabajo de campo. Se respetó las decisiones autónomas del adulto mayor hipertenso, en cuanto su estancia en el estudio, también al querer mantenerse o retirarse en algún momento del proceso del estudio. Este principio está muy vinculado al consentimiento informado del participante, este debe de ser libre y voluntario previa información dada de forma clara y correcta. La aceptación del consentimiento informado, permite formalizar la participación del adulto mayor identificado según los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.7.2 Principio de beneficencia**

Este principio bioético hace referencia a que se debe explicar a cada participante, en este caso al adulto mayor hipertenso, sobre los beneficios que traerá los hallazgos del presente estudio.

### **3.7.3 Principio de no maleficencia**

En cuanto a este principio, se le explicó a cada uno de los adultos mayores hipertensos participantes sobre la inocuidad del estudio en relación a su salud o integridad física en general.

### **3.7.4 Principio de justicia**

En cuanto a este principio, en el presente estudio, los adultos mayores hipertensos, fueron tratados todos por igual. Se descarta actitudes de discriminación o preferencias por uno u otro participante.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## 4.1 RESULTADOS

**Tabla 1.** Datos Generales de los adultos mayores hipertensos

<b>Edad del encuestado</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
n = 194	60	80	68,63	5,708

<b>Sexo del encuestado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	99	51,0
Masculino	95	49,0

<b>Grado de instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin instrucción	31	16,0
Primaria	71	36,6
Secundaria	79	40,7
Superior	13	6,7

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera/o	7	3,6
Separado/a	22	11,3
Casado/a	75	38,7
Divorciado/a	16	8,2
Conviviente	69	35,6
Viudo/a	5	2,6

<b>Grado de dependencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nada	31	16,0
Un poco	71	36,6
Moderado	66	34,0
Bastante	23	11,9
Totalmente	3	1,5

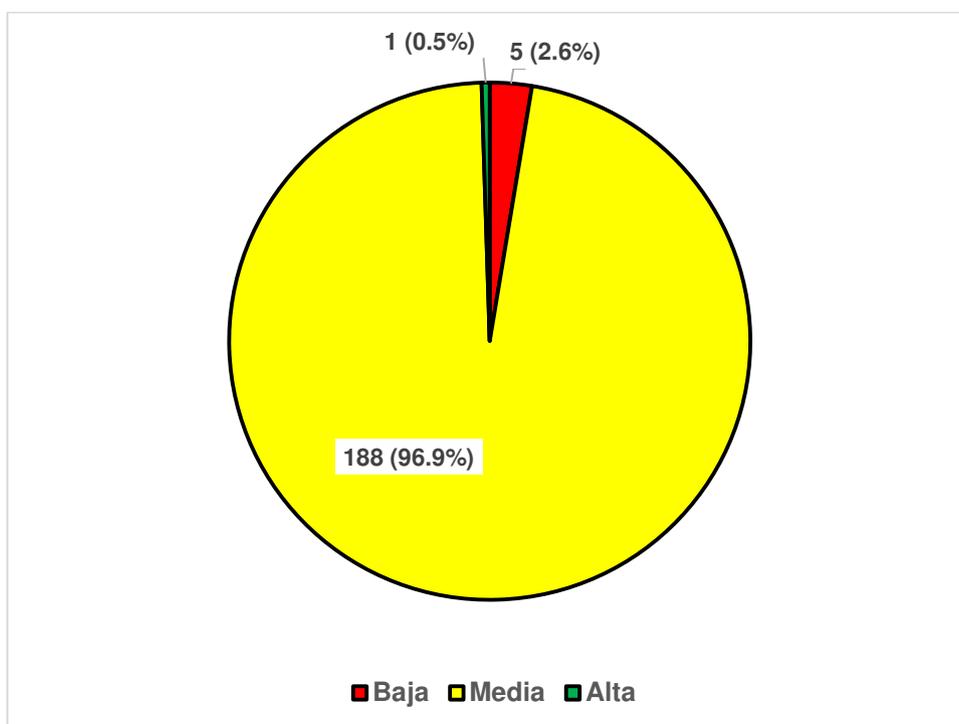
<b>Recibe pensión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	81	41,8
No	113	58,2

*Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EP ENFERMERÍA UCH*

En la tabla 1 tenemos los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, en total fueron 194 jefes de familia. En cuanto al grado de instrucción, 31 que representan el 16,0% del total corresponde a sin instrucción, 71 que representan 36,6% del total corresponde al nivel primaria, 79 que representan el 40,7% del total corresponde a nivel

