

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**“Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial,
del Hogar de Anciano Santa Catalina Labouré y Proyecto 60 y piquito del barrio
Parque Inglés, durante el mes de junio 2017”**

Elaborado por:

**PAULA CAMILA CARRERA LÓPEZ
DANIELA MISHELLE QUIJIA ALQUINGA**

Quito, 2017

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo valorar la calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial en el Hogar de Ancianos Santa Catalina de Labouré y en el proyecto de 60 y piquito del barrio “Parque Ingles “.

Este es un estudio descriptivo observacional transversal que incluyeron a 25 participantes. Se utilizó el cuestionario SF-36 para evaluar la calidad de vida. La calidad de vida hace referencia al bienestar del paciente como el comportamiento, la salud física, la salud mental, el entorno y las actividades en el que se desenvuelve y sus relaciones sociales influyen en la enfermedad y el tratamiento del mismo.

Para evaluar la calidad de vida, el cuestionario SF-36 considera 8 dimensiones, que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario consta de 36 preguntas y proporciona un puntaje de 0 a 100; donde se puede calificar, como la peor calidad de vida a un puntaje de 0, mientras que 100 refiere la mejor calidad de vida.

Se realizó una encuesta en la que participaron 23 mujeres y 2 hombres, se obtuvo una media de edad de 75,5 años. Las dimensiones evaluadas demostraron que el rol físico considerado como el grado en que la salud física interfiere en el trabajo o las actividades de la vida diaria y la transición de salud, que se refiere al estado actual comparado con la condición de salud de hace un año; recibieron las menores puntuaciones con el 8%, lo cual contribuyen a tener una baja calidad de vida.

El tratamiento de la hipertensión arterial con medicación conjuntamente con el ejercicio aeróbico y una dieta balanceada juega un papel fundamental para obtener una alta calidad de vida en los participantes, en comparación a los participantes que reciben únicamente tratamiento con medicamentos.

El factor de riesgo principal que afecta a la calidad de vida es la edad, es decir, el envejecimiento. Los cambios fisiológicos conforme avanza la edad, disminuye la capacidad funcional de los individuos que llevan a que tengan una mayor predisposición a desarrollar enfermedades, y como consecuencia final un mayor riesgo de muerte. De acuerdo a nuestro estudio, las mejores puntuaciones se dan en el rango de edad de 65 a 74 años.

Palabras claves: Adulto mayor, calidad de vida, hipertensión arterial, ejercicio

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the quality of life in the elderly with arterial hypertension in the Santa Catalina de Labouré Nursing Home and in the 60 and piquito project in the "Parque Ingles" neighborhood.

This is a descriptive observational cross-sectional study involving 25 participants. The SF-36 questionnaire was used to evaluate the quality of life. Quality of life refers to the patient's well-being such as behavior, physical health, mental health, the environment and the activities in which they develop and their social relations influence in their illness and the treatment.

To evaluate the quality of life, the SF-36 questionnaire considers 8 dimensions, which are: physical function, physical role, body pain, general health, vitality, social function, emotional role and mental health. The questionnaire consists of 36 questions and provides a score from 0 to 100; where it can be rated as the worst quality of life at a score of 0, while 100 refers to the best quality of life.

A total of 23 women and 2 men were surveyed, with an average age of 75.5 years. The dimensions assessed showed that the physical role considered as the degree to which physical health interferes with work or activities of daily living and health transition, which refers to the current state compared to the health conditions of a year ago; received the lowest scores with 8%, which contribute to a poor quality of life.

The treatment for hypertension with medication in conjunction with aerobic exercise and a balanced diet plays a key role in achieving a high quality of life in participants compared to participants receiving only treatment with medication.

The main risk factor affecting quality of life is age, in other words, aging. Physiological changes as the age advances, decreases the functional capacity of individuals that leads them to have a greater predisposition to develop diseases, and as a final consequence an increased risk of death. According to our study, the best scores range from 65 to 74 years of age.

Key words: Elderly, quality of life, arterial hypertension, exercise

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional en cada paso de mi vida y por siempre darme ánimos para perseguir mis sueños. A mis hermanos que, a pesar de la distancia, me motivaron a seguir adelante en los momentos difíciles de mi vida. Y a todos los participantes del estudio, y profesores por ayudarme llegar a la última etapa de mis estudios.

Paula Camila Carrera López

A mis padres por haber puesto toda su confianza y apoyo incondicional en cada momento de mi vida y por siempre hacer todo lo que está a su alcance y mucho más, a mi familia, que siempre ha estado pendiente de mi además de siempre brindarme palabras de aliento, a la Sra. Catita y su familia y sobre todo a Dios, por darme fortaleza en aquellos difíciles momentos y por haber puesto en mi camino a excelentes personas que han sido parte de esta linda etapa que hoy culmina

Daniela Mishelle Quijia Alquina

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, Fausto y Martha, eternamente por apoyarme en todas mis decisiones, por brindarme fuerzas y sabiduría para llegar a culminar este peldaño de mi vida académica. Por haber confiado en mí y permitir que me siga preparando. Nada hubiera sido posible sin ustedes.

A mis hermanos, Daniela, Andrés y Nicolas, gracias por siempre ofrecerme una mano en mis estudios y consejos en mi vida personal. Gracias por todo el apoyo y el amor, pero sobre todo por las palabras de aliento.

A todos mis amigos, gracias por todos los maravillosos momentos que pasamos juntos, por todas las largas sesiones de estudio, por todos los difíciles exámenes juntos, por todas las exposiciones bien hechas y no tan buenas también; Y más que estos momentos, por muchos más maravillosos momentos juntos para venir en el futuro.

A mi directora Mgtr. Jaqueline Chiriboga, mis lectores el Mgtr. Luis Felipe y Mgtr. Fernando Iza, por su apoyo y colaboración durante el desarrollo de esta disertación. Al Mgtr. Pablo Salazar por enseñarme amor a la carrera y motivarme aún más para seguir la carrera. Al Proyecto 60 y piquito y el Hogar de Ancianos Santa Catalina de Labouré todos sus integrantes, quienes facilitaron la realización de este trabajo; a mi amiga y compañera de tesis Daniela Quijia, quien ha sido incondicional en todo el proceso.

Paula Camila Carrera López

Agradezco a Dios por todas las bendiciones concedidas y por haberme dado una hermosa familia, con todo el cariño del mundo agradezco a mis padres por sus sabios consejos, paciencia y amor incondicional, sin su apoyo nada de esto hubiese sido posible; a mis hermanas que siempre me sacan una sonrisa y contagian su alegría, a la familia Pérez Gómez, ya que en aquellos momentos difíciles no dudaron en ofrecer su ayuda depositando toda su confianza en mí, les estoy infinitamente agradecida. A mis amigos con los que he pasado los mejores momentos y algunos no tan buenos, pero que sin duda hicieron de la Universidad una experiencia única, a mi mejor amigo gracias por haberme acompañado durante todo este proceso.

Un agradecimiento enorme a aquellos profesores que, durante esta etapa universitaria cultivaron mi amor por la carrera, al mostrar infinito respeto y pasión por su profesión, la cual se evidenciaba en la forma de trato al paciente, en su actitud como docentes y como personas, entre ellos, un agradecimiento especial a quienes conforman Logroños Fisioterapia, a la Licenciada Karlita Vásquez y los fisioterapeutas respiratorios del área de Neumología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, excelentes profesionales con quienes tuve las mejores experiencias.

A nuestra directora la Mgtr. Jaqueline Chiriboga por su colaboración y a nuestros Lectores Mgtr. Fernando Iza y al Mgtr. Luis Felipe Arellano, por su paciencia, guía, y apoyo durante este proceso que viene desde el anterior semestre, gracias por su tiempo, que a pesar de no ser parte del horario siempre estuvieron dispuestos a recibirnos.

Y finalmente a las instituciones, Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré y Proyecto 60 y Piquito del parque inglés, muchas gracias por abrirnos las puertas a sus instalaciones.

Daniela Mishelle Quijia Alquina

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I: GENERALIDADES	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. OBJETIVOS	12
1.3.1. General	12
1.3.2. Específicos.....	12
1.4. METODOLOGÍA.....	13
1.4.1. Tipo de Estudio	13
1.4.2. Diseño y Tamaño de la Muestra	13
1.4.2.1. Universo.....	13
1.4.2.2. Muestra.....	13
1.4.2.2.1. Criterio de inclusión	13
1.4.2.2.2. Criterio de exclusión	14
1.4.2.2.3. Criterio de eliminación	14
1.4.3. Fuentes, técnicas e instrumentos	14
1.4.3.1. Fuentes.....	14
a. Fuente Primaria	14
b. Fuentes secundarias	14
1.4.3.2. Instrumentos	14
1.4.4. Consentimiento Informado (anexo 1).....	15
1.4.5. Plan de Análisis de Datos	15
2. Capitulo II: MARCO TEORICO	16
2.1. ADULTO MAYOR.....	16
2.2. Adulto Mayor en el Ecuador.....	16
2.3. Esperanza de Vida.....	17

2.4.	Condiciones Socioeconómicas	17
2.5.	ENVEJECIMIENTO.....	18
2.6.	CALIDAD DE VIDA	18
2.6.1.	Cuestionario de Salud Sf-36	19
2.6.1.1.	Puntuación del Cuestionario SF-36	20
2.6.1.2	Validez del Cuestionario SF-36.....	22
2.7.	HIPERTENSIÓN	23
2.7.1.	Clasificación de la Tensión Arterial en el Adulto Mayor	23
2.7.1.1.	Hipertensión Diastólica	23
2.7.1.2.	Hipertensión Sistólica	23
2.7.2.	Clasificación de la Hipertensión Arterial según la OMS y SIH	23
2.7.2.1.	Grados de Hipertensión	24
2.7.3.	Epidemiología	24
2.7.4.	Factores de Riesgo Relacionados con la Hipertensión	25
2.7.5.	La Hipertensión Arterial como Efectos del Envejecimiento.....	25
2.7.6.	Aspectos Fisiopatológicos de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor ...	26
2.7.6.1.	El Estudio de Framingham.....	26
2.7.7.	Medidas para Tratar la Hipertensión.....	27
2.7.7.1.	Medicamentos.....	27
2.7.7.2.	Modificación en el Estilo de Vida	30
2.7.7.2.1.	Comer Saludable	30
2.7.7.2.2.	Actividad Física.....	30
2.8.	RELACIÓN DE LA HIPERTENSION CON LA CALIDAD DE VIDA	31
2.9.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
2.10.	Hipótesis	36
3.	Capitulo III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
3.1.	RESULTADOS.....	37

3.1.1. Resultado de las Dimensiones del Cuestionario SF-36	41
3.1.1.1. Dimensión Función Física.....	41
3.1.1.2. Dimensión Rol Físico	43
3.1.1.3. Dimensión Dolor	44
3.1.1.4. Dimensión Salud General	44
3.1.1.5. Dimensión Vitalidad	45
3.1.1.6. Dimensión Función Social	46
3.1.1.7. Dimensión Rol Emocional.....	47
3.1.1.8. Dimensión Salud Mental	48
3.1.1.9. Dimensión Transición de Salud	49
3.1.2. Resultados en Total	50
3.1.2.1. Porcentaje de Resultados Menores y Mayores a 50 puntos	53
3.1.2.2. Factores Relacionados con la Calidad de Vida	56
3.2. Discusión.....	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 significado de la puntuación del cuestionario SF-36.....	21
Tabla 2 Medicamentos para control de la HTA.....	27
Tabla 3 Tabla de operacionalización de variables.....	32
Tabla 4 Resultados en porcentajes de la dimensión Función física	41
Tabla 5 Resultados en porcentajes de la Dimensión Rol Físico	43
Tabla 6 Resultados en porcentajes de la Dimensión Dolor	44
Tabla 7 Resultado en porcentaje de la Dimensión Salud General	44
Tabla 8 Resultados en porcentajes de la Dimensión Vitalidad	45
Tabla 9 Respuestas en porcentaje de la Dimensión Función Social	46
Tabla 10 Respuestas en porcentaje de la Dimensión Rol Emocional	47
Tabla 11 Resultados en porcentajes de la Dimensión Salud Mental.....	48
Tabla 12 Resultados de las dimensiones valoradas en el cuestionario SF-36.....	50
Tabla 13 Tabla de resultados en total del cuestionario SF-36.....	51
Tabla 14 Estadística de los resultados en total.....	52
Tabla 15 Tabla de participantes con puntaje en total menores a 50 puntos.....	54
Tabla 16 Tabla de participantes con puntaje en total mayor a 50 puntos.....	55
Tabla 17 Calidad de vida en relación al tratamiento en el grupo 1	58
Tabla 18 Calidad de vida en relación con el tratamiento en el grupo 2	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad del grupo de estudio.....	37
Gráfico 2 Frecuencia de la edad.....	38
Gráfico 3 Tiempo de diagnóstico de hipertensión.....	39
Gráfico 4 Métodos de control de HTA.....	40
Gráfico 5 Porcentaje de limitación en la dimensión función física	42
Gráfico 6 Respuestas en porcentaje de la dimensión transición de Salud.....	49
Gráfico 7 Resultados	53
Gráfico 8 Calidad de vida en relación a la edad	56
Gráfico 9 Calidad de vida en relación al tratamiento	57

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado.....	74
Anexo 2: Cuestionario de salud Sf-36.....	75

INTRODUCCIÓN

La salud no se define solamente como la ausencia de enfermedad, incluye también, al estado completo de bienestar físico y mental, según la OMS en su Carta Magna desde 1948, desde entonces, se ha buscado herramientas que puedan evaluar todas las dimensiones que conforman al ser humano. Como resultado de ello nace el término Calidad de vida el cual intenta cuantificar el estado de salud, abarcando los aspectos de la vida que estén en relación con la enfermedad y sus respectivos tratamientos.

Así pues, la OMS a mediados de la década de los 80, empezó con la búsqueda de una conceptualización que incluya todos los ámbitos que están inmersos en el término Calidad de vida, llegando a definirla hoy en día como, “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Todo esto en cuanto a su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.

