

Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017

José Uberli Herrera Ortiz

Aníbal Oblitas Gonzales

Introducción: Con poblaciones que envejecen aceleradamente, la calidad de vida del adulto mayor en ocasiones se ve afectada por enfermedades como la hipertensión arterial que limita su interacción con el entorno cultural y con el sistema de valores en que vive. **Objetivo:** Determinar la Calidad de Vida, según características sociodemográficas del adulto mayor con hipertensión arterial que acudió al centro médico de EsSalud - Chota. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal, desarrollado con una muestra censal de 120 adultos mayores diagnósticos con hipertensión arterial. La calidad de vida se determinó mediante la escala "Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial" (MINICHAL) de Badia et al. (2002). Las características sociodemográficas incluyeron: edad, sexo, procedencia, estado civil, grado de instrucción y ocupación laboral. **Resultados:** La mejor calidad de vida alcanzó al 77,5% de los participantes. Según dimensiones, 88,3 y 84,2% de adultos mayores manifestaron mejor nivel de salud en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas respectivamente. En todas las variables sociodemográficas la mejor calidad de vida está entre el 35 y 61,7%. **Conclusión:** La mejor calidad de vida del adulto mayor hipertenso es más frecuente en el sexo femenino, entre el grupo de 60 a 74 años, en la zona urbana, en los casados o convivientes, en aquellos con instrucción secundaria o superior, y en los que no tienen ocupación laboral alguna. La calidad de vida de la población adulta mayor podría mejorar mediante el fortalecimiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud.

Abstract

Introduction: With rapidly aging populations, the quality of life of the elderly is sometimes affected by diseases such as high blood pressure that limits their interaction with the cultural environment and with the value system in which they live. **Objective:** To determine the Quality of Life, according to sociodemographic characteristics of the older adult with arterial hypertension who attended the EsSalud - Chota medical center. **Methodology:** Quantitative, descriptive, and cross-sectional study, developed with a census sample (100%) of 120 older adults diagnosed with hypertension. Quality of life was determined using the "Quality of Life in Patients with Arterial Hypertension" (MINICHAL) scale by Badia et al. (2002). **Results:** The best quality of life reached 77.5% of the participants. According to dimensions, 88.3% in mood and 84.2% in somatic manifestations indicated a better level of health. In the six sociodemographic variables studied (age, sex, origin, marital status, educational level and job occupation) the best quality of life is between 35 and 61.7%. **Conclusion:** The best quality of life of the hypertensive older adult is more frequent in the female sex, among the group of 60 to 74 years, in the urban area, in those married or living together, in those with secondary or higher education, and in the who have no job occupation. The quality of life of the older adult population could improve by strengthening the coverage and quality of health services.

Keywords: Quality of Life, elderly, hypertension

Introducción

El proceso normal de envejecimiento se ve alterado por la presencia de enfermedades crónicas

entre ellas la hipertensión arterial¹, causante de complicaciones que alteran la calidad de vida de los adultos mayores (AM).

A la hipertensión arterial (HTA) se le atribuye cerca de 10 millones de muertes anuales en el mundo. Se estima que afecta al 35% de la población mundial^{2,3}, al 30% en América Latina⁴, y al 16,5% en el Perú⁴. La población adulta mayor presenta prevalencias de HTA de alrededor del 40% en países de medianos y altos ingresos, y del 35% en los de bajos ingresos⁵; tal diferencia es atribuida a la calidad del servicio de salud que reciben. En el Perú es considerado un problema de salud pública que afecta al 43,3% de mayores de 60 años⁶.

Hay una gran cantidad de investigaciones que reportan la HTA desde la parte clínica⁷ (diagnóstico, control y tratamiento), muchas veces dejando de lado aspectos sociodemográficos y económicos (edad, sexo, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación y otros) en quienes lo padecen^{8,9}. Aspectos que son de real importancia para la determinación de las condiciones y la calidad de vida con la que cuenta los adultos mayores. La OMS³ afirma que la calidad de vida es la forma en que la persona interactúa con su entorno cultural y con el sistema de valores en que vive (hábitos, prácticas y comportamientos), considerando en ello sus metas, expectativas y sus diversas formas de pensar y actuar. Para Velandia¹⁰ la calidad de vida del adulto mayor es producto de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), donde cada una de ellas contribuye en el óptimo estado de bienestar del adulto mayor, considerando el normal proceso evolutivo de su envejecimiento.