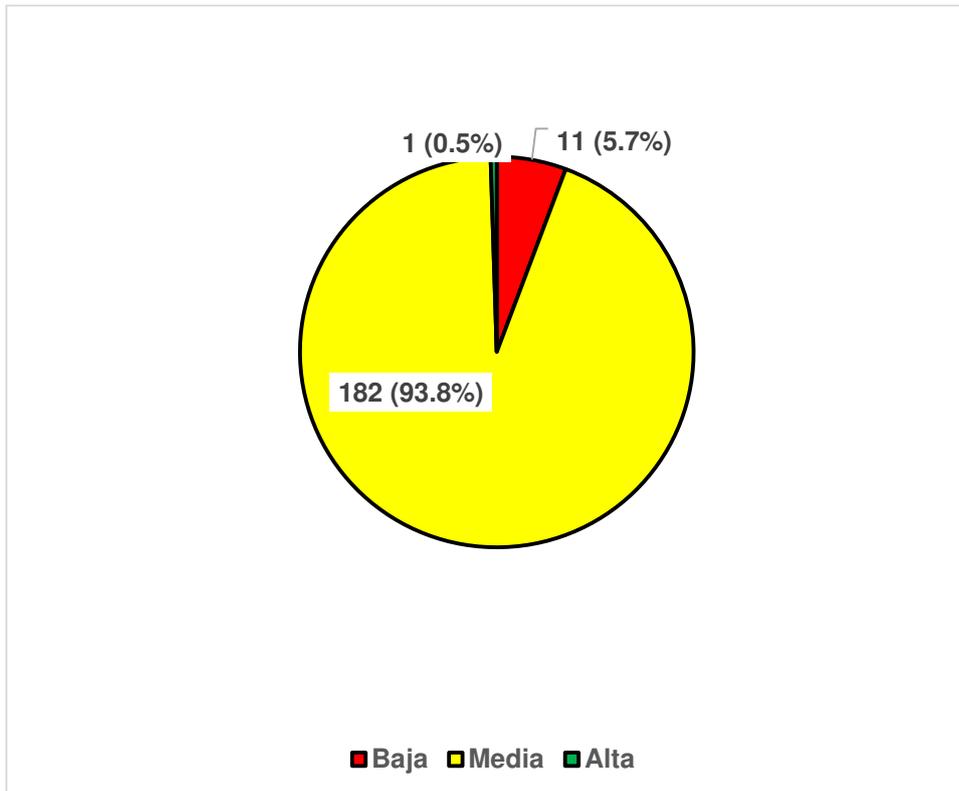
secundaria y 13 que representan 6,7% del total corresponde a nivel superior. En cuanto al estado civil, 7 que representan el 3,6% del total corresponde a estado civil soltero, 22 participantes que representan el 11,3% del total corresponde al estado civil separado, 75 participantes que representan el 38,7% corresponde al estado civil casado, 16 participantes que representan el 8,2% del total corresponde al estado civil divorciado, 69 participantes que representan el 35,6% corresponde al estado civil conviviente y 5 participantes que representan el 2,6% corresponden al estado civil viudo. En cuanto al grado de dependencia 31 participantes que representan el 16,0% corresponde a nada de dependencia, 71 participantes que representan el 36,6% corresponde a un poco de dependencia, 66 participantes que representan el 34,0% corresponde a un nivel moderado, 23 participantes que representan 11,9% corresponde a un nivel bastante y 3 participantes que representan el 1,5% corresponde a un nivel total de dependencia. En cuanto a si recibe pensión, 81 participantes que representan el 41,8% si recibe pensión y 113 participantes que representan el 58,2% no recibe pensión.

**Gráfico 1. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018.**



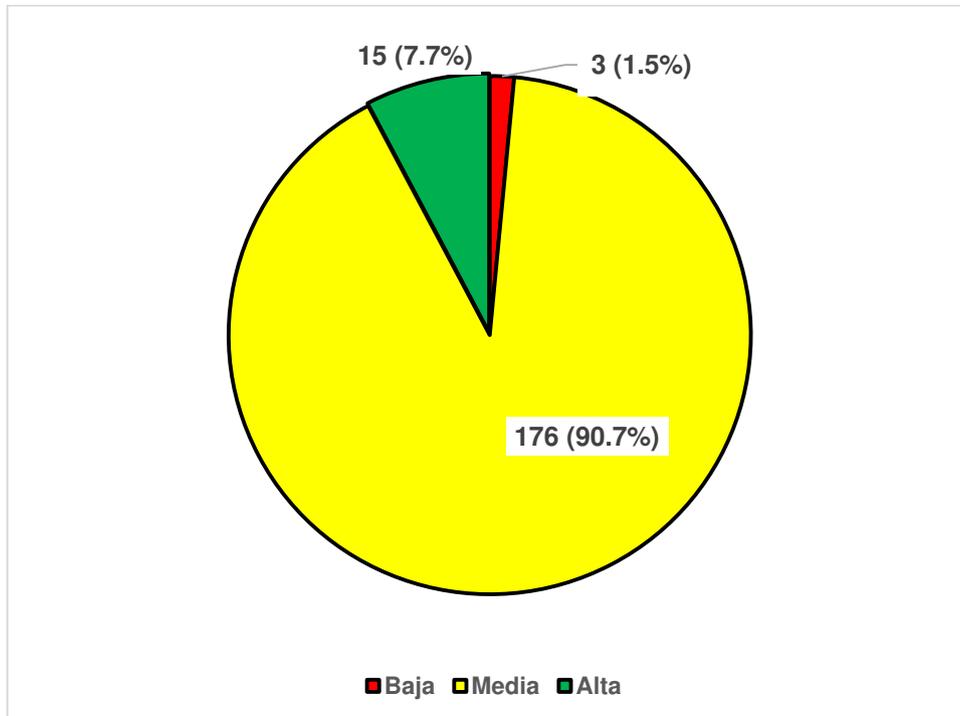
En el gráfico podemos observar, con respecto a la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología, que 188 participantes que representan el 96.9% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 5 participantes que representan el 2.6% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida baja y 1 participante que representan el 0.5% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida alta.

**Gráfico 2. Calidad de vida en su dimensión salud física, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018**



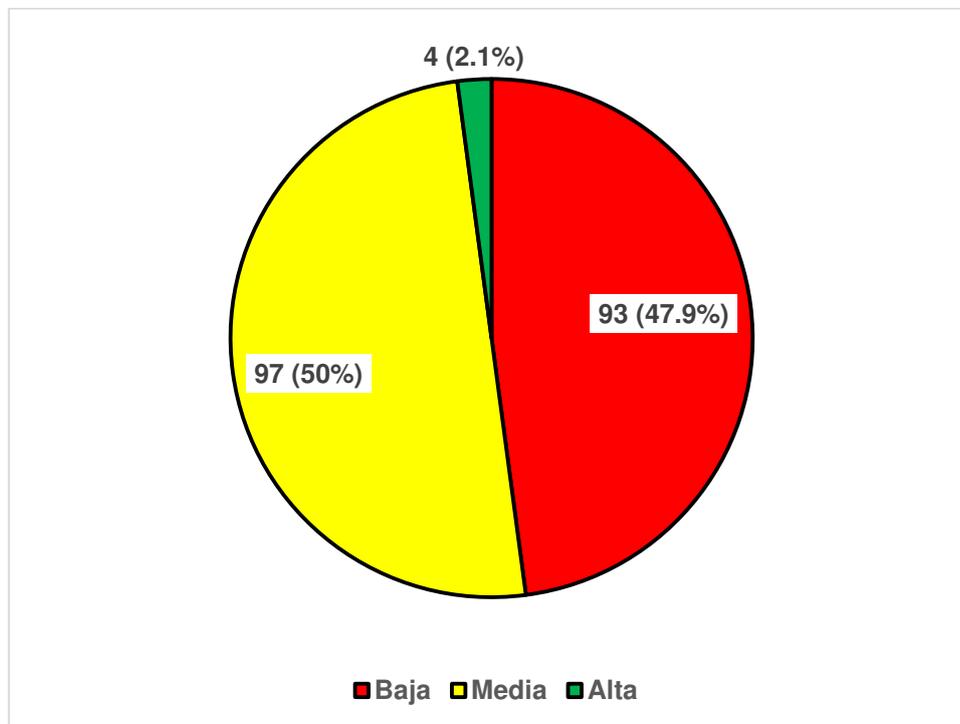
En el gráfico podemos observar, con respecto a la calidad de vida en su dimensión salud física en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología, que 182 participantes que representan el 93.8% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 11 participantes que representan el 5.7% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida baja y 1 participante que representan el 0.5% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida alta.