Al valorar la calidad de vida se toma en cuenta varios criterios y no solamente un aspecto, por lo cual, resulta de gran importancia en el sector salud ya que permite conocer el estado en que se encuentra la persona respecto a su enfermedad y la forma en la que se la trata de esta forma permite conocer que ámbito de su vida está más afectada y sobre la cual se debe actuar para mejorar su calidad de vida.

En el Ecuador, mejorar la Calidad de vida de la población es un tema que se trata en el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, quien se guía por principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación en los ámbitos de educación, salud, seguridad social, gestión de riesgo, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, ciencia, población, seguridad humana y transporte, a través de la articulación con el Plan Nacional del Buen Vivir y el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa.

Tratar de mantener un buen estado de Calidad de vida es fundamental, al tener un gran impacto en el comportamiento de la persona, por lo que se debe valorar cuando se

relaciona con la salud o enfermedad, es por ello que, en el presente estudio se valora la calidad de vida en la población de riesgo, como es la tercera edad con hipertensión, debido a que estamos en una época de cambio demográfico, con un aumento de la población de la tercera edad, según las proyecciones de la OMS y el INEC. Con la variable de la hipertensión incluida, siendo mundialmente, la primera causa de muerte dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyo tratamiento farmacológico, a pesar de que conlleve notables cambios en cuanto a las cifras de presión arterial, por sintomatología secundaria o dosis incorrecta, disminuye la percepción de bienestar en el estado de salud en todos sus aspectos, alterando desfavorablemente la Calidad de vida.

Capítulo I: GENERALIDADES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de adultos mayores a nivel mundial está en aumento, según datos de la Organización Mundial de la Salud, la proporción de personas sobre los 60 años está creciendo más que otro grupo de edad debido a que ha aumentado la esperanza de vida y por el contrario se ha visto una disminución de la fecundidad (OMS, 2012).

Este cambio, producido por la disminución de las tasas de natalidad y el aumento del índice de vida conocido como esperanza de vida, ha hecho que los adultos mayores estén más presentes en la conversación cotidiana, en la creación de espacios dedicados a ellos y en especial, los programas de salud (León, Rojas, & Campos, 2011).

En el terreno de la salud, la implementación de fármacos para prevenir o tratar las infecciones, la universalización de la asistencia sanitaria pública y la generalización de los conceptos de, han permitido que hoy en día, diferentes enfermedades tengan una cura. Los progresos conseguidos han permitido que se haya pasado de una esperanza de vida de 35 años en 1900 a algo más de 82 años en 2012 (López, 2015).

Así mismo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionados con las privaciones que se han tenido durante la infancia, adolescencia y edad adulta. Los estilos de vida, la geografía, los factores de riesgo, las posibilidades de acceso

a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor (MSP, 2010).

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica y esto se evidencia en la población del adulto mayor que representaba el 7% en el año 2010 y en el 2050 representará el 18% de la población (MIES, 2013).

Este cambio provocará una transformación en la pirámide poblacional constituyendo un reto para el ámbito de la salud debido al avance de los años, limitación de las capacidades funcionales y aumento de los problemas de salud. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010) dentro de sus proyecciones poblacionales, la esperanza de vida será de 80 años en el 2050 lo cual ha contribuido a que la prevalencia de discapacidad en los adultos mayores vaya en aumento.

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes por año aproximadamente, de las cuales 9,4 millones de muertes son causadas por la hipertensión. Estas cifras van en aumento debido al crecimiento poblacional, al envejecimiento y a diversos factores como una mala dieta, abuso del alcohol, sedentarismo, sobrepeso o una exposición al estrés muy prolongada. Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas, debido a que la mayoría de pacientes, presentan otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Entre esos factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, hipercolesterolemia y diabetes mellitus. El tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones de la hipertensión en los afectados (OMS, 2013).

En la mayoría de los países de Latinoamérica las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte, de los cuales un tercio de los casos se presentan en los países desarrollados y los dos tercios restantes en países en vías de desarrollo.

Respecto a la mortalidad cardiovascular

Perú posee la menor cifra con 11.9% de la mortalidad total; mientras que Cuba muestra la mayor mortalidad con un 43.5% de los valores de mortalidad total, y un 18.7% en Ecuador con una prevalencia de HTA de un 28,7%, en cuanto a grupos de edad en Venezuela, se observó que la elevación de la presión arterial tiende a ser mayor en el sexo masculino hasta la edad de 50 años; en tanto que en las personas del sexo femenino, la prevalencia tiende a ser mayor a partir de esa edad (Armas & Hernandez, 2006).

Salazar, Rotta & Otiniano (2016) en su artículo *Hipertensión en el Adulto Mayor* nos dicen que:

La hipertensión arterial en el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, según estadísticas en Estados Unidos 67% de los mayores de 60 años tiene hipertensión arterial y en el Perú la prevalencia es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años.

Según ENSANUT-ECU en Freire et al. (2012):

La primera vez que se valoró hipertensión arterial en adulto mayor fue en 2010, en la cual se encontró que el 42.7% tiene valores alterados y en 2011 la hipertensión fue la segunda causa de mortalidad general a nivel nacional, sin embargo, no se sabe con exactitud el comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en Ecuador.

El hecho de recibir el diagnóstico de hipertensión, tomar medicación, a veces con un coste económico relevante y someterse al riesgo de los posibles efectos secundarios del tratamiento para evitar la aparición de problemas o complicaciones, va a repercutir en mayor o menor medida en el estado físico, psicológico, en la función cognitiva, relaciones sociales y actividad laboral, produciendo deterioro en el sentido de bienestar.

En el presente estudio se procuró ver si las medidas que se toman, aparte de los beneficios ya conocidos y de reducir la morbimortalidad son capaces de modificar la calidad de vida, aumentándola por desaparición de síntomas, confirmación del diagnóstico, buen control, disminución de los efectos secundarios de los fármacos, el etiquetado, etc. En dichos resultados se evidenciará los principales factores que se presentan en la disminución de la calidad de vida los cuales serán muy útiles para realizar planes de intervención por parte de los que rodean al adulto mayor con hipertensión de manera oportuna.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Según el Informe Mundial de Discapacidad de la OMS (2011), el riesgo de discapacidad es más alto a mayor edad y se pronostica que al año 2050 la cantidad de adultos mayores que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en vías de desarrollo. La capacidad de vivir independientemente se ve limitada por la fragilidad u otros problemas físicos o mentales por lo que necesitaran de asistencia para la vida cotidiana a largo plazo.

Estos cambios que trae consigo el proceso de envejecimiento, constituye un reto para el ámbito de la salud, las capacidades funcionales y los problemas de salud crecen por lo cual se debería estar capacitado para optimizar la salud al máximo del adulto mayor (OMS, 2011).

Según Domínguez y García (2014), cuando el ingreso a una institución geriátrica se efectúa, se identifica como uno de los factores que actúa en la disminución de autonomía de la persona mayor, viéndose obligado a adaptarse a un entorno que no domina, se deterioran sus relaciones personales y se olvida la competencia y la historia personal. Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se conoce como las pérdidas asociadas a su envejecimiento y la capacidad funcional traducida en dependencia y autonomía; la cual está relacionada significativamente con el deterioro generado por la institucionalización.

Para Velazco et al. (2015), el proceso de envejecimiento trae consigo un deterioro normal de las funciones orgánicas y por tanto de la funcionalidad tanto física como psicológica y social. Las alteraciones fisiológicas propias del envejecimiento, las enfermedades agudas y crónicas que presenta la persona mayor, así como el efecto de los

tratamientos farmacológicos que recibe por ellas son factores de riesgo que afectan la calidad de vida.

En el estudio realizado por García, Cardona, Segura y Garzón (2016), se evidenció que las patologías que más afectan a los adultos mayores son las enfermedades crónicas, de las cuales la hipertensión arterial se ubica en el primer lugar seguida por la diabetes, problemas articulares, problemas pulmonares y otros. Si no se aborda a tiempo, el problema de la hipertensión esta tendrá importantes repercusiones económicas y sociales: la muerte prematura, la discapacidad, las dificultades personales y familiares, la pérdida de ingresos y los gastos médicos ocasionados por la hipertensión arterial repercuten en las familias, las comunidades y las finanzas nacionales.

Las enfermedades no transmisibles como la diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer y la enfermedad pulmonar crónica causan mortalidad prematura en el grupo de edades de 30 a 69 años representando en el 2022 el 47.8% de muertes a nivel nacional. Las enfermedades cardiovasculares constituyen en el Ecuador el 25% de las muertes en personas mayores de 30 años y el 19% en el grupo de 30 a 70 años. Las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón, en conjunto en el año 2011, fueron causa de 10.325 muertes, 16,6% del total de muertes del país en todos los grupos de edad (OMS & OPS, 2013)

Según Orunio, Guevara y Cardozo (2015) las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un grupo de patologías que afectan cada vez más a un mayor número de personas y las mismas están asociadas a factores de riesgo bien conocidos, determinados por el modo y estilo de vida de las personas, que obliga a la necesidad de establecer un sistema de vigilancia para la observación, investigación e intervención en aquellos factores,

biológicos, psicológicos, socioeconómicos o ambientales que influyen en el origen de estas enfermedades

La hipertensión arterial es un problema que llega a ser una afección multisistémica y por esta razón, no solo se debe tratar la enfermedad en sí, sino las consecuencias que origina en los demás ámbitos en los que el paciente está inmerso. Al ser una patología que depende en parte del estilo de vida, es por ello que los pacientes se ven en la necesidad de modificarlo para lograr mantener o mejorar su calidad de vida. El impacto que tiene la calidad de vida en el comportamiento diario es considerable, existiendo numerosos motivos y variables subjetivas que deben ser cuantificadas cuando se relacionan con la salud o la enfermedad, este es el caso de la hipertensión arterial, no obstante, existe una considerable relación entre la hipertensión arterial y la calidad de vida, especialmente por tratarse de una enfermedad crónica en la cual las personas están sometidas a modificaciones en su estilo de vida, hábitos alimenticios y comportamiento, determinado por el uso de medicamentos (Ortunio, Guevara, & Cardozo, 2015)

Diversos estudios han sido realizados para ver las repercusiones que conlleva la hipertensión en la calidad de vida mediante la utilización de diversos cuestionarios entre ellos el cuestionario Sf-36. En España se encontró que los pacientes refirieron tener peor calidad de vida percibida, siendo las mujeres con bajo nivel de estudio, sedentarias, con antecedentes de cardiopatía isquémica y que contaban con escaso apoyo afectivo, el grupo más afectado. En Colombia se observó que en cuanto a calidad de vida luego de ser diagnosticados con hipertensión leve esta fue disminuyendo progresivamente.

El principal objetivo a conseguir con el tratamiento de la hipertensión arterial es la normalización en las cifras para prevenir el daño cardiovascular. Los fármacos que son

utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial pueden acompañarse de efectos negativos en la percepción de salud por la persona. Por esta razón es fundamental promover la utilización de indicadores de salud que sean válidos, para las personas con hipertensión, y así poder monitorizar la repercusión que la enfermedad tiene en la calidad de vida de la persona y su evolución tras recibir un determinado tratamiento antihipertensivo u otro, así como para realizar un análisis de costo-eficacia entre diversos tratamientos (Jarillo, Moreno, Rodríguez, & Lázaro, s.f.)

Según Pinillos y Prieta (2012), el desarrollo de un programa de ejercicios fisioterapéuticos en adultos mayores institucionalizados y la adaptación del entorno físico, aumenta su desempeño físico, el cual podría ser implementado en centros de cuidados de adultos mayores.

Así pues, a través del conjunto de acciones, se asegura el proceso de prevención, protección y restitución de los derechos de la población adulta mayor dentro de un entorno familiar, comunitario y social y se atiende sus necesidades bio-sico-sociales y culturales, para la promoción de un envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable, a través de su participación y empoderamiento junto a la familia, la sociedad y el Estado (MIES, 2014).

En el Ecuador según el Ministerio de Inclusión Económica y Social existen 1.049.824 personas mayores de 65 años lo cual corresponde al, con proyecciones al 2020 con un aumento del 7,4% de la población total, para los cuales se han realizado investigaciones en conjunto con el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, de las cuales la investigación más avanzada según dichas instituciones es *“El estado de las personas adultos mayores del 2010”*, en la cual se busca la identificación de los principales problemas

epidemiológicos y socioeconómicos que enfrentan los adultos mayores y para así implementar o modificar las políticas públicas. Aborda la situación demográfica y socioeconómica para analizar la esperanza de vida y causas de muerte más importantes que afecten a las personas mayores de 65 años, sin embargo, hace falta estudios enfocados en la calidad de vida como tal en el adulto mayor.

Durante nuestra carrera observamos que los pacientes de la tercera edad están muy influenciados por el medio en el que se desenvuelven, por lo cual algunas dolencias físicas que presentaban, no siempre provenían de una afección biológica y así mismo el tratamiento que se les implementaba, en algunos casos, no eran suficientes para que el paciente sienta una mejora total en su bienestar, a pesar de que las escalas de valoración tuvieran resultados positivos en cuanto a la mejoría física, no contaban con métodos para valorar al paciente como un ente biopsicosocial. Es por eso que el presente informe pretendió determinar la situación que presenta la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, institucionalizado y no institucionalizado, con el fin de demostrar la importancia de conocer los factores principales en la disminución de la calidad de vida y que sirva como un medio de referencia para que así encargados de las instituciones de salud o del hogar de ancianos al igual que familiares, implementen estrategias para mejorar o mantener la satisfacción de este grupo vulnerable.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

Evaluar la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, institucionalizados en el Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y los participantes del proyecto 60 y Piquito.

1.3.2. Específicos

- Analizar las actividades que realiza el adulto mayor para controlar la hipertensión del Hogar de ancianos de Santa Catalina Labouré y de los integrantes del programa 60 y piquito.
- Establecer el nivel de calidad de vida del adulto mayor con hipertensión del Hogar de ancianos de Santa Catalina Labouré y de los integrantes del programa 60 y piquito.
- Determinar los principales factores en la alteración de la calidad de vida el adulto mayor del Hogar de ancianos de Santa Catalina Labouré y de los integrantes del programa 60 y piquito.