La calidad de vida asociada a la ocurrencia de HTA está condicionada por factores considerados como no-modificables (herencia genética, la edad, el sexo y la etnia), y modificables (gran ingesta de sal, estrés, el sedentarismo, bebidas alcohólicas, tabaquismo, entre otros)¹¹. Ambos repercuten de forma negativa en la calidad de vida en aspectos como: estado general de salud; desempeño físico, emocional y social; dolor, vitalidad y salud mental¹². Además, la calidad de vida de las personas con HTA puede ser influenciada por la renta, tiempo de diagnóstico, comorbilidades y efectos colaterales del uso de los medicamentos^{11,13}.

Estudios internacionales sobre calidad de vida evidencian que: en Colombia, las mujeres presentan mejor calidad de vida que los varones, pese a ser más propensas a padecer HTA¹⁴; en México, más del 80% de los hipertensos presentan muy buena calidad de vida¹⁵; 76,7% y 81,7% tienen mejor nivel de salud según las dimensiones de estado de ánimo y manifestaciones somáticas respectivamente⁽¹⁶⁾; en Ecuador, son factores protectores para una mejor calidad de vida, ser varón, tener pareja, y mayor escolaridad (más aún una profesión), además el mayor porcentaje presenta buena calidad de vida en estado de ánimo, indicando que en la sintomatología es donde muestran mayor afectación¹⁷. Dos Santos y colaboradores¹⁸ realizaron el estudio "Características sociodemográficas y calidad de vida en ancianos con HTA de una zona rural: importancia del enfermero"; concluyendo que realizar un buen control de la presión arterial mejora la calidad de vida.

Al respecto, en el Perú estudios reportan que en promedio 44,1% de adultos mayores hipertensos tiene buena o mejor calidad de vida, en tanto que 19,6% mala o peor calidad de vida^{19,21}. Según dimensiones presentan, un mejor nivel de salud en la dimensión estado de ánimo²¹, y dolor corporal y función social²². Para Coronado et al.²³, el factor protector es el sexo masculino y las edades de 60-70 años para todas las dimensiones. Por último, Justo y Quispe²⁴ refieren que la mayoría de adultos mayores tienen una baja calidad de vida asociada al autocuidado.

En este contexto, tanto en el ámbito local y regional se precisa la falta de estudios sociodemográficos conducentes a determinar la calidad de vida del AM. Pues el proceso normal de envejecimiento de su población se ve interrumpido, debido a la pobreza, el aislamiento social, la baja escolaridad, ambientes con mayor precariedad, y el acceso limitado a los servicios de salud²⁵. Considerando el tema como problema de salud pública el presente estudio tuvo como objetivo

determinar la Calidad de Vida, según características sociodemográficas del adulto mayor con hipertensión arterial que acudió al centro médico de EsSalud - Chota en el año 2017.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, y de corte transversal, el cual permitió analizar los resultados mediante la utilización de parámetros estadísticos²⁶.

La población y muestra censal estuvo conformada por 120 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial registrados en el padrón nominal del programa de enfermedades crónicas del Centro Médico del Seguro Social (EsSalud) de la ciudad de Chota. Se consideraron como criterios de inclusión adultos mayores de 60 años a más, sin alteraciones del deterioro cognitivo o condiciones clínicas o psiquiátricas especiales (no se encontraron casos diagnosticados con estas condiciones).

La calidad de vida fue determinada mediante la escala de "Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial (MINICHAL)" de Badia et al.²⁷. El MINICHAL, está compuesto por 16 ítems de los cuales 10 corresponden a la dimensión "Estado de Ánimo" y 6 a la dimensión "Manifestaciones Somáticas". Cada ítem recoge información de los últimos siete días, y cuenta con cuatro posibles respuestas y puntajes: No (0 puntos); Sí, algo (1 punto); Sí, bastante (2 puntos); Sí, mucho (3 puntos). Inicialmente se obtendrán los puntajes y la clasificación por dimensiones, sumando sus ítems: en la dimensión Estado de Ánimo (0-11 = mejor nivel de salud, y de 12-30 = peor nivel de salud); en la dimensión Manifestaciones Somáticas (0-6 = mejor nivel de salud, y de 7 - 18 = peor nivel de salud). Finalmente, tras la suma total de los ítems se determinará los puntajes y la calificación final de la escala (mejor calidad de vida = 0-15 puntos, y peor calidad de vida = 16-48 puntos).