**Gráfico 3. Calidad de vida en su dimensión salud psicológica, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018**



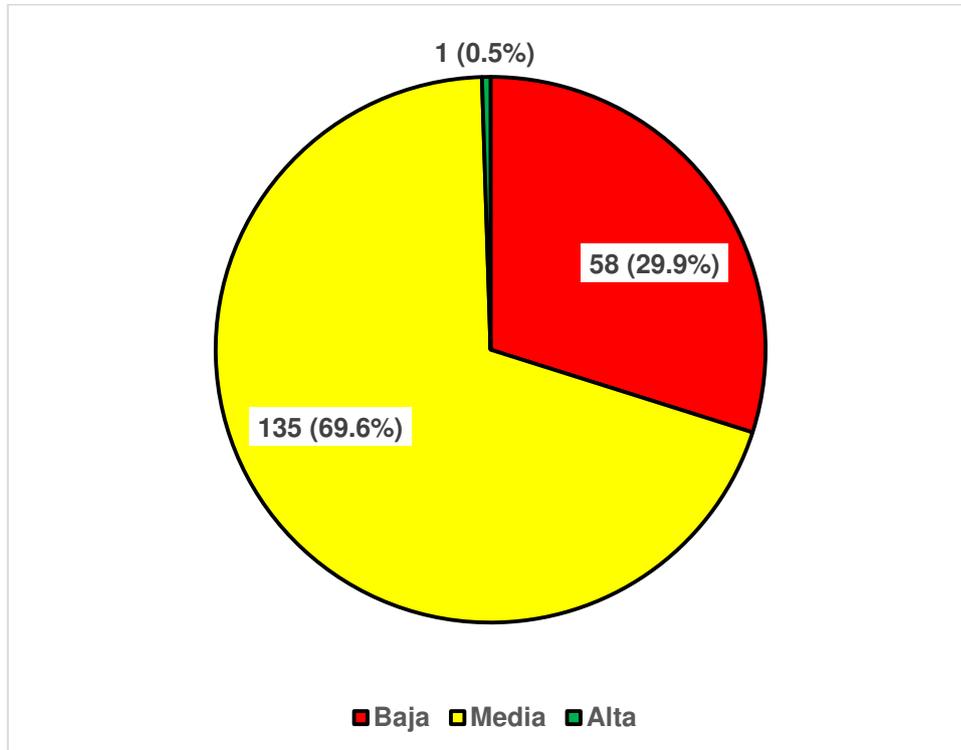
En el gráfico podemos observar, con respecto a la calidad de vida en su dimensión psicología en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología, que 176 participantes que representan el 90.7% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 15 participantes que representan el 7.7% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida alta y 3 participantes que representan el 1.5% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida baja.

**Gráfico 4. Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018**



En el gráfico podemos observar, con respecto a la calidad de vida en su dimensión relación social en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología, que 97 participantes que representan el 50% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 93 participantes que representan el 47.9% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida baja y 4 participantes que representan el 2.1% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida alta.

**Gráfico 5. Calidad de vida en su dimensión ambiente, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018**



En el gráfico podemos observar, con respecto a la calidad de vida en su dimensión ambiente en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología, que 135 participantes que representan el 69.6% obtuvieron un nivel de calidad de vida media; 58 participantes que representan el 29.9% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida baja y 1 participante que representa el 0.5% del total, obtuvieron un nivel de calidad de vida alta.

## 4.2 DISCUSIÓN

En esta sección se contrastan los hallazgos del presente estudio con los hallazgos de los estudios antecedentes.

De todos los estudios antecedentes planteados en esta investigación tenemos que 5 son internacionales y 4 nacionales, todos tratan de la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y casi todos utilizan el cuestionario de calidad de vida WHOQOL BREF, el cual está demostrado su eficiencia en comparación a otros instrumentos, como lo señala Melchior Ana Carolina y colaboradores en su estudio Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil (22).

La Calidad de Vida es una variable que nos muestra en varias dimensiones el impacto de una enfermedad en la vida de la persona. La hipertensión arterial es una enfermedad que puede ser controlada mediante chequeo médico regular y tomando un estilo de vida sano, de no ser así aparecerán las complicaciones que dependiendo del avance del daño sistémico que ocasiona esta enfermedad, va alterar la calidad de vida del individuo.

Con respecto a la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta.

Uno de los estudios con los cuales coincidimos en los hallazgos, es el de Gonzales Solis Liliana, de Perú, a quien su calidad de vida predominante en todas sus dimensiones fue la media. En su estudio recomienda desarrollar actividades de promoción de la salud con intervención del profesional y familia (24).