1.4. METODOLOGÍA

1.4.1. Tipo de Estudio

Para analizar el estado funcional, se diseñó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal, con enfoque cualitativo, ya que se pretende determinar el nivel de calidad de vida basado en la aplicación del cuestionario de salud Sf-36

1.4.2. Diseño y Tamaño de la Muestra

1.4.2.1. Universo

Adultos mayores del hogar de ancianos de Santa Catalina Labouré y participantes activos del proyecto 60 y piquito.

1.4.2.2. Muestra

1.4.2.2.1. Criterio de inclusión

Se aplica la evaluación a los participantes del hogar Santa Catalina de Labouré y el programa de 60 y piquito del Parque Ingles a los adultos mayores de 65 años en adelante, con hipertensión arterial y que accedan a firmar el consentimiento informado por voluntad propia.

1.4.2.2.2. Criterio de exclusión

Los participantes que presenten trastornos cognitivos, Alzheimer, demencia, esquizofrenia, bipolaridad. Pacientes a los que se les trate con sedantes o medicamentos que afecten el estado normal de conciencia.

1.4.2.2.3. Criterio de eliminación

Pacientes que durante el cuestionario no se sientan cómodos al responder las preguntas propuestas o que no quieran responder por mal humor.

1.4.3. Fuentes, técnicas e instrumentos

1.4.3.1. Fuentes

- a. Fuente Primaria Se realizará la recolección de datos por medio de entrevistas e historias clínicas en el caso de que las instituciones lo poseen.
- b. Fuentes secundarias Contiene información primaria, sintetizada y reorganizada lo cual facilita el acceso a fuentes primarias en nuestro caso utilizaremos, artículos, textos electrónicos, libros.

1.4.3.2. Instrumentos

De acuerdo a búsqueda bibliográfica para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión se utilizará el cuestionario de salud Sf-36.

1.4.4. Consentimiento Informado (anexo 1)

1.4.5. Plan de Análisis de Datos

Organización de datos mediante la utilización de Excel y Google drive encuestas.

Capitulo II: MARCO TEORICO

2.1. ADULTO MAYOR

El ser humano se desarrolla a través de un ciclo de vida que comprenden etapas con características especiales desde la concepción hasta la muerte (Gómez, Saiach, & Lecuna, 2000). Según El Instituto Nacional de Estadística y Censo (2008), define como adulto mayor a las personas que constituyen la población a partir de los 65 años.

2.2. Adulto Mayor en el Ecuador

Para Villacís (2011), los datos recolectados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo informan que en el Ecuador existen 1'229.089 adultos mayores y que de ellos la mayoría residen en la sierra (596.429) seguido de la costa con 589.431 siendo en su mayoría mujeres con el 53.4%.

De la totalidad de adultos mayores el 11% vive solos y de los que viven acompañados en su mayoría viven con un hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). El dato de discapacidad en la población adulta mayor evidencia que las mujeres tienen niveles mayores de afectación que los hombres y, si se toma como referencia el valor de 10 en la escala para identificar quienes en esencia conservan todas sus facultades, el 21% de las mujeres y el 43% de los hombres caen en este grupo perfectamente funcional, mientras que el 19% de las mujeres y el 13% de los hombres sufren de discapacidad (MIES, 2013).

El Gobierno de la Revolución Ciudadana ha implementado políticas públicas basadas en la defensa de los Derechos y en el reconocimiento al valor de la población adulta mayor, cuya participación aumentará progresivamente. Esto se logrará a través del MIES quien es el ente rector de las políticas sociales del Estado Ecuatoriano. Esta institución

lidera inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano, así como en la protección y cuidado de las personas adultas mayores (SENPLADES, 2013).

2.3. Esperanza de Vida

Entre los años 2000 y 2015, la esperanza de vida media en el mundo ha aumentado cinco años, el mayor avance desde los años sesenta. Así, la media mundial en 2015 fue de 71,4 años, y sólo 29 países superaron los 80 años de media siendo el Ecuador es uno de los nueve países Latinoamericanos cuya esperanza de vida sobrepasa los 74 años de edad (OMS, 2016).

2.4. Condiciones Socioeconómicas

Los datos recolectados en el censo de población y vivienda del 2010 dieron a conocer que las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son deficitarias en su mayoría, siendo el 57,4% de personas que se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Igualmente se pudo determinar que la pobreza aumenta en el área rural en el cual 8 de cada 10 adultos mayores padecen de pobreza y pobreza extrema. Esto se debe principalmente a que el acceso a ingresos a medida que aumenta la edad, el acceso a ser parte activa en la plaza laboral se ve limitada al no existir ocupaciones adecuadas a su condición, siendo solo el 13,6% de adultos mayores que cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo (MIES, Agenda de las personas adultas mayores, 2013).

Según la encuesta ENEMDUR en la Agenda Nacional para el adulto mayor (MIES, 2013) en el año 2009, las características de ocupación de las personas adultas mayores indicaban que el 56% de la población tenía ingresos económicos por cuenta propia, 25% estaban en condiciones asalariadas, 7% en calidad de patronos, 10% realizan oficios sin remuneración para familiares y 2.1% eran empleados domésticos.

2.5. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio la misma que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades, y como consecuencia final un mayor riesgo de muerte (Gómez, Saiach, & Lecuna, 2000).

2.6. CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (s.f.) definió hace ya varias décadas la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad. El modelo “biopsicosocial” en medicina enmarca aspectos referidos al bienestar del paciente, como sus relaciones como persona, su comportamiento, el entorno en el que se desenvuelve y sus relaciones sociales, en lo que se conoce con el nombre de Calidad de Vida. Así, el sentido subjetivo de bienestar de cada persona derivado de la experiencia diaria de su vida, se abre camino entre el campo de salud y las ciencias sociales. La evaluación de la calidad de vida debe incluir todas las áreas de la vida impactadas por la enfermedad o su tratamiento: la física, la psicológica, la social y la espiritual (Arostegui & Nuñez, 2008)

El método clásico para determinar y evaluar de una forma válida el impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y en la sensación de bienestar es la administración de cuestionarios. A través de éstos se pone de manifiesto que el estado de salud de los pacientes no siempre se corresponde con los datos que proporcionan las medidas biológicas habitualmente utilizadas para su evaluación clínica, y que los índices de actividad de la enfermedad no siempre son buenos predictores de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.

Durante la década de los 90 se desarrolla un nuevo concepto, el de Calidad de Vida Relacionada con la Salud o salud percibida. Este integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar. La medición de la calidad de vida hace posible obtener información sobre la enfermedad y su impacto en la vida del paciente de una forma estandarizada, comparativa y objetiva. La mejor forma de medir la calidad de vida relacionada con la salud es utilizar un enfoque multidimensional, valorando tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud. La calidad de vida relacionada con la salud tiene un lugar destacado en la investigación de resultados en salud como un parámetro de medición de los estados de salud y evaluación de los resultados de los cuidados médicos, en especial en el campo de las enfermedades crónicas (Vilagut, Ferrer, & Rajmil, 2005).

2.6.1. Cuestionario de Salud Sf-36

Según Palomba, la calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través

de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades”. (Palomba, 2002)

El cuestionario está compuesto por 36 preguntas que valoran el estado actual del sujeto relacionado a la salud (Anexo 1). Las 8 dimensiones que cubre son los siguientes:

1. Función física (FF)
2. Rol físico (RF)
3. Dolor corporal (D)
4. Salud general (SG)
5. Vitalidad (V)
6. Función social (FS),
7. Rol emocional (RE)
8. Salud mental (SM).

Existe un ítem adicional que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto a cómo era un año antes (CS).

2.6.1.1. Puntuación del Cuestionario SF-36

Para el cálculo de las puntuaciones, que tiene un recorrido desde 0 que es el peor estado de salud, hasta 100, siendo el mejor estado de salud. Hay que realizar los siguientes pasos: (Palomba, 2002)

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren.
2. Calculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda)
3. Transformación lineal de las puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuación transformada)

Tabla 1**significado de la puntuación del cuestionario SF-36**

Dimensión	No. De ítems	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a su salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas al dolor.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia externa y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.

Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a Problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 mes/año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace 1año/mes

FUENTE: (Vilagut, Ferrer, & Rajmil, 2005)
 ELABORADO POR: Daniela Quijia y Paula Carrera

2.6.1.2 Validez del Cuestionario SF-36

El cuestionario SF-36 desarrollado en Estados Unidos mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo. La versión en español realizada España, mostró coincidencia completa con la original esperada, demuestra alta equivalencia con los valores originales y reproducibilidad aceptable.

El uso internacional del SF-36, está documentada en más de 1.000 publicaciones acerca del impacto de enfermedades, descrita en más de 130 condiciones. Por las cualidades de brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo. (Lugo, García, & Gómez, 2006)

2.7. HIPERTENSIÓN

Según la OMS, la hipertensión es un problema de salud pública mundial. La hipertensión arterial es un trastorno caracterizado por la alta o elevada tensión arterial persistente de los vasos sanguíneos que puede dañarlos.

2.7.1. Clasificación de la Tensión Arterial en el Adulto Mayor

2.7.1.1. Hipertensión Diastólica

El corazón impulsa una presión determinada para bombear sangre a todo el cuerpo, la presión arterial diastólica es la presión cuando el corazón se encuentra en reposo, es decir la presión que hace la sangre sobre las arterias entre un latido y otro. Dentro de sus valores que se consideran, se puede llamar normal a aquellos que tienen menor a 80 mmHg, de 80-89 mmHg se considera Prehipertensión y los valores catalogados como hipertensión se consideran dos valores, siendo de 99-99 mm Hg los cuales corresponden al Grado 1 y de 100 o más se corresponde al grado 2. (THI, 2016)

2.7.1.2. Hipertensión Sistólica

La presión sistólica es la fuerza del flujo sanguíneo por una arteria al latir el corazón teniendo como valores normales de 20 mm Hg, prehipertensión de 120-139 mmHg y en cuanto a la hipertensión para el Grado 1 se toman en cuenta valores de 140- 159 mmHg, mientras que para el Grado 2 se toman valores de 160 o más.

2.7.2. Clasificación de la Hipertensión Arterial según la OMS y SIH

La categoría sistólica y diastólica óptima debe ser inferior a 120/80 mmHg. Un nivel normal comprende niveles inferiores a 130/85 mmHg y se considera alta cuando supera

130-139 / 85-89 mmHg. Una persona padece hipertensión sistólica aislada cuando el valor de la tensión arterial sistólica supera 140 mmHg.

2.7.2.1. Grados de Hipertensión

Dentro de la hipertensión, se estableció grados de hipertensión de la siguiente manera:

- La hipertensión ligera o de grado I comprende niveles de 140-159 / 90-99 mmHg.
- La hipertensión moderada o de grado II se sitúa entre 160-179 / 100-109 mmHg
- La hipertensión severa o de grado III comprende niveles superiores a 180-110 mmHg.

2.7.3. **Epidemiología**

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares ocasionan aproximadamente 17 millones de muertes por año. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (OMS, 2013)

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés (OMS, 2013).

2.7.4. Factores de Riesgo Relacionados con la Hipertensión

La hipertensión se puede prevenir modificando factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol o la inactividad física. El tabaco puede aumentar el riesgo de complicaciones de la hipertensión. Si no se emprenden acciones para reducir la exposición a estos factores, aumentará la incidencia de enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión (OMS, 2013).

2.7.5. La Hipertensión Arterial como Efectos del Envejecimiento

La hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en las personas entre los 30 y 50 años de edad, generalmente, asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en el órgano blanco (García, Cardona, Segura, & Garzón, 2016)

Las alteraciones estructurales de las paredes vasculares por la pérdida de la elastina y aumento de fibras de colágeno rígidas, la calcificación y el desarreglo de las fibras produce rigidez de las paredes, produciendo un incremento de la velocidad de la onda de pulso, determinado que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole incrementado la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica. Por esta razón el patrón de hipertensión arterial predominante en el adulto mayor es la hipertensión sistólica aislada. Otros factores que afectan la presión arterial están en relación a disfunción endotelial por reducción en la producción de óxido nítrico e incremento de vasoconstrictores como la endotelina (Chobanian, 2007).

El incremento de la tensión arterial sistólica es el resultado de los cambios morfo fisiológicos debido al envejecimiento, el cual se evidencia en el 65% de pacientes mayores

de 60 años y el 90% en mayores de 70 años, principalmente en las mujeres. En cuanto a la tensión arterial diastólica tiene un efecto contrario llegando a una meseta a finales de la edad media, e incluso se produce lentamente un descenso de esta (Gil, y otros, 2012).

2.7.6. Aspectos Fisiopatológicos de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor

La presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad que es sometido a cambios al pasar de los años. Se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos (Aronow ,2011).

El mecanismo por el cual la presión sistólica se incrementa está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta. En cada latido el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo genera una onda de pulso que viaja del corazón hacia la periferia la cual es a su vez reflejada hacia el corazón una vez que alcanza la periferia, cuando las arterias son distensibles la velocidad es más lenta y retorna al corazón durante la diástole, lo que produce incremento de la presión diastólica (Pimienta, 2012).

La distribución de los tipos de HTA en el estudio de Framingham determinan que la hipertensión ocurre en más del 80% de los mayores de 60 años y supera el 90% en los mayores de 80 años. Como se observa en el seguimiento del estudio Framingham, el 90% de los pacientes que eran normotensos en el grupo etario de mayores de 50 años, se hicieron hipertensos en los 25 años de seguimiento. (Chobanian, 2007).

2.7.6.1. El Estudio de Framingham

El estudio Cohort realizado por el Instituto Nacional Cardíaco, Pulmonar y Sanguíneo (NHLBI) en el año 1948, ha estado cometido a identificar los factores comunes o características que contribuyen a enfermedades cardiovasculares (CVD). Los participantes

del grupo original fueron compuestos de 5,209 hombres y mujeres de la ciudad de Framingham, entre 30 y 62 años de edad y quienes no habían desarrollado síntomas de ninguna enfermedad cardiovascular o sufrido un ataque al corazón o accidente cerebrovascular. El desarrollo del estudio seguido de cerca a través de los años con tres generaciones de participantes.