Para la determinación de la calidad de vida del adulto mayor, según características sociodemográficas se recolectó información de los participantes, tales como: edad, sexo, zona de procedencia, estado civil, grado de instrucción y ocupación.

Para la validación contextual del instrumento se realizó una prueba piloto en 16 adultos mayores en una población diferente al grupo de investigación, obteniéndose una confiabilidad con alfa de Cronbach, de 0,813 demostrando un alto grado de fiabilidad y una correcta medición de las variables de estudio. Al respecto Hernandez²⁶ refiere que un alfa de Cronbach igual o superior a 0.75 es altamente confiable.

Los datos fueron recolectados por los investigadores directamente en la vivienda del participante entre los meses de marzo a agosto del 2017, para ello se consideró un ambiente adecuado, sin distractores internos y externos, permitiendo al participante la libertad de brindar respuestas precisas.

Para el procesamiento de datos se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.25.0., previa organización de datos en Excel 2016. El análisis descriptivo incluyó frecuencias absolutas, porcentajes y desviación estándar.

Durante todo el proceso investigativo se tomaron en cuenta los principios de rigor científico de Pólit y Hungler²⁸: fiabilidad y validez presentando resultados verdaderos, inequívocos e interpretados correctamente; de credibilidad evitando realizar conjeturas a priori; de transferibilidad o aplicabilidad, pues los resultados podrán ser transferidos a otros contextos; además de la replicabilidad y confirmabilidad. Así mismo se tuvieron en cuenta los preceptos éticos de Eliot Sgreccia²⁹ como la libertad, donde a través del consentimiento informado cada participante recibió una explicación clara y detallada del objetivo y propósito del estudio, descripción de los procedimientos, riesgos y beneficios; además de asegurar la confidencialidad y anonimato de los

participantes.

Resultados

La mejor calidad de vida es la más frecuente, pues 93 (77,5%) participantes adultos mayores la presentan (min = 16, max = 25, media = 18.7 y DS ± 2.7 puntos). En tanto que la peor calidad de vida afecta a 27 (22,5%) participantes (media=10.9 y DS ± 2.7 puntos), alcanzando puntajes mínimos y máximos de 4 y 15 respectivamente (**Tabla 1**).

Tabla 1. Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. EsSalud - Chota, 2017.

| Calidad de vida | Nº | % | Min. | Max. | Media ± D.S. |
|-----------------------|------------|------------|------------|-------------|-------------------|
| Mejor calidad de vida | 93 | 77.5 | 16.0 | 25.0 | 18.7 ± 2.7 |
| Peor calidad de vida | 27 | 22.5 | 4.0 | 15.0 | 10.9 ± 2.7 |
| Total | 120 | 100 | 4.0 | 25.0 | 14.8 ± 2.7 |

D.S. Desviación estándar

La tabla 2, muestra la calidad de vida del AM hipertenso según dimensiones. Observándose que en la dimensión estado de ánimo hay marcado predominio del mejor nivel de salud con 106 (88,3%) participantes; el peor nivel de salud alcanzo a 14 (11,7%) AM. En la dimensión manifestaciones somáticas, 101 (84,2%) adultos mayores tenían un mejor nivel de salud, en comparación a los 19 (15,8%) que presentaron peor nivel de salud.

Tabla 2. Calidad de vida según dimensiones, en adultos mayores con hipertensión arterial. EsSalud - Chota, 2017.

| Dimensiones | Calidad de vida | | | |
|----------------------|-----------------|-----------------|------------|---------------------------|
| | | Estado de ánimo | | Manifestaciones somáticas |
| | | Nº | % | Nº |
| Mejor nivel de salud | 106 | 88.3 | 101 | 84.2 |
| Peor nivel de salud | 14 | 11.7 | 19 | 15.8 |
| Total | 120 | 100 | 120 | 100 |

Las variables sociodemográficas de interés en los adultos mayores con HTA (**Tabla 3**) indican que en la muestra predominan: las mujeres (68=56,7%); las edades de 60 - 74 (83=69,2%) años; los AM que proceden de la zona urbana (91=75,8%); los casados o convivientes (88=73,3%); los que tienen educación superior (49=40,8%); y los no activos 82 (68,3%). Además, se observa una población minoritaria de divorciados o separados 3 (2,5%), y mayores de 90 años 2 (1,7%).