La calidad de vida media que se presenta en un alto porcentaje (96.9%), en ese sentido coincidimos con los hallazgos de Mendoza Gonzáles Nancy Marlene y Roncal Cuadrado Katherine, quienes señalan que estos resultados deben ser interpretada de dos maneras, la primera es que se debe hacer un buen diagnóstico de la misma para poder programar intervenciones significativas que permitan llevar esos valores a calidad de vida alta, de no ser así, se corre el riesgo que aquello se convierta en calidad de vida baja, teniendo en cuenta que calidad de vida es un concepto dinámico, así como la hipertensión arterial, que puede variar según la conducta que adopte el paciente en un determinado momento o circunstancia (25). Para contrarrestar estos valores es importante que el personal sanitario una esfuerzos a través de programas sostenidos de intervención. En tal sentido coincidimos con Ariza Salgado Deysi, quien señala que se deben establecer actividades conjuntas y organizadas de parte del equipo multidisciplinario de salud, involucrando a la familia y actores sociales interesados para promover la salud y reducir los daños mediante acciones de prevención y promoción, siendo el personal de enfermería el pilar básico de dichas acciones (26).

Con respecto a la calidad de vida en su dimensión salud física, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta.

Esto generalmente está asociado a la presencia de más enfermedades asociadas a parte de la hipertensión arterial. Esto causa desgaste y se manifiesta en complicaciones que pueden afectar la capacidad funcional del adulto mayor, es decir puede limitar el hecho de poder realizar sus actividades básicas de la vida diaria. En cuanto a aquello, coincidimos con lo planteado por Darlene Mara dos Santos Tavares y colaboradores, quienes señalan en sus hallazgos el dominio físico entre los adultos mayores obtiene menores puntuaciones relacionadas al aspecto físico debido al posible impacto de las enfermedades sumadas

a la hipertensión arterial (18). Así mismo González-Celis Ana Luisa y Padilla Adriana, señalan que los adultos mayores con más de un problema de salud experimentan una tensión que afecta su estado de salud general así como su capacidad funcional (20). Por otro lado coincidimos con Fabricio Gustavo Macas de Ecuador quien señala que la actividad física y el aspecto locomotor, está muy relacionado a una buena calidad de vida, por ello es importante conservar este aspecto en el adulto mayor (19). Todo lo anteriormente señalado, encaja dentro de un programa de intervención integral, el cual debe ser significativo para la salud y bienestar del adulto mayor hipertenso.

Con respecto a la calidad de vida en su dimensión salud psicológica, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida alta y baja. A nuestro parecer el hecho de tener el apoyo familiar en la mayoría de los casos, determina que los resultados se presenten así. Coincidimos con Camacho Cruz María Del Carmen y Fuentes Colindres Adriana Guadalupe de México, quienes en sus hallazgos señalan que las redes de apoyo social mejoran la vida del paciente, su salud psicológica se ve mejorada cuando el paciente está rodeado de más personas que le muestren su afecto. Los lazos afectivos mejoran la salud emocional (21). Rodríguez Alayo Stephanie Silvinna encontró en su estudio que una adecuada dinámica familiar que va a conformar la primera red social de apoyo, está relacionada con una buena calidad de vida (23).

Con respecto a la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta. Es la dimensión que presentó mayor valor de calidad de vida baja. Si bien es cierto el apoyo familiar es importante, pero también lo es las relaciones con otros actores. Desligar de aquello al adulto mayor, puede afectar

su estado emocional y ánimo. Con respecto a esto Rodríguez Alayo Stephanie Silvinna señala la importancia del apoyo familiar, el cual debe garantizar mantener la red social del adulto mayor, es decir no debe de desvincularlo de su círculo social que conformo (23). Pablo García Jessica Perla, encontró en sus hallazgos que la calidad de vida del adulto mayor en general era baja o mala en un 46%, esto es debido a que las personas adultas se encuentran formando parte de una casa de reposo, que si bien es cierto cumple un papel importante en el cuidado de estos pacientes, pero aleja al adulto mayor de su entorno más cercano, lo cual no le permite estar en un contacto dinámico con su red de apoyo social (27).

Con respecto a la calidad de vida en su dimensión ambiente, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta. Es importante en esta dimensión la participación conjunta del personal de salud con la familia y el entorno cercano del paciente, entre todos se deben dar aportes para generar un espacio idóneo para que la persona afectada con esta enfermedad, la afronte de la mejor manera, garantizando así resultados óptimos en su proceso de tratamiento. Rosas Carola en su estudio “Percepción de la calidad de vida y promoción de la salud en adultos mayores” encontró que las actividades de promoción de la salud contribuyen a la mejora de la calidad de vida en todas las dimensiones mencionadas, con mayor énfasis en la dimensión ambiental (52).

Como cuestión final estamos convencidos del rol trascendente que juega el profesional de la salud en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Así mismo coincidimos con Darlene Mara dos Santos Tavares y colaboradores, quienes señalan que es necesario que los

profesionales de la salud tengan participación activa en las actividades de promoción de la salud, así mismo el trabajo extramural para el seguimiento y apoyo a estos pacientes es fundamental (18). El abordaje de estos pacientes debe ser multidisciplinario e intersectorial, solo así podremos hacerle frente a esta enfermedad que con los cuidados y monitoreo pertinentes puede ser controlada (53).

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES**

## 5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio son:

- Con respecto a la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta.
  
- Con respecto a la calidad de vida en su dimensión salud física, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta.
  
- Con respecto a la calidad de vida en su dimensión salud psicológica, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida alta y baja.
  
- Con respecto a la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta. Es la dimensión que presentó mayor valor de calidad de vida baja.
  