Desde entonces, el estudio ha añadido a los hijos del primer grupo (Offspring Cohort) en 1971; al grupo multicultural Omni en 1994; a la Tercera Generación del grupo original en 2002; a un grupo de los esposos de los "offspring" en 2003 y también en 2003 se añadió un segundo grupo de Omni.

A través de los años, el cuidadoso monitoreo de los participantes, ha llevado a la identificación de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, así como a valiosa información sobre los efectos de estos riesgos, tales como presión arterial, niveles de colesterol y triglicéridos, edad, sexo y rasgos psico-sociales.

2.7.7. Medidas para Tratar la Hipertensión

2.7.7.1. Medicamentos

Generalmente se utiliza un solo medicamento sin embargo se pueden combinar si la presión sistólica esta sobre los 160 mm de Hg o si la presión arterial diastólica esta sobre los 100mm de Hg, entre los medicamentos más usados son:

Tabla 2

Medicamentos para control de la HTA

Medicamentos	
Medicamentos diuréticos	Llamados píldoras de agua los cuales facilitan la eliminación de sodio del cuerpo por

	<p>parte de los riñones, obteniendo como resultado la disminución de líquido en vasos sanguíneos bajando la presión arterial.</p>
Betabloqueadores	<p>Su función es sobre el corazón disminuyendo la fuerza y rapidez de sus latidos dando como resultado el bombeo de menos sangre a través de los vasos sanguíneos, lo cual ayuda a bajar la presión arterial</p>
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	<p>La hormona encargada de estrechar los vasos sanguíneos y aumentar la presión arterial es la angiotensina II, la enzima convertidora de angiotensina convierte la angiotensina I en angiotensina II. Por ello los inhibidores bloquean este proceso y detienen la producción de angiotensina II, reduciendo la presión arterial.</p>
Bloqueadores del receptor de angiotensina II (BRA)	<p>Se encargan de bloquear la unión entre la hormona angiotensina II en los receptores de los vasos sanguíneos, así pues, cuando la angiotensina II está bloqueada, los vasos sanguíneos no se contraen o estrechan, lo cual puede bajar la presión arterial.</p>
Bloqueadores de canales de calcio	<p>No permiten que el calcio entre en las células del músculo cardíaco y de vasos sanguíneos permitiendo así que estos se relajen y disminuya la presión arterial.</p>
Bloqueadores alfa	<p>Disminuyen los impulsos nerviosos que contraen los vasos sanguíneos lo cual permite que la sangre pueda circular más libre y así también baja la presión arterial.</p>

Bloqueadores alfa-beta Su acción es igual que los bloqueadores alfa, sin embargo, como los betabloqueadores, estos también trabajan haciendo que los latidos del corazón sean más lentos, dando como resultado la disminución de la presión arterial.

Agentes centrales Su acción es sobre el cerebro para disminuir las señales nerviosas que actúan estrechando los vasos sanguíneos, reduciendo así la presión arterial

Vasodilatadores Actúan relajando los músculos de las paredes de los vasos sanguíneos.

Fuente: National Heart, Lung, and Blood Institute

Elaborado por: Daniela Quijia

Efectos secundarios de los medicamentos para la presión arterial

Según Medline todos los medicamentos tienen efectos secundarios, los cuales pueden ser leves y disminuir con el tiempo, si estos efectos secundarios son muy graves, la mayoría de las veces los cambios en las dosis o cuando tomarlos ayudan en reducir los efectos.

Entre los más comunes se incluyen:

- Tos
- Diarrea o estreñimiento
- Vértigo o mareo leve
- Problemas de erección
- Sentirse nervioso
- Cansancio, débil, soñoliento o con falta de energía
- Dolor de cabeza
- Náuseas o vomito
- Erupción cutánea
- Pérdida o aumento de peso

2.7.7.2. Modificación en el Estilo de Vida

Se indica la modificación del estilo de vida en todos los pacientes con hipertensión las cuales normalizan la presión arterial por si solas en algunos hipertensos, disminuyéndola y mejorando a la eficacia de la acción de los fármacos (Echeverría Raul & Riondet, s.f)

2.7.7.2.1. Comer Saludable

Dentro de esto se recomienda sobre todo la disminución del sodio y sal en la dieta, consumiendo como máximo 2,300mg de sodio al día lo cual ayuda a controlar la presión arterial;, aumentar el potasio y consumir alimentos que sean buenos para el corazón el cual incluye granos integrales, frutas, vegetales, legumbres, lácteos sin grasa, pescados ricos en omega 3 y evitar consumir demasiada carne roja, aceites de palma y coco y alimentos y bebidas altas en azúcar (NHLB & NIH, 2015).

2.7.7.2.2. Actividad Física

Según la National Heart, Lung, and Blood Institute (2015), en general se debe realizar actividad física de moderada intensidad por lómenos 2 horas 30 minutos a la semana, o en su defecto realizar ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa por 1 hora y 15 minutos a la semana.

Los pacientes con hipertensión tienen riesgo de enfermedad cardiovascular elevado por lo que antes de realizar un programa de ejercicio se le realizará una prueba de esfuerzo, la cual indicará isquemia, arritmias e isquemia miocárdica asintomática etc. Igualmente, esta prueba nos dará datos sobre su frecuencia cardiaca máxima. Luego de esto se empieza el ejercicio aeróbico como caminata ciclismo o natación, el cual debe ir aumentando gradualmente desde los 30 hasta 45 minutos, aquí la frecuencia cardiaca es fundamental guía para practicar este tipo de ejercicio y debe ser monitorizado para verificar que se mantenga entre el 55% al 79% de la frecuencia cardiaca máxima, la cual si no se ha realizado el test de esfuerzo se la realizara por una formula siempre y cuando no tenga respuesta cardiaca limitada por medicamentos, marcapasos o neuropatías. (Rojas, 2008)

$$\text{Frecuencia cardiaca máxima} = 220 - \text{edad}$$

Con el resultado de esta fórmula, si la persona empieza con una mala condición física se hará con el 50 a 60% de la FCM y se aumentará progresivamente, así pues, para que el ejercicio tenga sus efectos se los debe realizar de forma continua al menos 3 a 6 meses.

2.8. RELACIÓN DE LA HIPERTENSION CON LA CALIDAD DE VIDA

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas de salud pública más grandes del mundo y la evaluación de la calidad de vida se ha convertido en un criterio importante para evaluar la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de la salud, así como el tratamiento de la hipertensión con fármacos es indispensable, mismos que producen efectos adversos sobre la calidad de vida de la persona que vive con esta enfermedad, como mareos, cefalea, fatiga, entre otros. Éstos pueden llevar a la persona a sentirse peor que antes de iniciar el tratamiento, situación puede influir en el paciente para rechazar el mismo, ya que afecta su bienestar y funcionalidad (Del Rosario, García, Gómez, & Mondragón, 2011).

Existe una considerable relación en el efecto que la hipertensión arterial tiene en la calidad de vida, especialmente por tratarse de una enfermedad crónica y más si consideramos una hipertensión moderada sin síntomas y estos pueden aparecer como efecto secundario de la medicación, siendo más marcado cuando hablamos de personas enfermas crónicas, sometidas a modificaciones de su régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), como ocurre con el paciente hipertenso. Inclusive, tratándose de algún tipo de hipertensión asintomática, como la hipertensión ligera o en estadio inicial, la percepción del paciente a su avance o a los beneficios del control de la misma, de su estado de salud y estado psicológico, relacionados con encontrarse bien o por el contrario percibirse psíquicamente irritable, ansioso o deprimido en relación con su enfermedad, va a estar, en parte condicionadas por el tratamiento que recibe o por los cambios de vida que debe realizar. Una cuestión importante en el campo de la hipertensión, es la falta de cumplimiento con el tratamiento prescrito. Entre un 16% y un 33% de los pacientes hipertensos tratados,

abandona el tratamiento. El cumplimiento del tratamiento no va a depender sólo de la simplicidad en la dosificación de la medicación antihipertensiva sino fundamentalmente de los efectos adversos relacionados con esa medicación. Por esto y todo lo antes mencionado se ha visto la necesidad fundamental de promover la utilización de indicadores de salud válidos, para los pacientes hipertensos, y así poder monitorizar la repercusión que la enfermedad tiene en la calidad de vida del paciente y su evolución tras recibir un determinado tratamiento antihipertensivo u otro, así como para realizar un análisis de costo-eficacia entre diversos tratamientos (Jarillo, Moreno, Rodríguez, & Lázaro, s.f.).

2.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3

Tabla de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Adulto mayor	Según el instituto Nacional de Estadística y Censo (2008) el Adulto Mayor se considera a aquella población a partir de los 65 años.	Nominal
		Masculino	Designamos dentro del ser humano, a los de sexo masculino, con órganos reproductores característicos, que lo facultan potencialmente para la paternidad (Pérez & Gardey, Definición de hombre, 2012).	
Sexo	El sexo refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, plantas y animales.	Femenino	El término femenino se refiere a aquello que resulta propio, relativo o perteneciente a las mujeres (Pérez & Merino, Definición de Femenino, 2012).	Nominal
Estado funcional	Medición de la forma en que el paciente puede llevar a cabo	Independencia funcional	Es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir	Nominal

	las tareas habituales y las actividades diarias.		independientemente (Sanhueza, Castro, & Merino , 2005). La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el Estudio Nacional de la dependencia en personas mayores (SENAMA, s.f) es la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales.	
		Dependencia funcional		
Actividad Física	Es definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resultan en gasto energético.		Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, o actividades de moderada o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana; cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana (Serón, Muñoz, & Lanás, 2010). Reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por al menos 20 minutos diarios; o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana (Serón, Muñoz, & Lanás, 2010). Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada (Serón, Muñoz, & Lanás, 2010).	Nominal
		Moderado		
		Bajo		

	Grado de limitación para hacer		Muy limitado para llevar a cabo	
Función Física	actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.	Bajo	todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a su salud (Alfonso, y otros, 2005)	Nominal
		Alto	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud. (Alfonso, y otros, 2005)	
Rol Físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades	Bajo	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física (Alfonso, y otros, 2005)	
		Alta	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física (Alfonso, y otros, 2005)	
Dolor corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar	Bajo	Dolor muy intenso y extremadamente limitante (Alfonso, y otros, 2005)	
		Alto	Ningún dolor ni limitación. (Alfonso, y otros, 2005)	
Salud General	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse	Bajo	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore. (Alfonso, y otros, 2005)	
		Alto	Evalúa la propia salud como excelente (Alfonso, y otros, 2005)	
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	Bajo	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo (Alfonso, y otros, 2005)	
		Alto	Se siente muy dinámico y lleno de energía (Alfonso, y otros, 2005)	

Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	Bajo	Interferencia externa y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales (Alfonso, y otros, 2005)
		Alto	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales. (Alfonso, y otros, 2005)
Rol Emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias	Bajo	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales (Alfonso, y otros, 2005)
		Alto	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales (Alfonso, y otros, 2005)
Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general	Bajo	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo (Alfonso, y otros, 2005)
		Alto	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo. (Alfonso, y otros, 2005)
Ítem de Transición de salud	El estado actual comparado con las condiciones de salud de hace un año.	Bajo	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año. (Alfonso, y otros, 2005)
		Alto	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año. (Alfonso, y otros, 2005)

ELABORADO POR: Paula Carrera y Daniela Quijia

2.10. Hipótesis

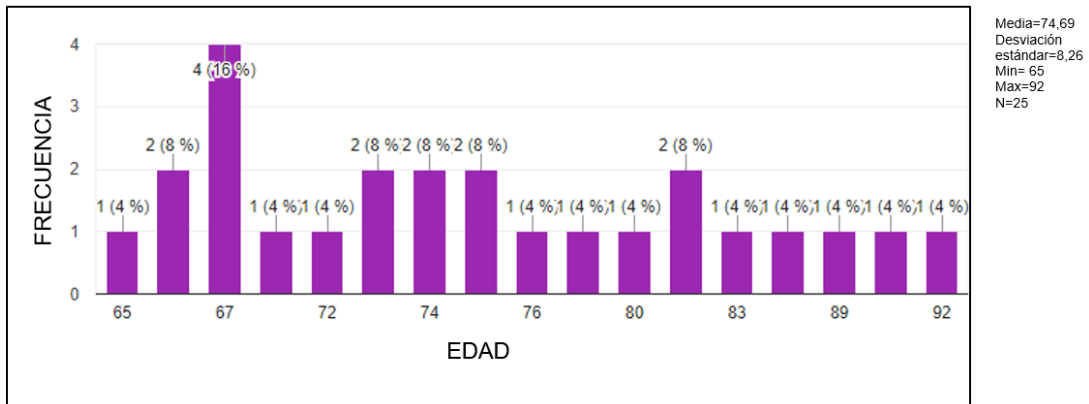
Las personas de la tercera edad con hipertensión, tienen una baja calidad de vida.

Capítulo III: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

El presente estudio se realizó con 25 participantes de la tercera edad con hipertensión, teniendo en cuenta una edad igual o superior a los 65 años, de los cuales la mayoría son del sexo femenino con el 92% y el 8% del sexo masculino.

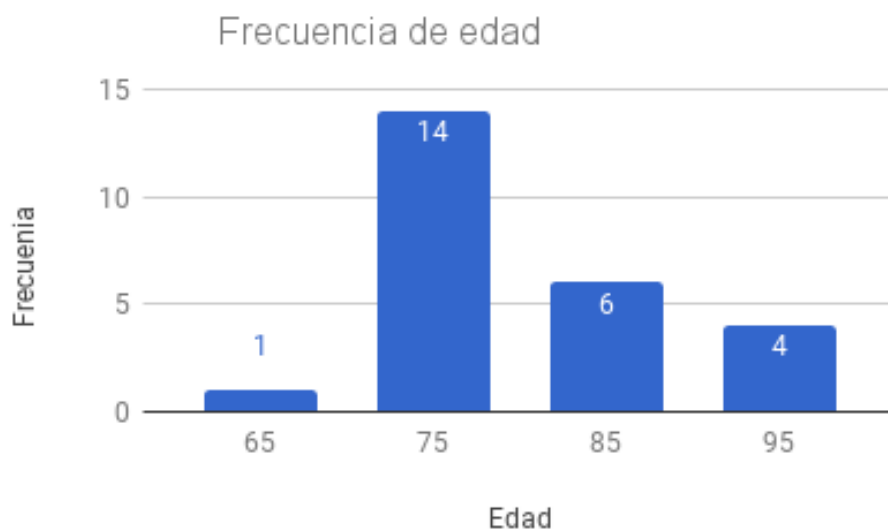
Gráfico 1
Edad del grupo de estudio



Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En el gráfico se puede observar que la media de edad de los 25 participantes del estudio es de 75 años, con una desviación estándar de 8 años, siendo la edad mínima de 65 años y la edad máxima de 92 años.