Tabla 3. Calidad de vida según características sociodemográficas, en adultos mayores con hipertensión arterial. EsSalud - Chota, 2017.

| Características sociodemográficas | General | Calidad de vida |
|-----------------------------------|---------|-----------------|
|-----------------------------------|---------|-----------------|



| | | | | Mejor calidad de vida | |
|-----------------------------|--------------------|------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | | Nº | % | Nº | % |
| Sexo | Mujeres | 68 | 56.7 | 49 | 40.8 |
| | | Hombres | 52 | 43.3 | 44 |
| Edad | 60 - 74 años | 83 | 69.2 | 63 | |
| | | 75 - 89 años | 35 | 29.1 | |
| | | 90 - 99 años | 2 | 1.7 | |
| | Procedencia | Rural | 29 | 24.2 | |
| | | Urbana | 91 | | |
| Estado civil | | Soltero | 11 | | |
| | | Casado o convivientes | | | |
| | | Divorciado o separados | | | |
| | | Viudo | | | |
| Grado de instrucción | Sin nivel/inicial | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | Ocupación laboral |

Al observar los resultados (**tabla 3**) de la calidad de vida del AM con HTA, según características sociodemográficas, se reporta que: 49 (40,8%) participantes mujeres y 44 (35,7%) varones presentan mejor calidad de vida; mientras que 19 (15,8%) mujeres y 8 (6,7%) varones tienen una peor calidad de vida. Según edad, 63 (52,5%) AM de 60-74 años, 28 (23,3%) de 75-89 años, y 2 (1,7%) mayores de 90 años manifestaron mejor calidad de vida. La peor calidad de vida según edad afecta a 20 (16,7%) AM de 60-74 años, y a 7 (5,8%) de 75-89 años.

La mejor calidad de vida está presente en 74 (61,7%) y 19 (15,8%) participantes de la zona urbana y rural respectivamente. En tanto que 17(14,2%) AM de la zona urbana y 10 (8,3%) de la zona rural muestran peor calidad de vida.

Considerando el estado civil de los participantes: la mejor calidad de vida se presenta en 68 (56,7%) casados o convivientes, seguido por 18 (15%) viudos, y 14 (11,7%) solteros o divorciados/separados. La peor calidad de vida predomina en 20 (16,7%) de los casados o convivientes.

Respecto al grado de instrucción: 42 (35%) AM con educación superior, 33 (27,5%) sin instrucción o instrucción primaria, y 18 (15%) con instrucción secundaria tienen mejor calidad de vida. En tanto que entre 6 y 8 (5 y 6,7%) participantes según nivel de instrucción evidenciaron tener una peor calidad de vida.

Finalmente, según ocupación laboral, 67 (55,8%) adultos mayores hipertensos que no se encuentran activos laboralmente presentaron mejor calidad de vida; en comparación a los 26 (21,7%) activos. En este punto la peor calidad de vida se manifiesta en 15 (2,5%) AM no activos y 12 (10%) activos.

Discusión

Los resultados reportan que más del 75% de los AM con HTA estudiados presentan mejor calidad de vida; pero aún cerca de ¼ de ellos considera tener una peor calidad de vida. Es precisamente este grupo que nos hace recordar que la HTA es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en el mundo, considerada como la “asesina silenciosa”, prevenible, asintomática y extremadamente mortal¹, que se encuentra directamente relacionada con diversos factores sociodemográficos¹⁸ y que repercuten con mayor énfasis en la calidad de vida de la población adulta mayor^{6,10}.

El análisis y discusión se llevó a cabo mediante la estadística descriptiva. Los hallazgos del estudio revelan que en cuanto a la calidad de vida 77,5% (93 de 120) de los AM hipertensos tienen mejor calidad de vida. Resultados que guardan similitud con los reportados por Gómez^{15,16} en México (80

y 78,3% respectivamente); y con los 68,6% de Fernández y Flores²¹ en Perú. Pero difieren notoriamente con los reportes de Calcina^{19,20}, quienes encontraron que, en promedio, 44,1% de la población adulta mayor hipertensa manifiesta buena o mejor calidad de vida. En la totalidad de estudios consultados la mala o peor calidad de vida se encontró por debajo del 20%. Sin embargo, a pesar de las similitudes llama la atención la existencia de 22,5% (27 de 120) de AM hipertensos que tienen una peor calidad de vida; cifras parecidas a los reportados por Calsina, Rodríguez, y Fernández y Flores^{19,21}.