- Con respecto a la calidad de vida en su dimensión ambiente, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- En relación a la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta. Se recomienda al servicio de cardiología refuerce los aspectos de promoción de la salud y el monitoreo de los adultos mayores hipertensos, haciéndoles recomendaciones a ellos, a sus familiares y a los cuidadores en caso los haiga, para mejorar las condiciones de bienestar de dichos pacientes, entre todos estos actores deben hacer un esfuerzo que den resultados significativos en cuanto a mejorar las condiciones de vida y la salud de estas personas.
- En relación a la calidad de vida en su dimensión salud física, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta. Se recomienda en este punto centrarse en aquellos adultos mayores que tienen calidad de vida baja que son un 5.7%, en ellos se debe de ver si existen complicaciones que afecten su desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, se debe además de ello valorar que dificultad es la que le impediría o dificultaría desarrollarse autónomamente. Se debe de involucrar en este aspecto al paciente y a las personas más cercanas que colaboran en cuidar con su salud.
- En relación a la calidad de vida en su dimensión salud psicológica, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida alta y baja. Se recomienda en este punto que en las actividades de

promoción de la salud se pueda involucrar a personal de psicología, que contribuya a reforzar el aspecto anímico de estos pacientes que deben poner mucho de su parte para superar las complicaciones que acompañan a esta enfermedad.

- En relación a la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta. Se recomienda en este punto reforzar el soporte social en torno al paciente. Se debe conversar con las personas más cercanas a él y sugerirles que apoyen en dinamizar sus vínculos sociales, esto ayudará mucho en darle más confianza y ánimo para superar alguna dificultad que encuentre en el proceso de tratamiento de esta enfermedad-
- En relación a la calidad de vida en su dimensión ambiente, en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, predominó la calidad de vida media, seguida de la calidad de vida baja y alta. Se recomienda en este punto desarrollar actividades educativas orientadas a sugerir a que las personas más cercanas al paciente como familiares y cuidadores aporten en generar las mejores condiciones que permitan al adulto mayor poder recuperarse y seguir un tratamiento óptimo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Morente MA, Sánchez-Ocón MT, Martínez-García E, Jimenez F, Hueso-Montoro C. Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud. Revista de Paz y Conflictos [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de febrero de 2018]; 10(2): 207-232. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/viewFile/6587/5984>
2. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Recursos humanos y el adulto mayor [sede Web]. Washington - USA: OPS/OMS; 2005 [actualizado en agosto de 2005; acceso en junio de 2018] [Internet]. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=613:recursos-humanos-adulto-mayor&Itemid=719](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=613:recursos-humanos-adulto-mayor&Itemid=719)
3. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre el envejecimiento y la salud [sede Web]\*. Ginebra - Suiza: OMS; 2015 [actualizado en 2017; acceso en julio de 2018]. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 22 De Abril 2016. Ginebra - Suiza; 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_17-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores Datos y cifras [sede Web]. Ginebra - Suiza: OMS; 2017 [actualizado en diciembre de 2017; acceso 20 de mayo de 2018]. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
6. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Personas Adultos Mayores PLANPAM - 2013-2017 [Internet]. Lima - Perú; 2013. Disponible en: [https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf)
7. Ministerio de Salud. Todos envejecemos: Adultos mayores activos y saludables [sede Web]. Lima - Perú: MINSA; 2014 [actualizado en 2014; acceso 20 de mayo de 2018]. [Internet]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adulto/\\_cont.asp?pg=1](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adulto/_cont.asp?pg=1)
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor [Internet]. Vol. N° 1, INEI. Lima - Perú; 2017. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe->

tecnico-n01\_adulto-oct-nov-dic2017.pdf

9. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2013 [actualizado en enero de 2017; acceso 20 de mayo de 2018] [Internet]. Disponible en:  
[http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/)
10. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. Datos y cifras [sede Web]. Ginebra - Suiza: OMS; 2017 [actualizado en mayo de 2017; acceso 20 de junio de 2018] [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/)
11. Instituto Nacional de Salud. Nota de prensa: El 17,6% de la población de 15 y más años de edad tienen hipertensión arterial [Internet]. Lima - Perú; 2017. Disponible en: <https://www1.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-176-de-la-poblacion-de-15-y-mas-anos-de-edad-tienen-hipertension-arterial-9771/>
12. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet] 2002 [acceso 12 de mayo de 2018]; 28(2): 157-175. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006)
13. Organización Mundial de la Salud. La gente y la salud ¿Qué calidad de vida?. Foro Mundial de la Salud [revista en Internet] 1996 [acceso 20 de abril de 2018]; 17(4): 385-387. [Internet]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Flores M, Troyo R, Cruz M, Muñoz A. Evaluación Calidad de Vida mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. Revista Argentina de Clínica Psicológica [revista en Internet] 2013 [acceso 12 de mayo de 2018]; 22(2): 179-192. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281931436010.pdf>
15. Valdez-Huirache M, Álvarez-Bocanegra C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Horizonte sanitario [revista en Internet] 2018 [acceso 12 de junio de 2018]; 17(2): 113-121. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>
16. Arce Llore F, Martínez León R, Gonzales J, Ruiz Bustan E. Calidad de vida y funcionalidad familiar en tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Portales Medicos [revista en Internet] 2016 [acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-vida-tuberculosis-pulmonar-extrapulmonar/>

17. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Reseña histórica, Información Especialidades y Servicios [sede Web]. Perú: Hospital Lanfranco la Hoz; 2017 [marzo 2017; mayo 2018]. Disponible en: <http://www.hcllh.gob.pe/resena-historica/>
18. Mara D, Oliveira G, Aparecida F, Sousa M, Fernandes N, Dos Santos P. Diferencias en los indicadores de calidad de vida del adulto mayor con hipl. Revisertensión arterial que vive en el área urbana y rural. Rev Peru Med Exp Salud Publica [revista en Internet] 2015 [acceso 20 de mayo de 2018]; 32(1): 58-65. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100009&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100009&script=sci_arttext&tIng=pt)
19. Macas F. La realización de ejercicios físicos y su impacto en la calidad de vida de los pacientes diabeticos e hipertensos del club "Juntos por la vida" del hospital universitario de Motupe, Loja" [tesis de Licenciatura]. Loja-Ecuador: UNL; 2016 [Internet]. Universidad Nacional de Loja; Disponible en: [http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14834/1/Fabricio Gustavo Macas.pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14834/1/Fabricio%20Gustavo%20Macas.pdf)
20. González-Celis A, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) [revista en Internet] 2006 [acceso 20 de julio de 2018]; 5(3): 501-509. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a06.pdf>
21. Camacho M, Fuentes A. Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa que asiste al grupo de ayuda mutua en dos centros de salud rurales de estado de México [tesis doctoral]. Toluca, México: Universidad autónoma del estado de México; 2014. [Internet]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14448/420578.pdf?sequence=1>
22. Melchiors A, Correr C, Pontarolo R, De Oliveira F. Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos y Validez Competitiva del Minichal-Brasil. Arq Bras Cardiol [revista en Internet] 2010 [acceso 20 de mayo de 2018]; 94(3): 343-349. Disponible en: <http://www.arquivosonline.com.br/espanol/2010/9403/pdf/e9403013.pdf>
23. Rodriguez S. Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar [tesis licenciatura]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenos Orrego; 2014. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/264>
24. Gonzales L. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisible del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2017 [tesis licenciatura]. Perú: Universidad de Huanuco; 2017. [Internet]. Disponible en:

<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/583>

25. Mendoza N, Roncal K. Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uch.edu.pe/handle/uch/195>
26. Ariza D. Calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018. Disponible en: [http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/193/Ariza\\_DM\\_tesis\\_enfermería\\_uch\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/193/Ariza_DM_tesis_enfermería_uch_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Pablo J. Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional Palmas Reales Los Olivos, Lima-2016 [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres; 2016. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo\\_j.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf)
28. Rodríguez R, Gutiérrez L. Longevidad y sus implicaciones. Colección medicina de la excelencia. México, D. F.: Editorial Alfil; 2013. 393 p.
29. Mauk K. Enfermería geriátrica. Competencias asistenciales. Madrid - España: Mc Graw-Hill; 2008. 690 p.
30. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe [Internet]. Vol. 13. Santiago de Chile - Chile: CEPAL; 2016. p. 12. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39876/1/S1600143\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39876/1/S1600143_es.pdf)
31. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud para la atención integral de la Salud de las personas adultas mayores [Internet]. Lima - Perú: MINSA; 2006. p. 40. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas\\_Técnicas\\_segunda parte.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas_Técnicas_segunda parte.pdf)
32. Peña J, Macías N, Morales F. Manual de práctica básica del adulto mayor. 2ª ed. México D. F.: Manual Moderno; 2011. 81 p.
33. Abellán G. Tratado de Geriátrica para residentes. Madrid - España: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG); 2006. 782 p.
34. Alvarado-García A, Lamprea-Reyes L, Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2017 [acceso 12 de junio de 2018]; 14(3): 199-206. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00199.pdf>
35. Cardona J., Higuera L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por

- la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet] 2018 [acceso 20 de mayo de 2018]; 40(2): 175-189. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003)
36. Espinoza I, Osorio P, Torrejon M, Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile [revista en Internet] 2011 [acceso 20 de mayo de 2018]; 2011(139): 579-586. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121914/Validacion\\_del\\_cuestionario\\_de\\_calidad\\_de\\_vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121914/Validacion_del_cuestionario_de_calidad_de_vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  37. Cardona Arias J, Higuera Gutierrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Revista Cubana de Salud Pública [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de mayo de 2018]; 40(2): 175-189. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
  38. Martínez V, Lozano A. Calidad de vida en ancianos. Madrid- España: Ciencia y Técnica; 1998.
  39. Galvez S, Henriquez M. Calidad de vida del adulto mayor de la Unidad Médica de Ilopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de septiembre 2013 a marzo 2014 [tesis de maestría]. Salvador: Universidad de El Salvador; 2013.
  40. World Health Organization. Hypertension [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017 [enero 2018; junio 2018]. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>
  41. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Blood Pressure [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2015 [enero 2017; marzo 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/en/)
  42. Leadin Media Grup. Clasificación de la hipertensión arterial según la OMS [sede Web]. Perú: Leading Media Group; 2017 [marzo 2018; junio 2018]. [Internet]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/33210-clasificacion-de-la-hipertension-arterial-segun-la-oms>
  43. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial [Internet]. Washington D.C.: Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América; 2006. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7\\_interactivo.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf)
  44. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. 632 p.

45. Casas J, Labrador R, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención Primaria [revista en Internet] 2003 [acceso 12 de mayo de 2018]; 31(8): 527-538. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0212656703707288/1-s2.0-S0212656703707288-main.pdf?\\_tid=aabec56e-d85a-44a2-ad95-0284a73eb906&acdnat=1531250315\\_484aa3aed494923ea02bdf8a663ea69a](https://ac.els-cdn.com/S0212656703707288/1-s2.0-S0212656703707288-main.pdf?_tid=aabec56e-d85a-44a2-ad95-0284a73eb906&acdnat=1531250315_484aa3aed494923ea02bdf8a663ea69a)
46. Espinoza I., Osorio P., Torrejón M., Lucas-Carrasco R., Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile [Internet]. 2011;139:579-86. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
47. Acosta-Quiroz C, Vales-García J, Echevarría-Castro S, Serrano-Encinas D, García-Flores R. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adulto mayores mexicanos. Psicología y Salud [revista en Internet] 2018 [acceso 20 de mayo de 2018]; 23(2): 241-250. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/ChristianOswaldoAcostaQuiroz.pdf>
48. World Health Organization. Whoqol Bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 1996. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
49. Mendoza N, Roncal K. Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016 [tesis titulación]. Callao - Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2018. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://repositorio.uclm.es/handle/195>
50. Ciccone L. Bioética. Historia, principios, cuestiones. 2ª ed. Madrid - España: Ediciones Palabra; 2005. 480 p.
51. Gomez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] 2009 [acceso 10 de abril de 2018]; 55(4): 230-233. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55\\_n4/pdf/A03V55N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf)
52. Rosas C. Percepción de calidad de vida y promoción de la salud en adultos mayores pertenecientes a Centros de Atención Primaria de Valdivia durante el año 2008 [tesis Licenciatura]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2008 [Internet]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmr789p/doc/fmr789p.pdf>
53. Santos R, Casada P, Viltres A, Pérez M, Méndez O. Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Rev. Hops. Psiquiátrico de la Habana [revista en Internet] 2018 [acceso 20 de julio de 2018]; 8(3): 1-11. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2011/hph2311.html>