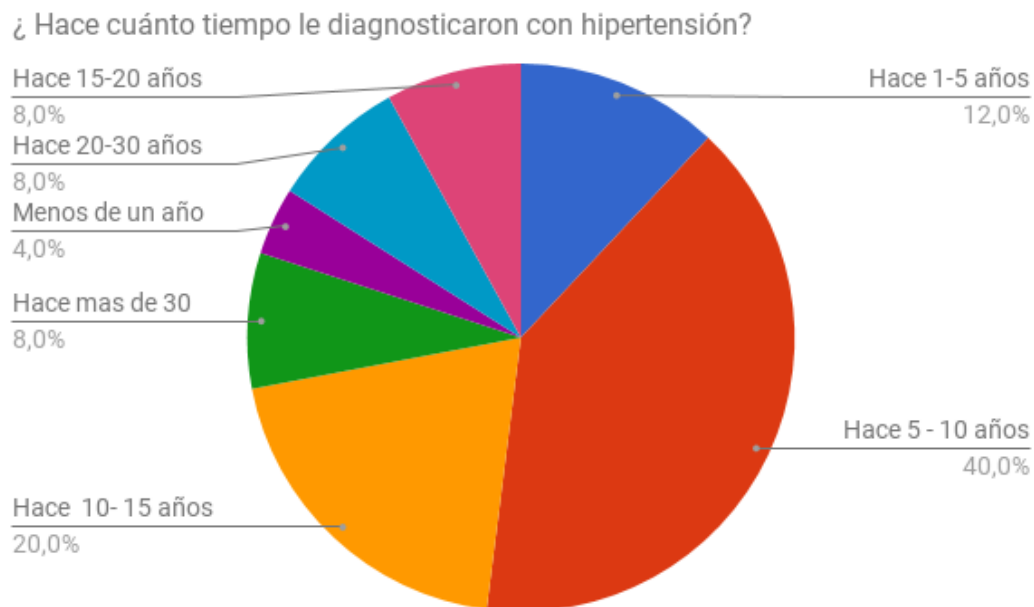
Gráfico 2
Frecuencia de la edad



Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

De los 25 participantes, llama la atención que la mayoría de participantes se encuentran en un rango de edad de entre los 66 a 75 años y solamente 1 persona de 65 años, lo cual coincide con valores según la OMS (2014), en la cual indica que la esperanza de vida es alrededor de los 70 años.

Gráfico 3
Tiempo de diagnóstico de hipertensión

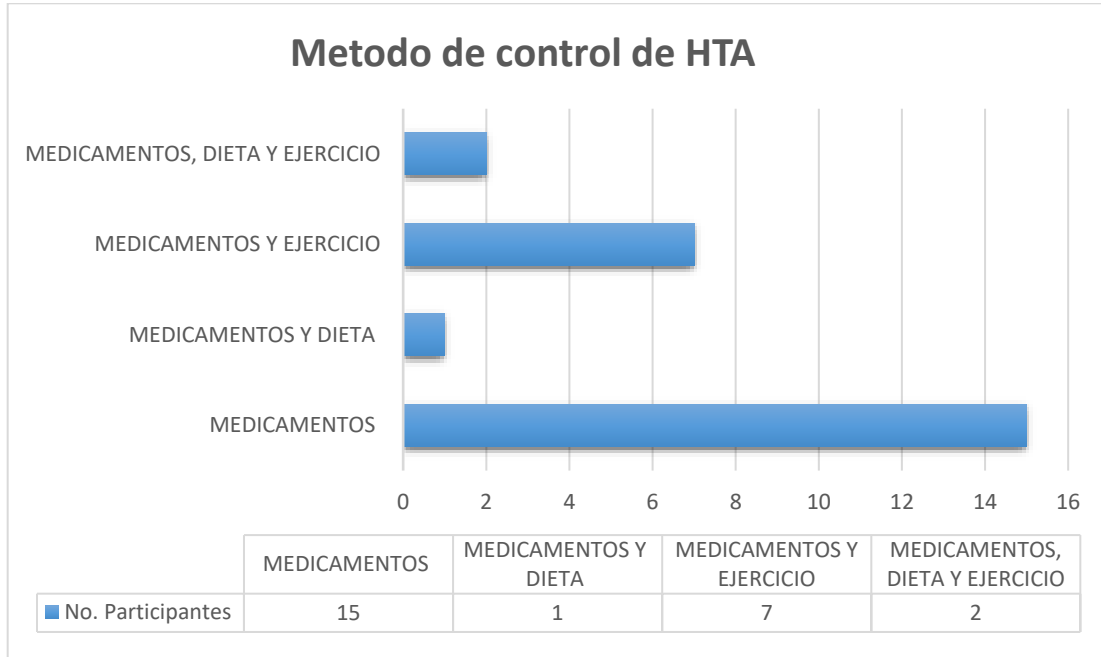


Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijja

En el presente gráfico se puede observar, que a el 40% de los participantes se le ha diagnosticado con HTA hace ya 5 a 10 años y solamente el 4% ha sido diagnosticado hace un año.

El diagnóstico de la HTA está basado en los valores de la presión arterial, por lo cual puede pasar desapercibida durante años, debido a que los síntomas no suelen aparecer sino hasta que la presión arterial alta crónica ha causado daño al cuerpo, es por ello que se recomienda un control regular de la presión arterial, lo cual se incluye también como un método de prevención, ya que al realizarlo se observará si los valores aumentan o si se encuentra en un estado de prehipertensión y así poder actuar con ayuda de la modificación de estilos de vida lo cual evita que llegue a estadios mayores de HTA (NHLB & NIH, 2015)

Gráfico 4
Métodos de control de HTA



Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En cuanto a los métodos para control de la hipertensión arterial se puede observar en el Gráfico 4 que, de los 25 participantes, 15 personas la controlan únicamente con medicamentos (60%) y solamente 2 personas implementan a la medicación el ejercicio y un control en su dieta, que a pesar de ser lo más saludable, se evidencia que no es lo más practicado en cuanto al manejo de la HTA, ya que esto implica una modificación en varios aspectos de su estilo de vida, lo cual resulta difícil para los participantes por no estar bien informados, por falta de tiempo o falta de recursos.

A los 25 participantes se les aplicó el cuestionario SF-36, valorando así 9 dimensiones, de las cuales 10 ítems corresponden a la función física, 4 ítems al rol físico, 2 ítems dolor corporal, 5 ítems en cuanto a la salud general, 4 ítems corresponden a la dimensión de vitalidad, 2 ítems respecto a la función social, 3 ítems hacen referencia al rol emocional, 5 ítem corresponden a la salud mental y por último 1 toma en cuenta la transición de salud.

Los resultados que se obtienen del cuestionario corresponden a la puntuación de 0 a 100 en total y sobre cada dimensión, siendo menor a 50, una baja calidad de vida y mayor a 50, una buena calidad de vida.

3.1.1. Resultado de las Dimensiones del Cuestionario SF-36

3.1.1.1. Dimensión Función Física

Tabla 4

Resultados en porcentajes de la dimensión Función física

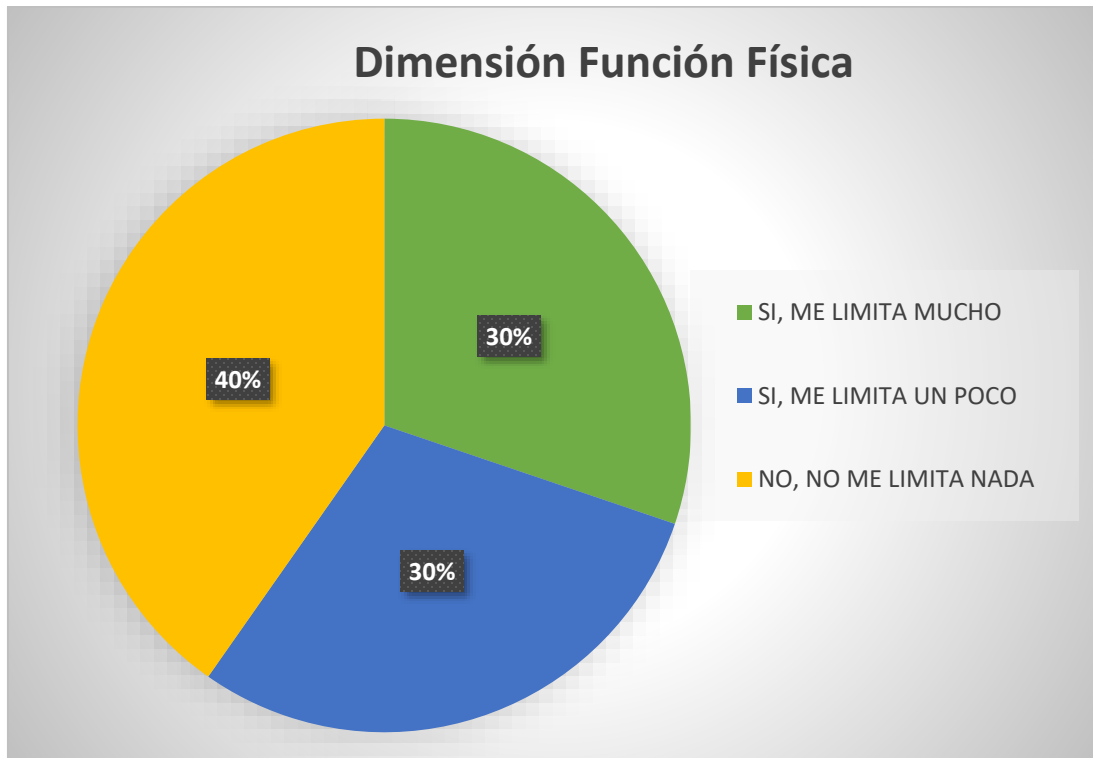
FUNCIÓN FÍSICA ÍTEMS 3-12				
No.	ÍTEMS	SI, ME LIMITA MUCHO	SI, ME LIMITA UN POCO	NO, NO ME LIMITA NADA
3	ESFUERZOS INTENSOS	52%	28%	20%
4	ESFUERZOS MODERADOS	8%	44%	48%
5	LLEVAR UNA BOLSA	28%	52%	20%
6	SUBIR VARIOS PISOS	48%	32%	20%
7	SUBIR UN SOLO PISO	20%	28%	52%
8	AGACHARSE O ARRODILLARSE	48%	40%	12%
9	CAMINAR 1 Km O MAS	36%	36%	28%
19	CAMINAR VARIAS MANZANAS	44%	20%	36%
11	CAMINAR UNA SOLA MANZANA	12%	20%	68%
12	BAÑARSE O VESTIRSE	12%	16%	72%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijja

En cuanto a la función física se evidencia que los participantes tienen mucha limitación al realizar esfuerzos intensos, subir varios pisos, al igual que caminar varias manzanas. Actividades como llevar una bolsa de compras se le limita un poco. El caminar 1Km o más tiene porcentajes iguales en cuanto a la limitación.

Por otro lado, las actividades de esfuerzos moderados, subir un solo piso, caminar una sola manzana y vestirse o bañarse por sí solo son las que la mayoría de participantes las realizan sin ninguna limitación.

Gráfico 5
Porcentaje de limitación en la dimensión función física



Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En el gráfico 5 se observó que en general la función física tiene porcentajes similares en cuanto al nivel de limitación para realizar las actividades, siendo mayoritario el hecho de realizarlas sin ninguna limitación (40%).

3.1.1.2. Dimensión Rol Físico

Tabla 5

Resultados en porcentajes de la Dimensión Rol Físico

Rol Físico			
No.	A causa de su salud física:	SI	NO
13	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades?	52%	48%
14	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	60%	40%
15	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en sus actividades cotidianas?	60%	40%
16	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, le costó más de lo normal?	72%	28%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En la tabla 5 se puede observar que los 4 ítems que constituyen la dimensión Rol físico, en cuanto a la realización de las actividades cotidianas, sí se han visto afectadas a causa de su salud física, siendo el ítem 16 el más afectado.

3.1.1.3. Dimensión Dolor

Tabla 6

Resultados en porcentajes de la Dimensión Dolor

Dolor		
No.	21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?	22. ¿Hasta qué punto el dolor ha dificultado sus actividades?
No, ninguno	8%	16%
Sí, muy poco	12%	64%
Sí, un poco	24%	8%
Sí, moderado	28%	12%
Sí, mucho	24%	0%
Sí, muchísimo	4%	0%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

Se observa en la tabla 6 que en cuanto a la dimensión dolor el 28% de los participantes tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas, el cual dificultó muy poco (64%) en la realización de las actividades habituales. Se observa también que el dolor percibido por los participantes no es un factor predominante que dificulte la realización de las actividades.

3.1.1.4. Dimensión Salud General

Tabla 7

Resultado en porcentaje de la Dimensión Salud General

Salud General						
No.		Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
1	¿En General diría que su salud es?	4%	8%	44%	40%	4%
		Totalmente Falsa	Bastante cierta	No lo sé	Bastante Falsa	Totalmente falsa

33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	4%	20%	8%	16%	52%
34	Estoy tan sano como cualquiera	20%	28%	20%	16%	16%
35	Creo que mi salud va a empeorar	8%	24%	20%	20%	28%
36	Mi salud es excelente	20%	24%	32%	16%	8%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En la dimensión de salud general se evidencia que el 44% de los participantes perciben su salud como buena, un porcentaje de 40% de los participantes lo percibe como regular.