La calidad de vida está relacionada a factores socioeconómicos y culturales, y a la escala de valores individuales, familiares y colectivos³⁰. Por ello, debe ser considerada desde una visión holística, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otras³¹.

Según la dimensión estado de ánimo 88,3% (102 de 120) de AM manifiestan un mejor nivel de salud, y 11,7% (14 de 120) peor nivel de salud, resultados cercanos a los reportados por Aguilar y Camara¹⁶, quienes encontraron 76,7% de participantes con mejor nivel de salud, y 23,3% con peor nivel de salud. Galárraga¹⁷ reporta mayor porcentaje de adultos mayores con mejor calidad de vida en esta dimensión.

El mejor nivel de salud que presenta el adulto mayor en la dimensión estado de ánimo, estaría determinado por bienestar material, seguridad, salud, productividad personal y buenas relaciones sociales; por ello su calidad de vida no solo depende de bienes materiales; sino también involucra las vivencias personales, las condiciones en las que se desenvuelven y las formas en las que enfrentan las particulares circunstancias de la vida. El peor nivel de salud podría deberse a circunstancias negativas como los problemas de expresión emocional (ansiedad y depresión) e intimidad asociados al proceso de adaptación de su enfermedad, las cuales contribuyen con las sensaciones de agotamiento, pérdidas de fuerza, y dificultad para conciliar el sueño; por lo tanto, la calidad de vida de los adultos mayores, debe ser abordada de una manera integral, y facilitando la continuación del desarrollo personal.

En relación a la dimensión manifestaciones somáticas, 84,2% (102 de 120) de los AM participantes presentaron una mejor calidad de salud, en comparación al 15,8% (18 de 120) de aquellos que indicaron una peor calidad de salud. Los resultados son similares a los de: Aguilar y Camara¹⁶, con reportes de 76,7%; y de Fernández y Flores²¹ con 77,8%. Galárraga¹⁷ indica que la sintomatología (manifestaciones somáticas) es el punto donde mayor afectación presentan los mayores de 60 años.

El mejor nivel de salud en la dimensión manifestaciones somáticas, estaría asociada a la detección y tratamiento estandarizado de la hipertensión, a servicios de salud enfocados a reducir la exposición a factores de riesgo conductuales, y a la participación activa del adulto mayor en el manejo de su enfermedad²⁷; esto contribuye en la disminución gradual de posibles complicaciones cardiovasculares, y evita o mitiga manifestaciones somáticas propias de la hipertensión (disnea sin causa aparente, edema de tobillos, micción frecuente, xerostomía, dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo, y sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo). La peor calidad de vida se debería a un afrontamiento inadecuado en alguno de estos puntos.

Considerando las variables sociodemográficas de los AM participantes, se encuentra que la mejor calidad de vida en el sexo femenino ha sido identificada en estudios como los de Fleck et al.³² y Pimenta et al.³³, donde representó 64,7 y 51,6% respectivamente. Según Herrera¹⁴, las mujeres presentan mejor calidad de vida que los hombres. Referente al rango de edad, se observó similitud entre 60-70 años (57,7%)³⁴. Para Coronado et al.²³, y Aguilar¹⁶, son factores protectores para una mejor calidad de vida el sexo masculino y las edades de 60-70 años.

Respecto al estado civil, los hallazgos concuerdan con el estudio de Pinto³⁴ donde el 53,8% refirió estar casado o tener una pareja. La condición de casado influye en la calidad de vida del adulto mayor, pues entregar y recibir afectos por parte del conyugue se considera un sustento para la vida

de las personas mayores, presentando un mayor bienestar psicológico y un mayor apoyo social percibido, que aquellas personas sin pareja estable³⁵.

Los resultados del grado de instrucción, se asemeja a los de un estudio realizado con adultos mayores hipertensos, donde al menos 39% de ellos tenía de 1-4 años de instrucción³⁴. Aguilar y Cámara¹⁶ lo considera como un factor protector y más aún si tiene una profesión; y Zaitune³⁶ afirma que las mayores dificultades para controlar la PA se relacionan con una menor escolaridad.