## **ANEXOS**

### Anexo A. Operacionalización de variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE PRINCIPAL DEL ESTUDIO								
<b>TÍTULO:</b> Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018.								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de Vida	Tipo de variable según su naturaleza:  Cualitativa  Escala de medición: Ordinal	Es la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones (37).	Es la manera en que los adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra, perciben el lugar que ocupan en el entorno cultural y en el sistema de valores en que viven, así como en relación con sus	Salud física	Dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso, actividad cotidiana, capacidad de trabajo.	2 (1,2)	Calidad de vida alta	Puntaje: (66-100),
				Salud psicológica	Sentimiento positivo, espiritualidad, religión/creencias personales, pensamiento/aprendizaje/memoria/concentración, imagen	7 (3,4,10,15,16,17,18)	Calidad de vida media	Puntaje: (52-65)

		*	objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones, todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales y los factores ambientales, el cual será medido con el cuestionario Whoqol Bref.		corporal y apariencia, autoestima, sentimientos negativos.		Calidad de vida baja	Puntaje: (0-51)
				Relaciones Sociales	Relaciones personales, actividad sexual, soporte social.	6 (5,6,7, 11,19, 26)		
				Ambiental	Seguridad física y protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información/habilidades, hogar, cuidados de salud y sociales: disponibilidad calidad, transporte.	3 (20,21,22)		

## Anexo B. Instrumento de recolección de datos

### INSTRUMENTO DE WHOQOL BREF

#### I. PRESENTACIÓN

Buenos días, somos egresadas de la carrera de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades, y estoy acá para pedir su colaboración en facilitarme ciertos datos que permitirán conocer aspectos relacionados a su calidad de vida y apoyo social. Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo

#### II. INSTRUCCIONES

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: marca una X en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

#### III. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

**Género:**            ( ) Femenino            ( ) Masculino

**Estado civil:**    ( ) Soltero    ( ) casado    ( ) separado    ( ) viudo    ( )  
conviviente

**Edad en años cumplidos:** \_\_\_\_\_ años

**Grado de instrucción:**

( ) Analfabeto    ( ) Primaria    ( ) Secundaria    ( ) Superior no universitario    ( )  
Superior universitario

**Condición de ocupación:**

( ) Trabajador estable    ( ) Eventual    ( ) Sin Ocupación    ( ) Jubilado

**Tipo de familia:**

( ) Nuclear    ( ) Extendida    ( ) Ampliada    ( ) Monoparental    ( ) Reconstituida  
( ) Equivalente familiar

#### MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy Mal		Poco		Lo normal		Bastante bien		Muy bien	
1		2		3		4		5	

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud? Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

Muy insatisfecho		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada		Un Poco		Lo normal		Bastante		extremadamente	
1		2		3		4		5	

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un Poco	moderado	Bastante	totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un Poco	moderado	Bastante	totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un Poco	moderado	Bastante	totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un Poco	moderado	Bastante	totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un Poco	moderado	Bastante	totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	extremadamente
1	2	3	4	5

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte? La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

Nada		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
1		2		3		4		5	

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca		Raramente		Medianamente		Frecuentemente		Siempre	
1		2		3		4		5	

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

-----  
 -----

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

-----  
 -----

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

-----  
 -----

## Anexo C. Carta de presentación de la población de estudio



Licenciada el 21 de noviembre de 2017  
Resolución N° 071-2017-SUNEDU/CD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

### CARTA N°002-2018-EPENF-UCH

Los Olivos, 18 de mayo de 2018

Lic.  
**ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS**  
Jefa de Enfermeras  
Hospital Carlos LanFranco La Hoz

Presente. -

Asunto: Autorización para recolección de  
información para trabajo de  
Investigación

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad de Ciencias y Humanidades, y a la vez comunicarle que nuestros estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería:

**Pizarro Guzman, Maria Carmen**  
**Alarcón González Lelis**

Código N° 13102064  
Código N° 13102002

Se encuentran desarrollando un trabajo de Investigación que lleva por título: "**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA-2018**", por ello solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo del trabajo de investigación, comprometiéndonos a hacerle llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

Sin otro en particular hago propicia la ocasión para manifestarle mi estima personal.

Atentamente,



**CESAR ABRAHAM SUÁREZ ORÉ**  
Coordinador de la Escuela Profesional de Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de Ciencias y Humanidades

[www.uch.edu.pe](http://www.uch.edu.pe)

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

## Anexo D. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

**Título del proyecto:** Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – 2018.

**Nombre de los investigadores principal:**

Pizarro Guzmán, María Carmen

Alarcón Gonzales, Lelis

**Propósito del estudio:** Determinar la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de Cardiología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra - 2018.

**Beneficios por participar:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

**Costo por participar:** Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

**Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Pizarro Guzmán, María Carmen, coordinador de equipo (teléfono móvil N° 98767893) o al correo electrónico: mariapiguzma@uch.pe

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la Av. Universitaria N° 5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite\_etica@uch.edu.pe.

**Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

21, de mayo del 2018

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Pizarro Guzmán, María Carmen Alarcón González Lelis	
Nº de DNI	
44610900	
44278020	
Nº teléfono móvil	
Nº950484912 Nº943036024)	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Pizarro Guzmán, María Carmen Alarcón González Lelis	
Nº de DNI	
44610900	
44278020	
Nº teléfono	
Nº950484912 Nº943036024	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....  
Firma del participante

## Anexo D. Aprobación del Comité de Ética



Resolución N° 021-2017-9-UCOH/CD

### UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

#### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*

ACTA CEI N° 028

15 de agosto de 2018

### ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 15 del mes de agosto del año dos mil dieciocho, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA - 2018"** con Código ID-034-18, presentado por las estudiantes: ALARCON GONZALEZ LELIS, PIZARRO GUZMAN MARIA CARMEN.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

**APROBAR**, el proyecto titulado **"CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA - 2018"**.

Código ID-034-18.