En cuanto a cómo se siente respecto a si cree que se pone más enfermo que los demás el 52% dio como respuesta ser un enunciado falso, al igual que el 28% negaron creer que su salud va a empeorar. En cuanto a la percepción el 28% de los participantes sienten estar tan sanos como los demás y en cuanto al ítem de sentir su salud excelente la mayoría de participantes dijeron que no saben.

3.1.1.5. Dimensión Vitalidad

Tabla 8

Resultados en porcentajes de la Dimensión Vitalidad

No.		Vitalidad					
		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
23	¿Se sintió llen@ de vitalidad?	20%	16%	16%	40%	8%	0%
27	¿Tuvo mucha energía?	40%	20%	12%	20%	8%	0%
29	¿Se sintió agotad@?	12%	8%	12%	52%	8%	8%
31	¿Se sintió cansad@?	5%	12%	16%	44%	16%	8%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En la dimensión de vitalidad se observa que el 40% de los participantes siempre sienten tener mucha energía. El mayor porcentaje de participantes algunas veces refieren estar lleno de vitalidad, sentirse agotado y cansado, con un 40%, 52% y 44% respectivamente.

3.1.1.6. Dimensión Función Social

Tabla 9

Respuestas en porcentaje de la Dimensión Función Social

Función social	
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	32. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales como visitar a los amigos o familiares?
Nada 40%	Siempre 4%
Un poco 40%	Casi siempre 12%
Regular 8%	Muchas veces 8%
Bastante 12%	Algunas veces 16%
Mucho 0%	Solo alguna vez 32%
	Nunca 28%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En la tabla 9 se puede evidenciar que las funciones sociales no se ven afectadas por su salud emocional o física en gran medida. Así pues, el 40% de los participantes indica que, esto no es impedimento para que se desenvuelva en sus actividades sociales habituales y el 32% solo alguna vez se vio afectado por estos problemas para que le dificulte visitar a familiares y amigos. Estos resultados indican que su función social no se ve en gran medida afectada, lo cual, según Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006), se conserva al incluir programas de autocuidado, recreación y actividades grupales ayudando así también a mejorar su salud física mental y su calidad de vida.

3.1.1.7. Dimensión Rol Emocional

Tabla 10

Respuestas en porcentaje de la Dimensión Rol Emocional

Rol emocional			
No.	Por problemas emocionales tuvo que:	Sí	No
17	Reducir el tiempo dedicado a las actividades cotidianas	48%	52%
18	Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	40%	60%
19	No realizo sus actividades cotidianas con el cuidado que acostumbra	40%	60%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En el rol emocional se puede observar que los problemas emocionales no son un impedimento para realizar las actividades diarias, sin embargo, los porcentajes no son muy altos en comparación a los que si tuvieron problemas para realizar las actividades de forma efectiva. Sin embargo, en general se obtuvieron resultados mayores que en el estudio de Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia, 2008), en el cual el rol emocional recibió uno de los valores más bajos con el 19,2%.

3.1.1.8. Dimensión Salud Mental

Tabla 11

Resultados en porcentajes de la Dimensión Salud Mental

		Salud Mental					
No.		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
24	Se sintió Nervioso	12%	8%	20%	28%	4%	28%
25	Se sintió bajo de moral	0%	0%	8%	20%	32%	40%
26	Se sintió calmado y tranquilo	40%	12%	20%	16%	4%	0%
30	Se sintió feliz	40%	20%	20%	12%	8%	0%

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

De acuerdo a la tabla 11, la salud mental de los participantes, el mayor porcentaje refiere nunca haberse sentido nervioso ni bajo de moral. El 40% de los participantes refieren haberse sentido feliz, calmado y tranquilo siempre. Según Jarillo, Moreno, Rodríguez y Lázaro (Calidad de vida e Hipertensión Arterial, s.f.) mantener una actitud positiva es importante ya que esto le permitirá ser eficaz y competente en el desenvolvimiento de las tareas diarias.

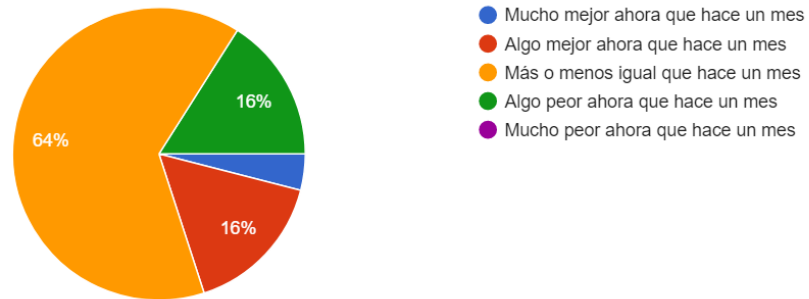
3.1.1.9. Dimensión Transición de Salud

Gráfico 6

Respuestas en porcentaje de la dimensión transición de Salud

2. ¿Como diría usted es su salud actual, comparada con hace un mes?

25 respuestas



Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En el gráfico 6 se observa que el 64% de los participantes siente que su salud es más o menos igual que la de hace un mes y solo el 4% indica que su salud ha mejorado, lo cual resulta contrario en comparación a datos obtenidos por Marín y Castro (2011) en su estudio Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida, en la cual el 82% de la población encuestada refirió sentirse mejor.

3.1.2. Resultados en Total

En cuanto a los resultados sobre 100 puntos revisados por cada ámbito obtuvimos los siguientes datos:

Tabla 12

Resultados de las dimensiones valoradas en el cuestionario SF-36

No.	1)Función Física	2) Rol Físico	3) Dolor	4)Salud General	5) Vitalidad	6) Función social	7)Rol emocional	8) Salud Mental	9) Transición de salud
1	75	25	57,5	90	70	77,5	100	64	75
2	40	50	22,5	60	30	47,5	33,33	32	50
3	50	75	57,5	60	45	42,5	33,33	44	75
4	70	100	100	70	80	100	100	80	50
5	75	100	47,5	55	90	100	100	88	0
6	90	100	77,5	65	70	70	100	88	50
7	55	0	67,5	90	70	100	66,66	80	50
8	30	0	35	70	35	80	33,33	60	25
9	75	75	100	70	60	60	100	92	50
10	70	50	67,5	55	65	100	66,66	100	25
11	100	25	57,5	85	100	100	0	100	50
12	75	0	67,5	55	75	77,5	100	96	50
13	30	0	35	70	35	80	33,33	60	25
14	85	50	57,5	40	75	55	100	84	50
15	70	100	67,5	75	90	80	100	92	75
16	35	0	67,5	90	40	62,5	0	36	75
17	30	50	45	55	65	77,5	100	60	25
18	50	0	47,5	40	65	100	100	80	50
19	0	25	90	50	45	77,5	0	68	50
20	15	0	32,5	10	35	37,5	0	28	50
21	75	75	60	65	75	77,5	0	80	50
22	35	0	47,5	25	30	45	0	56	50
23	0	0	22,5	25	35	22,5	0	60	25
24	45	0	57,5	40	55	77,5	33,33	56	50
25	30	100	77,5	50	65	77,5	100	64	50
Promedio	52,2	40	58,60	58,40	60,00	73,00	56,00	69,92	47,00

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

El resultado obtenido en este estudio dio a conocer que la dimensión de rol físico obtuvo la puntuación más baja con 40 puntos sobre 100, junto con la dimensión de transición de salud con un promedio de 47 puntos sobre los 100 puntos. En cuanto a la función social y salud mental fueron las dimensiones con mayor puntaje siendo de 73 puntos y 69 puntos sobre 100 respectivamente.

Es decir que el rol físico y la transición de salud, el cómo percibe que va a ser su salud en unos años, son las dimensiones que afectan en mayor medida en la disminución de la calidad de vida y por el contrario el ámbito social y mental fueron las dimensiones que mejor preservadas se encuentran en personas de la tercera edad con HTA, estas dos últimas según Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006), se encuentran relacionadas ya que un adecuado rol social ayuda a mantener una buena salud física y mental.

Tabla 13

Tabla de resultados en total del cuestionario SF-36

No.	1)Función Física	2) Rol Físico	3) Dolor	4)Salud General	5) Vitalidad	6) Función social	7)Rol emocional	8) Salud Mental	9) Transición de salud	Resultado
1	75	25	57,5	90	70	77,5	100	64	75	70,44
2	40	50	22,5	60	30	47,5	33,33	32	50	40,59
3	50	75	57,5	60	45	42,5	33,33	44	75	53,59
4	70	100	100	70	80	100	100	80	50	83,33
5	75	100	47,5	55	90	100	100	88	0	72,83
6	90	100	77,5	65	70	70	100	88	50	78,94
7	55	0	67,5	90	70	100	66,66	80	50	64,35
8	30	0	35	70	35	80	33,33	60	25	40,92
9	75	75	100	70	60	60	100	92	50	75,77
10	70	50	67,5	55	65	100	66,66	100	25	66,57
11	100	25	57,5	85	100	100	0	100	50	68,61
12	75	0	67,5	55	75	77,5	100	96	50	66,22
13	30	0	35	70	35	80	33,33	60	25	40,92
14	85	50	57,5	40	75	55	100	84	50	66,27
15	70	100	67,5	75	90	80	100	92	75	83,27
16	35	0	67,5	90	40	62,5	0	36	75	45,11
17	30	50	45	55	65	77,5	100	60	25	56,38
18	50	0	47,5	40	65	100	100	80	50	59,16
19	0	25	90	50	45	77,5	0	68	50	45,05
20	15	0	32,5	10	35	37,5	0	28	50	23,11
21	75	75	60	65	75	77,5	0	80	50	61,94
22	35	0	47,5	25	30	45	0	56	50	32,05
23	0	0	22,5	25	35	22,5	0	60	25	21,11
24	45	0	57,5	40	55	77,5	33,33	56	50	46,03
25	30	100	77,5	50	65	77,5	100	64	50	68,22
Promedio	52,2	40	58,60	58,40	60,00	73,00	56,00	69,92	47,00	57,72

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

La tabla 13 indica el total de cada cuestionario sacando como promedio de un valor de 57,72 lo cual indica que, al estar sobre la media del 50 presenta una mejor calidad de vida.

Tabla 14

Estadística de los resultados en total

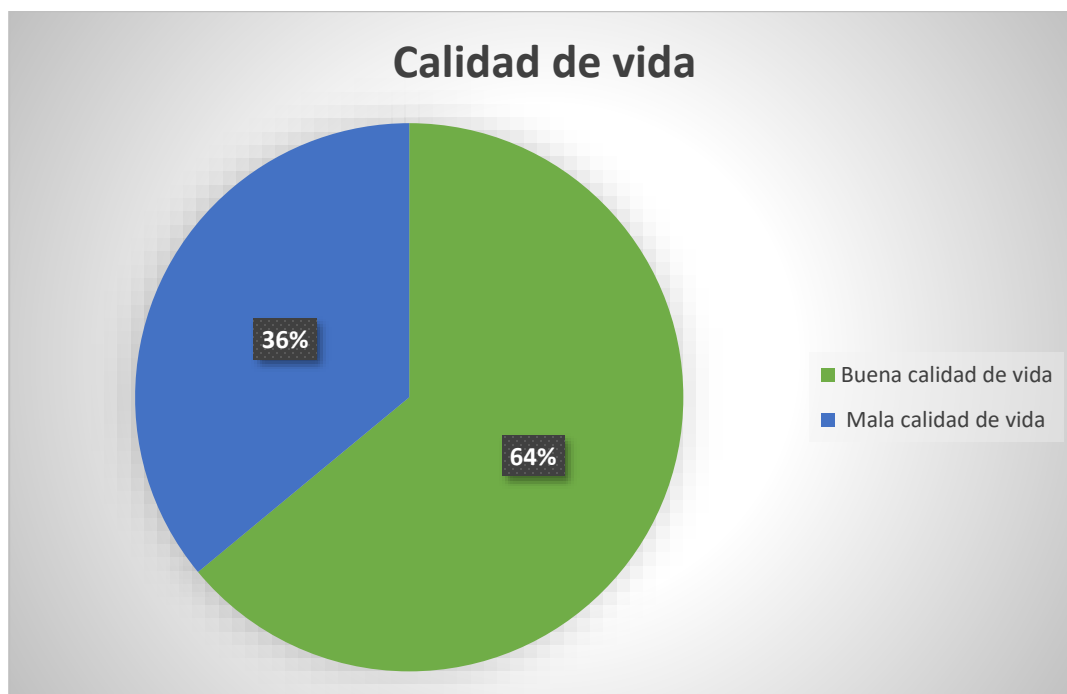
Estadísticas de los resultados	
Mediana	61,94
Moda	40,92
Media	50,13
Desviación estándar	17,70
Máximo	21,11
Mínimo	83,33

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En cuanto a los resultados en total la tabla indica que se obtuvo un valor máximo de 83,33 puntos sobre 100 y una mínima de 21,11 sobre los 100 puntos con una media de 50,13 puntos, lo que se traduce a una buena calidad de vida al tener valores sobre los 50 puntos. En cuanto a la moda se obtuvo 40,92 y mediana de 61,94 con una desviación estándar de 17,7 puntos.

3.1.2.1. Porcentaje de Resultados Menores y Mayores a 50 puntos

Gráfico 7
Resultados



Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En el gráfico se puede observar los porcentajes en cuanto a los resultados sobre los 50 puntos, lo cual significa una buena calidad de vida que corresponde al 64% mientras que el 36% de la población obtuvo resultados menores a 50 puntos lo cual según el cuestionario SF-36 significa que presentan una baja calidad de vida.

Tabla 15**Tabla de participantes con puntaje en total menores a 50 puntos**

No.	1)Función Física	2) Rol Físico	3) Dolor	4)Salud General	5) Vitalidad	6) Función social	7)Rol emocional	8) Salud Mental	9) Transición de salud	Resultado
1	40	50	22,5	60	30	47,5	33,33	32	50	40,59
2	30	0	35	70	35	80	33,33	60	25	40,92
3	30	0	35	70	35	80	33,33	60	25	40,92
4	35	0	67,5	90	40	62,5	0	36	75	45,11
5	0	25	90	50	45	77,5	0	68	50	45,05
6	15	0	32,5	10	35	37,5	0	28	50	23,11
7	35	0	47,5	25	30	45	0	56	50	32,05
8	0	0	22,5	25	35	22,5	0	60	25	21,11
9	45	0	57,5	40	55	77,5	33,33	56	50	46,03
Promedio	25,555	8,333	45,555	48,888	37,777	58,888	14,813	50,666	44,444	37,213

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

De la tabla 15 de resultados con baja calidad de vida se puede observar que el área más afectada es el rol físico y el rol emocional los cuales alcanzaron una puntuación de 8 y 14 respectivamente a diferencia de los resultados en total en los cuales el valor más bajo lo obtuvo rol físico y transición de salud. Mientras que la función social y la salud mental siguen siendo las dimensiones de mayor puntaje como se había apreciado en los resultados generales anteriormente presentados.