Los hallazgos en cuanto a la procedencia del AM, guardan similitud con los reportes de la OMS¹, donde afirma que más del 60% de la población mundial vive en pueblos y ciudades. Para Melguizo, Acosta y Castellano³⁷ la urbanización acelerada y desordenada, está provocando importantes cambios en los estilos de vida, y en los comportamientos sociales y de salud de la población. Aunque la vida urbana continúa brindando numerosas oportunidades, incluida la posibilidad de obtener una mejor atención de salud; estos espacios pueden concentrar riesgos sanitarios que influyan en la aparición de HTA, puesto que espacios insalubres alimentan estilos de vida inapropiados como, el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo o el consumo nocivo del alcohol.

Con referencia a la ocupación laboral, más de la mitad de los AM participantes no tiene un trabajo remunerado. Coronado, Vélez, Apolaya, Manrique y Arequipa²³ en Perú determinó que la frecuencia de HTA en la población económicamente activa fue 31,4%. Otros estudios establecen que las ocupaciones que requieran esfuerzo físico intenso y continuo pueden elevar las cifras de presión arterial, repercutiendo con ello en su calidad de vida³⁸. En el estudio la mayoría de participantes son adultos mayores que ya no realizan un trabajo remunerado por ser jubilados o porque han reemplazado su condición laboral anterior por las labores en el hogar.

Siendo la calidad de vida, un concepto referido a una percepción subjetiva del estado de bienestar físico y mental, cualquier enfermedad crónica va a repercutir en mayor o menor grado en el estado de salud percibido por el adulto mayor. Precisamente el estudio se limitó a describir la calidad de vida percibida por el adulto mayor según sus características sociodemográficas; en adelante queda la tarea de medir y analizar el impacto que tienen estas características sobre la calidad de vida de los hipertensos de este grupo etario. Los resultados nos dan un panorama general de esta problemática y nos facilitan la toma de decisiones para la mejora de las intervenciones mediante un abordaje biopsicosocial de la población estudiada.

Conclusiones

La mayor parte de los adultos mayores hipertensos estudiados, tanto a nivel global (93 de 120) como en las dimensiones estado de ánimo (106 de 120) y manifestaciones somáticas (101 de 120) tienen mejor calidad de vida.

Se determinó que la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos según variables sociodemográficas de interés es mejor, en el sexo femenino, en el grupo de 60 a 74 años, en los que proceden de la zona urbana, en los casados o convivientes, en aquellos con instrucción secundaria o superior, y en los que no tienen ocupación laboral alguna (no activos). En todos los casos la mejor calidad de vida está entre el 35 y 61,7% de los participantes; y la peor se sitúa por debajo de 19% en las seis variables sociodemográficas estudiadas.

Finalmente podemos afirmar que la calidad de vida del adulto mayor, podría mejorar si se incrementa el acceso a servicios sociales y de salud, si mejoran las tasas de alfabetización, y si hay mayores expectativas de vida y oportunidades de desarrollo personal.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: en ningún caso se realizaron experimentos

Confidencialidad: El estudio no reporta datos que permitan la identificación de los participantes, y en todos los casos se obtuvo el consentimiento informado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento: Ninguno.

Bibliografía

1. Brandão AL, Dantas J, Costa I, Santos M, Galvão ES, Brandão PF. Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínico. *Gerokomos* [Internet]. 2017; 28(3): 127-130. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300127
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud: Datos y cifras [Internet]. Ginebra - Suiza: OMS; 2018. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=EBA19617F6E00AB7C084D5C5A25C487F?sequence=1
3. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial [Internet]. Ginebra - Suiza: OMS; 2013. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=6C133865C412A788677A8CD45141F425?sequence=1
4. Agusti R. Simposio: Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Rev Act Med Per*. 2015; 23(2): 69-75. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a05>
5. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Hipertensión: estadísticas mundiales [Internet]. *Rev Factográfico de Salud*. 2017; 3(4): 1-10. Recuperado de: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>
6. Martín PM, Cáceres S, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2016; 27: 60-66. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
7. Rosas M, Pastelín G, Lomelí C, Mendoza C, Negrete JA, Martínez J, et al. Abordaje clínico terapéutico del paciente adulto mayor con hipertensión arterial sistémica: recomendaciones para la práctica clínica. *Rev Archivos de Cardiología de México* [Internet]. 2008; 78(52): 94-97. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402008000600005
8. Granados M, Muñoz D. Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2015; 29: 1-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44839779006.pdf>
9. Encalada LE, Álvarez KA, Barbecho PA, Wong S. Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* [Internet]. 2018; 13(3): 183-187. Recuperado de: http://www.revhipertension.com/rlh_3_2018/4_hipertension_arterial_en_adultos_mayores.pdf
10. Velandia AL. Investigación en Salud y Calidad de Vida. El arte y la Ciencia del Cuidado. 2002; 14(1): 295-314.
11. Mano G, Pierin A. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2005;18(3):269-275. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300007>
12. Brito D, Araujo T, Galvano M, Moreira T, Lopes M. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008;24(4):933-940. En: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400025>
13. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *Eastern Mediterranean Health J* [Internet]. 2005; 11(1/2): 109-118. Recuperado