  
Rodrigo Germán Millones Gómez  
Presidente  
del Comité de Ética en Investigación

SRMG/RAC

[www.uch.edu.pe](http://www.uch.edu.pe)

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

## Anexo E. Resolución del Proyecto



Licenciada el 21 de noviembre de 2017  
Resolución N° 071-2017-SUNEDU/CD

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

### RESOLUCIÓN N° 518-2018-R-UCH

Los Olivos, 25 de julio del 2018

Visto: el Estatuto de la Universidad, el Reglamento de Grados y Títulos, el Expediente N° 2417 de fecha 04 de julio del 2018, el Informe N° 009-2018-UDI-FCS-UCH de fecha 17 de julio del 2018, el Oficio N° 009-2018-EPENF-UCH de fecha 17 de julio del 2018, el Oficio N° 138-2018-VA-UCH de fecha 19 de julio del 2018, y;

#### **CONSIDERANDO:**

Que, el artículo 100° del Estatuto establece que "dentro de las tareas formativas del estudiante de pregrado, el ejercicio introductorio en las actividades de investigación es parte de su quehacer académico y preparación profesional...";

Que, el Reglamento de Grados y Títulos aprobado mediante Resolución N° 033-2017-CU-UCH de fecha 28 de febrero del 2017, señala en su artículo 11° que "El proyecto del trabajo de investigación se puede elaborar a partir del VIII semestre académico de la carrera profesional, su elaboración puede ser en forma individual o grupal;...máximo tres integrantes.";

Que, asimismo el mencionado reglamento en el artículo 18° señala sobre la vigencia del proyecto "El proyecto del trabajo de investigación aprobado mediante resolución tendrá una vigencia máxima de 2 años, después del cual, si el estudiante o egresado no logra culminar su trabajo de investigación, iniciará un nuevo trámite para inscribir un nuevo proyecto de trabajo de investigación, pagando todos los costos administrativos que corresponden.";

Que, con el Expediente N° 2417 de fecha 04 de julio del 2018, las alumnas LELIS ALARCON GONZALEZ y MARIA CARMEN PIZARRO GUZMAN de la Escuela Profesional de Enfermería, han presentado el proyecto del trabajo de investigación denominado "CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA - 2018"; ante lo cual la Coordinación de la Unidad de Investigación mediante Informe N° 009-2018-UDI-FCS-UCH de fecha 17 de julio del 2018, lo declara *PROCEDENTE*, pasando a concretar los procedimientos administrativos, lo cual se pone a conocimiento de la Coordinación para la gestión pertinente;

Que, por medio del Oficio N° 138-2018-VA-UCH de fecha 19 de julio del 2018 el Vicerrector Académico después de evaluar los expedientes los deriva al Rectorado para su aprobación respectiva mediante resolución.

Por lo expuesto, el Rector AUTORIZA la inscripción de los Proyecto del Trabajo de Investigación previamente señalado correspondiente a la Escuela Profesional de Enfermería.

Por las consideraciones expuestas y en uso de las atribuciones que confiere el inciso k) del artículo 65° y el inciso f) del artículo 208° del Estatuto de la Universidad.

#### **SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- AUTORIZAR**, la inscripción del Trabajo de Investigación titulado "CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA - 2018" de autoría de las alumnas LELIS ALARCON GONZALEZ y MARIA CARMEN PIZARRO GUZMAN de la Escuela Profesional de Enfermería.

**Artículo 2°.- INSCRIBIR**, en el Registro respectivo a las autoras y el título del proyecto previamente autorizado.

**Artículo 3°.- PRECISAR** que el trabajo de investigación aprobado tendrá una vigencia máxima de 2 años para su culminación.

**Artículo 4°.- DAR** a conocer a las dependencias académicas y administrativas los alcances de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese

  
Lic. Miguel Angel Flores Vásquez  
Secretario General

  
Dr. César Augusto Angeles Caballero  
Rector

[www.uch.edu.pe](http://www.uch.edu.pe)

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

## Anexo F. Validez de contenido del instrumento WHOQOL BREF

Experto	Cargo	Institución	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	total
Vivas Duránd Teresa	Enfermera	Hospital Nacional Cayetano Heredia	85%	75%	85%	85%	75%	81%
Tuse Medina Rosa	Docente - Enfermera Asistencial	Hospital Emergencias Grau - ESSALUD	75%	75%	75%	35%	75%	67%
Jara Niquin Susana Isabel	Enfermera - Jefa	Centro de Salud Laura Caller	85%	95%	95%	95%	95%	93%
Matta Solis Eduardo P.	Médico en Salud Familiar y Comunitario	CSMI Laura Rodríguez D.	95%	85%	85%	95%	95%	91%
Yachachin Rodriguez Maria	Enfermera (Responsable de la Etapa Adulta Mayor)	Centro de Salud Callao	85%	95%	85%	85%	95%	89%
Herrera Morales Antonio	Medico Geriatra	Hospital Nacional Sergio E. Bernales	75%	85%	75%	85%	85%	81%
TOTAL								84%

Crterios de Evaluación	Porcentaje %	Promedio
<b>Deficiente</b>	0 - 69%	65%
<b>Aceptable</b>	70 - 80%	75%
<b>Bueno</b>	80 - 90%	85%
<b>Excelente</b>	90 - 100%	95%

El instrumento de recolección de datos Whoqol-Bref, tiene una validación “Buena”; con promedio final de 84% (49)

## Anexo G. Fotos

Acá estamos en la puerta principal de los consultorios externos del hospital Carlos Lanfranco la hoz, puente piedra por realizar las encuestas con los pacientes del consultorio de cardiología.



Estamos en el consultorio de cardiología aplicando la encuesta a los pacientes hipertensos del hospital Carlos Lanfranco la hoz, puente piedra.