Tabla 16**Tabla de participantes con puntaje en total mayor a 50 puntos**

No.	1)Función Física	2) Rol Físico	3) Dolor	4)Salud General	5) Vitalidad	6) Función social	7)Rol emocional	8) Salud Mental	9) Transición de salud	Resultado
1	75	25	57,5	90	70	77,5	100	64	75	70,44
2	50	75	57,5	60	45	42,5	33,33	44	75	53,59
3	70	100	100	70	80	100	100	80	50	83,33
4	75	100	47,5	55	90	100	100	88	0	72,83
5	90	100	77,5	65	70	70	100	88	50	78,94
6	55	0	67,5	90	70	100	66,66	80	50	64,35
7	75	75	100	70	60	60	100	92	50	75,77
8	70	50	67,5	55	65	100	66,66	100	25	66,57
9	100	25	57,5	85	100	100	0	100	50	68,61
10	75	0	67,5	55	75	77,5	100	96	50	66,22
11	85	50	57,5	40	75	55	100	84	50	66,27
12	70	100	67,5	75	90	80	100	92	75	83,27
13	30	50	45	55	65	77,5	100	60	25	56,38
14	50	0	47,5	40	65	100	100	80	50	59,16
15	75	75	60	65	75	77,5	0	80	50	61,94
16	30	100	77,5	50	65	77,5	100	64	50	68,22
Promedio	67,187	57,812	65,94	63,75	72,50	80,94	79,17	80,75	48,44	71,01

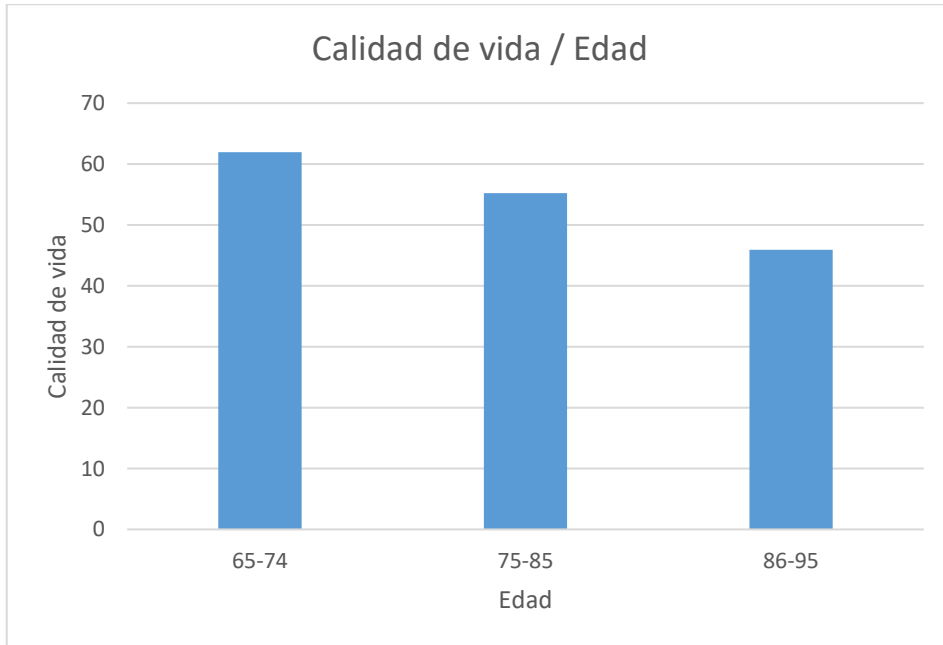
Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijja

En la tabla 16 se describen los datos correspondientes a los participantes que obtuvieron una buena calidad de vida cuyas dimensiones son mayores a 50, sin embargo, llama la atención que la dimensión transición sigue dando resultados menores a 50, siendo el valor más bajo, lo cual quiere decir que las personas no tienen una buena percepción de cómo evoluciona su estado de salud con el transcurso de los años.

3.1.2.2. Factores Relacionados con la Calidad de Vida

Gráfico 8

Calidad de vida en relación a la edad

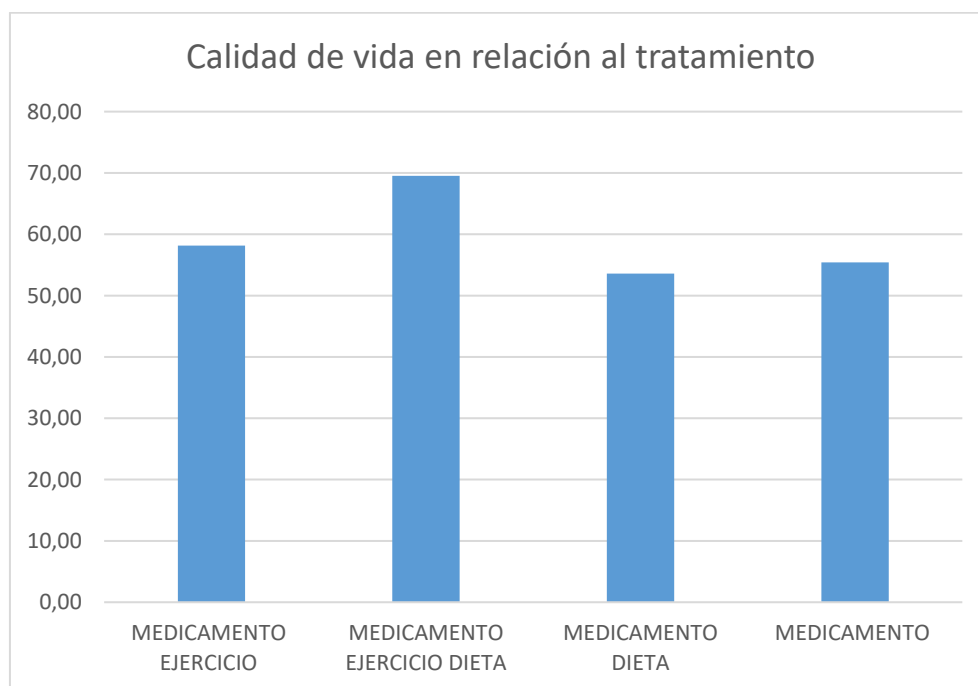


Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijja

Se observa que la edad, es un factor de riesgo con la calidad de vida, debido a que va disminuyendo conforme avanza la edad, teniendo mejores valores en el rango de edad de 65 a 74 años.

Gráfico 9

Calidad de vida en relación al tratamiento



Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En el gráfico 9 se evidencia los diferentes tratamientos que siguen los participantes de los cuales, se evidencia que aquellos que incluyen ejercicio y dieta en su tratamiento tienen una mejor calidad de vida con valores de 69,53% en comparación con el tratamiento de medicamento y ejercicio, medicamento y dieta y solamente medicamento el cual presenta valores de 55,41%. La modificación del estilo de vida como alimentación saludable, el ejercicio, pérdida de peso y control del estrés, han demostrado un descenso de la presión arterial e inclusive pueden potenciar los efectos beneficiosos del tratamiento farmacológico y disminuir sus efectos secundarios. (NHLB & NIH, 2015)

Tabla 17**Calidad de vida en relación al tratamiento en el grupo 1**

Participantes	Edad	Control de la HTA	Resultado		
1	86	Medicamento	56,38	MIN	67
2	89	Medicamento	59,16	MAX	92
3	92	Medicamento	45,05	MED	81,029
4	91	Medicamento	23,11	MOD	82
5	75	Medicamento	61,94	MEDIANA	82
6	82	Medicamento	32,05	DESVIACION ESTANDAR	8,666
7	67	Medicamento	21,11		
8	82	Medicamento	46,03		
9	73	Medicamento	68,22		
Promedio	81,888		45,89		

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En la tabla 17 podemos observar que el total de participantes del grupo uno es controlado con medicamentos únicamente lo cual disminuye la calidad de vida, los participantes de este grupo tienen una edad media de 81,03 con una desviación estándar de 8,66 años considerándolo un factor de riesgo ya que este grupo posee edades más avanzadas, dando como resultado en promedio 45,89 en el puntaje sobre 100 del cuestionario de calidad de vida.

Tabla 18**Calidad de vida en relación con el tratamiento en el grupo 2**

Participantes	Edad	Control de la HTA	Resultado		
1	65	Medicamento, dieta y ejercicio	70,44	MIN	65
2	66	Medicamento y ejercicio	40,59	MAX	83
3	66	Medicamento y dieta	53,59	MED	71,54
4	67	Medicamento	83,33	MOD	67
5	67	Medicamento y ejercicio	72,83	MEDIANA	72,5
6	67	Medicamento y ejercicio	78,94	DESVIACION ESTANDAR	5,57
7	68	Medicamento	64,35		
8	72	Medicamento y ejercicio	40,92		
9	73	Medicamento	75,77		
10	74	Medicamento y ejercicio	66,57		
11	74	Medicamento, dieta y ejercicio	68,61		
12	75	Medicamento y ejercicio	66,22		
13	76	Medicamento y ejercicio	40,92		
14	78	Medicamento	66,27		
15	80	Medicamento	83,27		
16	83	Medicamento	45,11		
Promedio	71,9375		63,61		

Fuente: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré y Participante del proyecto 60 y piquito
Elaborado por: Paula Carrera y Daniela Quijia

En el grupo 2 podemos evidenciar que los tratamientos son variados con lo cual se obtiene una calidad de vida mayor a la del grupo 1 con un puntaje de 63,61 sobre 100, ya que combinan su tratamiento farmacológico con dieta y en su mayoría con ejercicio. Además, se observa que presenta una media 10 años menor a la del grupo 1 lo cual, afirma lo antes dicho, conforme avanza la edad, disminuye la calidad de vida.

3.2. Discusión

La presente investigación nos permite saber el nivel de calidad de vida de personas de la tercera edad con hipertensión y siendo el cuestionario SF-36 el método utilizado, se puede conocer también que dimensión es la que disminuye en mayor medida la calidad de vida de los participantes. De esta forma se puede realizar programas enfocados a dichas áreas para mejorarlas y por ende elevar el nivel de calidad de vida.

En el estudio de Marín y Castro (2011), la calidad del adulto mayor es buena basada en el cuestionario SF-36, en la cual los valores más altos fueron obtenidos por la dimensión función social y salud mental con el 93% en cada una, seguido por el dolor, vitalidad y rol emocional con el 84% cada una; en cuanto a la función física obtuvo un 81% y los de más bajo valor son el rol físico con 78% y salud general con 69%. Además, refiere sentirse mejor hoy que hace un mes lo cual se mide con la variable de transición de salud. Al igual que el estudio descrito la calidad del adulto mayor en nuestro estudio es buena, de la misma manera la dimensión función social con el 73% y salud mental con el 69% obtuvieron los valores más altos sin embargo no tan altas como en dicho estudio, seguido por vitalidad, dolor, salud en general, rol emocional y función física. En cuanto a los valores más bajos obtenidos en nuestro estudio encontramos que coinciden las dimensiones rol físico como el más afectado cuanto a la transición de salud el 64% de los participantes refieren que su salud es más o menos igual que hace un mes.

Otro estudio realizado por Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008), a diferencia de los datos obtenidos en nuestro estudio, la dimensión vitalidad, salud física y mental fueron las más altas y la dimensión rol emocional fue la de menor valor con 20%, también se menciona que el descenso de la puntuaciones del cuestionario de salud SF-36 se asocia con la edad, de esta forma se evidencia que se acentúa más en las escalas físicas y mentales, lo cual se traduce en la pérdida de capacidad funcional que acompaña al envejecimiento progresivo aumentando la prevalencia de discapacidad en la población mayor a los 65 años. En el estudio realizado se pudo confirmar igualmente que la calidad de vida se ve más afectada conforme avanza la edad siendo mejor entre los 65 a 74 años, otro estudio

realizado en Madrid encontró la edad como factor relacionado con la calidad de vida al igual que el IMC y peso haciendo que esta empeore. (Nolasco, y otros, 2015)

Respecto a los beneficios de realizar actividad física, evidencias demuestran que disminuyen la presión arterial sistólica y diastólica mejorando la percepción de salud del paciente. (Tuesca, Guallar, Banegas, & Pérez, 2006) Lo cual se puede afirmar en nuestro estudio ya que las personas que incluyen el ejercicio en su plan de tratamiento presentan valores de 58,14% en contraste de aquellos que solo lo controlan con medicamentos solamente los cuales obtienen valores de 55,41%, sin embargo obtuvieron mejores valores en la calidad de vida con un 69,53% al incluir un tratamiento combinando dieta, ejercicio y fármacos.

CONCLUSIONES

El grupo de estudio se conformó por participantes de la tercera edad con hipertensión arterial, con edades entre los 65 a 92 años, en quienes se evidenció que los participantes menores a 75 años poseen mejor calidad de vida que aquellos que son mayores, lo cual indica, que la edad es un factor de riesgo ya que a mayor edad la calidad de vida disminuye.

En cuanto al tratamiento, aquellos que implementan el ejercicio y cambios en su dieta presentan mejor calidad de vida, no obstante, se evidenció, que es escaso el grupo que sigue este tratamiento, las razones son variadas ya que puede deberse a la creencia de que al tener HTA no pueden hacer esfuerzos ni ejercicio, otros pueden no están informados sobre las medidas en cuanto a cambios en sus hábitos que pueden complementar el tratamiento farmacológico, o el hecho de no darse el tiempo o no tener espacio para realizar ejercicio habitualmente. Es por esto que la mayoría (60%) controla la HTA únicamente con medicamentos, siendo en nuestro estudio el grupo que presento menor calidad de vida en relación al tratamiento, esto indica que la implementación de una rutina de ejercicio y dieta controlada son de gran ayuda para el proceso de mejorar la calidad de vida.