- de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16532679/>
14. Herrera A, Alean A, Burgos Y, Camacho D. Calidad de vida del adulto medio diagnosticado con hipertensión arterial en la Ciudad de Cartagena [Tesis de maestría en internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena de Colombia; 2010. Recuperada en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/2060>
 15. Gómez M, García C, Gómez V, Mondragón, PB. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana* [Internet]. 2011; 19(1): 7-12. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf>
 16. Aguilar Z, Camara T. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial [Tesis de licenciatura en internet]. Minatitlán: Universidad Veracruzana; 2011. Recuperada de: <http://docplayer.es/10759778-Universidad-veracruzana-facultad-de-enfermeria.html>
 17. Galárraga MP. Determinación de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial mediante la aplicación del instrumento (CHAL) en el subcentro de salud de San Juan durante el periodo mayo - junio de 2014 [Tesis de maestría en internet]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014. Recuperada de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7321/11.27.001481.pdf?sequence=4>
 18. Dos Santos D, Mapelli de Paiva M, Aparecida F, Aleixo M, Paula N. Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. *Rev Enfermagem* [Internet]. 2013; 21(2): 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0515.pdf
 19. Calcina CKT. Influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al centro de salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2013 [Tesis de maestría en internet] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014. Recuperada de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4333>
 20. Rodríguez S. Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012 [Tesis de maestría en internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Recuperada de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/264>
 21. Fernández VM, Flores VL. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial CAP III Melitón Salas Tejada - Essalud Arequipa-2015 [Tesis de maestría en internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015. Recuperada de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/359>
 22. Ccerhuayo, J. Calidad de vida en el adulto mayor hipertenso que acude al consultorio externo de medicina del Hospital Marino Molina Scippa - Essalud - Comas - 2018 [Tesis de licenciatura en internet]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2018. Recuperada de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18049>
 23. Coronado JM, Vélez C, Apolaya MA, Manrique LM, Arequipa JP. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per* [Internet]. 2009; 26(4): 232-236. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>
 24. Justo B, Quispe H. Autocuidado y Calidad de Vida en adultos mayores con Hipertensión Arterial (Tesis de Licenciatura) Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2016. Recuperada de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1799/ENjucab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 25. Aires M, Paskulin L, Morais E. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010; 18(1):11-17. En: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100003>
 26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6° ed. México. 2014.
 27. Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfo A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et. al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther* [Internet]. 2002; 24(12): 2137-54. En: [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(02\)80103-5](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(02)80103-5).
 28. Polit Denise F, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.

29. Sgreccia E. *Manuale di bioetica*. Milano: Vita e Pensiero; 1991.
30. Paterne G, Bardales y Martínez M. Calidad de vida. *Medicina Geriátrica*. Elsevier, 2012; 12(6): 155-62.
31. Varela LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2016; 33(2); 199-201. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
32. Fleck MP, Chamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOLOLD module / Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006; 40(5): 785-791. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600007>
33. Pimenta AM, Kac G, Gazzinelli A, Oliveira RC, Melendez GV. Associação entre obesidade central, triglicérides e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2008; 90(6): 419-425. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008000600006>
34. Pinto JL, Garcia AC, Bocchi SC, Carvalhaes, MA. Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistido pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2006; 11(3): 753-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300023>
35. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter Psicol* [Internet]. 2012; 30(2): 23-29. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
36. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006; 22(2): 285-294. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200006>
37. Melguizo E, Acosta A, Castellano B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. *Salud Uninorte* [Internet]. 2012; 28(2): 251-263. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a08.pdf>
38. González F, Jiménez A, Quevedo E, Guzmán R. Correlación de sobrepeso y obesidad con la presión arterial en adultos mayores en una unidad de primer nivel en Tabasco. *Horizonte Sanitario* [Internet]. 2015; 14(1): 7-13. Recuperado de: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/799/683>

Citas