Como resultados, igualmente, se pudo observar que, de los 25 participantes el 64% poseen una buena calidad de vida, mientras que el 36% presento menor calidad de vida, siendo las dimensiones rol físico y transición de salud las que contribuyen en mayor medida a que la población de la tercera edad con hipertensión tenga una baja calidad de vida, ya que fueron los ítems con menor puntuación. Esto se debe en gran medida a la percepción que tienen los adultos mayores que por el hecho de padecer una enfermedad, el dejar de hacer actividades con normalidad es una medida de protección para su salud,

En el presente estudio se obtuvieron resultados de dos grupos cuyo detalle es significativo es el tratamiento que se emplea, ya que, en el grupo uno el total de los participantes únicamente controla la HTA con medicamento, teniendo como resultado baja calidad de vida, mientras que en el grupo dos la mayoría incluye ejercicio a su tratamiento, esto se debe a que el establecimiento al que asisten impulsa la actividad física con actividades abiertas al público general, así mismo proveen información a los participantes de cómo cuidar su salud al incluir hábitos saludables.

El hecho de que la mayoría de participantes no puedan desempeñar su rol físico con efectividad, influye en el sentimiento de que la salud es peor que hace un mes. Con el pasar de los años, es natural la imposibilidad de realizar actividades de esfuerzo moderado o intenso, las cuales requiere de mayor fuerza, pero esto no significa que se va a depender completamente de alguien más, por el hecho de estar envejeciendo, se deberá buscar alternativas o adecuar los espacios para conservar su independencia.

RECOMENDACIONES

Al finalizar este estudio se pone a consideración las siguientes recomendaciones:

- Tomar un mayor número de muestra en el que se tome en cuenta un grupo que no se presente la variable HTA para así poder afirmar si la calidad de vida disminuye en comparación a quienes no la padecen, así mismo es de gran utilidad implementar las variantes nivel socioeconómico, nivel de estudio y estado civil ya que en diferentes estudios se ha demostrado que influyen en gran medida en la calidad de vida.
- El cuestionario SF-36 al dar resultados solamente de buena calidad de vida y mala calidad de vida, no nos permite conocer el estado real de la persona ya que no tiene respuestas intermedias, sin embargo, se podría tomar como un medio para detectar que ámbito es el que se necesita trabajar para mejorar la calidad de vida y de igual forma se puede utilizar después de ciertos periodos como un marcador que indique si el tratamiento funciona.
- Modificar las preguntas que sean necesarias, ya que algunas no son claras para los participantes de la tercera edad por lo que se recomienda su adecuación dependiendo la población a la que se aplique.
- Realizar las entrevistas individualmente para así obtener respuestas más reales y sin interferencia de terceros.
- La calidad de vida en este estudio se vio más afectada sobre todo en el ámbito de rol físico y al evidenciar la importancia de implementar el ejercicio como tratamiento para la hipertensión, se recomienda que las diferentes instituciones empleen métodos para motivar la realización de actividad física, en especial ejercicios aeróbicos ya que según la evidencia científica disminuye las cifras de presión arterial, libera el estrés y mantiene o disminuye el peso corporal los cuales son factores que contribuyen a un mejor control de la HTA, así también se recomienda la aplicación de un control de dieta, debido a que mediante estudios se ha

demostrado que baja la presión arterial y mejora los niveles de colesterol, reduciendo el riesgo de contraer enfermedades del corazón. (NHLB & NIH, 2015)

- En la enseñanza de la Carrera de Fisioterapia se recomienda la implementación de talleres o incluso una asignatura de Gerontología, ya que el aumento de la población de la tercera edad según proyecciones del INNEC (2010), cambiará la distribución de la pirámide demográfica, lo cual demandará mayor asistencia de parte del área de salud para esta población, abriendo así un nuevo campo poco aplicado por los fisioterapeutas.
- Diseñar un programa destinado para los adultos mayores con el objetivo de mejorar las condiciones de vida, creando espacios saludables y seguros donde puedan realizar actividad física.
- Implementar medidas terapéuticas como higiene postural, adecuación del espacio y utilización de ayudas técnicas, orientadas para fomentar la independencia del adulto mayor en las actividades de la vida diaria.
- La atención interdisciplinaria en tema de calidad de vida es fundamental para llevar un control sobre el proceso salud/ enfermedad del paciente adulto mayor, ya que de esta forma se tratar al paciente como un todo lo cual nos brindaría pautas para una intervención temprana reduciendo las consecuencias de la hipertensión.

BIBLIOGRAFIA

- Alfonso, J., Domingo-Salvany, A., Ribera, A., Valderas, J., Santed, R., Quintana, J., . . . Vilagut, G. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 135-137.
- Ammouri, A. A., Raddaha, A. A., Dsouza, P., Geethakrishnan, R., Noronha, J. A., Obeidat, A. A., & Shakman, L. (2014). Evidence-Based Practice: Knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 14(4), 537 - 545.
- Armas, M. A., & Hernandez, R. (2006). La Hipertensión en Latinoamerica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 1(1), 10-17. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170217078002.pdf>
- Arostegui, I., & Nuñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con salud Short Form-36(sf-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192. Obtenido de file:///C:/Users/Bills/Downloads/877-728-167_6.pdf
- Ávila. (2002). *Una aplicación del procedimiento Hot Deck como método de imputación*. Universidad Nacional Mayor San Marcos. Perú: Tesis de Licenciatura en Estadística.
- Canelo Aybar, C, Alarcón Santos, J E, Amao Ruiz, E J, Beteta Vejarano, V S, Monge Salgado, E. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes y residentes en dos hospitales. *Médica Heredia*, 18(2), 76 - 84.
- Cañón, H. (2007). *LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA*. Obtenido de <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/86.pdf>
- Carrasco, G. (2002). Medicina basada en la evidencia. Atención sanitaria basada en la evidencia. Internet. Bases de datos. Método científico. *Calidad Asistencial*, 17(02).
- Collado Vásquez, S. (2004). EL FISIOTERAPEUTA Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS. *Facultad de Ciencias de la Salud*, 2.

- Cosín, M.A, Quintana, C.O, García, A.M. (2011). *Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia* (52 ed.). Nure Investigación.
- Del Rosario, M., García, C., Gómez, V., & Mondragón, P. (2011). Calidad de vida en pacientes que vive con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(1), 7-12. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf>
- Domínguez, A., & García, J. (2014). Valoración geriátrica integral. *Atención Familiar*, 21(1), 20-23. Obtenido de [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30006-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30006-2)
- Echeverría Raul, R., & Riondet, B. (s.f). Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Recuperado el 08 de 08 de 2017, de http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/trathta3.pdf
- Flórez-López, M.E, Muñoz-Rodríguez, D.I, Domínguez, M.A, Ramírez-Cardona, L, Correa-Bautista, J.E, González-Ruiz, K, & Ramírez-Vélez, R. (2013). *Práctica basada en evidencia*. Obtenido de Propiedades psicométricas de un cuestionario para su medición. Asociación Española de Fisioterapeutas: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2013.10.003>
- Freire, W., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2012). Tomo: I Encuesta nacional de salud y nutrición. *ENSANUT-ECU2012*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- García, N., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2016). Factores asociados a la hipertencion arterial en el adulto mayor segun la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(6), 528-534. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.02.002>
- Garrido, J F, Medina, F, Montilla, J, Henarejos, A B. (2000). Fisioterapia Basada en la Evidencia: un reto para acercar la evidencia científica a la práctica clínica. *Fisioterapia*, 22(2).
- Gil, P., Filella, D., López, R., López, J., Lozano, I., Ruiz, D., & Téran, C. (2012). Epidemiología y fisiología . En I. Lozano, & C. Téran, *Guía de buena práctica clínica en geriatría; Hipertensión en el Anciano* (pág. 9). Madrid: International Marketing & Communication, S.A.
- Gómez Conesa, A. (2003). Practica Basada en la Evidencia y Estudios Meta analíticos. *Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 6(1), 22-38.

- Gómez, J., Saiach, S., & Lecuna, N. (2000). ENVEJECIMIENTO. Obtenido de <http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm>
- Gómez, J.P, Morales-Asencio, J.M, Abad, A.S, Veny, M, Román M.J, & Ronda, F. (2009). VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO SOBRE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERÍA. *Española de Salud Pública*, 83(4), 577-586.
- González, J. (2001). De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *Anales Españoles de Pediatría*, 55(5), 429-439.
- Gutiérrez, E. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el aprendizaje basado en evidencias en médicos residentes de gineco-obstetricia*. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e Investigación en Salud, Universidad Mayor, San Marcos.
- INEC. (2008). *La población adulto mayor en la ciudad de Quito estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
- INEC. (2010). *Estimaciones de proyecciones de población 2010 INEC*. Obtenido de http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf
- Iraugi, I., Póo, M., & Márquez, I. (2004). Valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. *Revista Española de Salud Pública*, 78(5), 609-621. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n5/original4.pdf>
- Jarillo, D., Moreno, F., Rodríguez, J., & Lázaro, P. (s.f.). Calidad de vida e Hipertensión Arterial. Obtenido de [file:///C:/Users/Bills/Downloads/calidad%20de%20vida%20argo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Bills/Downloads/calidad%20de%20vida%20argo%20(1).pdf)
- Jette, D, Bacon,K, Batty, C, Carlson, M, Ferland, A, Hemingway, R D, Hill, J C, Ogilvie L & Volk, D. (2003). Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviors of Physical Therapists. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 83(9), 786-805.
- Jiménez Paneque, R. (2012). Medicina basada en la evidencia, origen, verdades, falacias y aceptación en Cuba. *Cubana de Salud Pública*, 38(5), 702-713. Obtenido de *Revista Cubana de Salud Pública*: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_5_12/sup04512.htm

- León, D., Rojas, M., & Campos, F. (2011). *Guía calidad de vida en la Vejez*. Santiago de Chile: Salesianos. Obtenido de http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- Lewis, L. (2010). *Evidence Based practice in entre level physiotherapy education*. Tesis para optar por el título de PHD, University of South Australia.
- Lewis, L.K, Williams M.T, & Olds, T.S. (2011). Development and psychometric testing of an instrument to evaluate cognitive skills of evidence based practice in student health professionals. *BMC Medical Education*, 11(77).
- Long, K., McEvoy, M., Lewis, L., Wiles, L., Williams, M. & Olds, T. (2011). Entry-level Evidence-Based Practice training in Physiotherapy students: Does it change knowledge, attitudes and behaviours? A longitudinal study. *Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 9(3), 1-11.
- López, A. (07 de 04 de 2015). Avances sociales que permiten vivir más. *El Mundo*. Obtenido de <http://www.elmundo.es/salud/2015/04/07/55216697268e3e49388b4583.html>
- Lugo, H., García, H., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36-37.
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.-L., Chang, Y.-K., & Mokhtar, I. A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 99(3), 229-236.
- Marín, C., & Castro, S. (2011). Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Nacional de Investigación-Memorias*, 9(16), 120-129. Obtenido de <file:///C:/Users/Bills/Downloads/141-285-1-SM.pdf>
- Marín, C., & Castro, S. (2011). Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Nacional de Investigación- Memorias*, 9(16), 120-129. Obtenido de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/141>
- McColl A, Smith H, White P, Field J. (1998). *General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine*. (Vol. 36). A questionnaire survey. *BMJ*.
- Mehrdad, N., Joolae, S., Joolae, A., & Bahrani, N. (2012). Nursing faculties' knowledge and attitude on evidence-based practice. Iranian. *Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(7), 506–511.
- MIES. (2013). *Agenda de las personas adultas mayores*. Obtenido de http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS1.pdf

- MIES. (2014). *Norma Técnica de*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- Morell, B. E. (2014). *Aplicaciones prácticas para estudios científicos. BIOESTADÍSTICA BÁSICA PARA INVESTIGADORES CON SPSS*. España: Bubok Publishing S.L.
- MSP. (16 de 08 de 2010). *Protocolo: Normas y protocolos de atención integral de salud a los y las adultos mayores*. Obtenido de https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf
- NHLB, & NIH. (2 de 11 de 2015). *National Heart, Lung and Blood Institute, National Institute of Health*. Obtenido de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/hbp/treatment#>
- Nolasco, C., Navas, S., Carmona, C., López, D., Santamaría, R., & Crespo, R. (2015). Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enfer Nefrol*, 18(4), 283-289. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n4/06_original5.pdf
- Ochoa Marín, S. (2005). *A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación*. Obtenido de Investigación y Educación en Enfermería: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000200011&lng=en&tlng=es.
- Olsen, N. R., Bradley, P., Lomborg, K., & Nortvedt, M. W. (2013). *Evidence based practice in clinical physiotherapy education: a qualitative interpretive description*. Obtenido de BMC Medical Education: <http://doi.org/10.1186/1472-6920-13-52>
- OMS. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Obtenido de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- OMS. (2012). Innovaciones para un envejecimiento sano: comunicación y cuidados. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 90(3), 157-224. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/es/>
- OMS. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2014). World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Obtenido de http://www.who.int/nmh/countries/ecu_en.pdf?ua=1

- OMS. (2016). *La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
- OMS. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/about/mission/es/>
- OMS, & OPS. (2013). *Prevención Integral de las enfermedades crónicas no transmisibles- ENT. Revista Informativa; Representación Ecuador*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599
- Ortunio, M., Guevara, H., & Cardozo, R. (2015). *Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión. Informe Médico, 17(2)*. Obtenido de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_im
- Palomba, R. (2002). *Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores*. Santiago : CELADE .
- Pérez, J., & Gardey, A. (2012). *Definición de hombre*. Obtenido de <http://definicion.de/hombre/>
- Pérez, J., & Merino, M. (2012). *Definición de Femenino*. Obtenido de <http://definicion.de/femenino/>
- Pinillos, Y., & Prieto, E. (2012). *Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Revista Salud Pública, 14(3), 438-447*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2012). *Malla curricular - Carrera de Terapia Física*. Obtenido de <http://www.puce.edu.ec/documentos/mallas-curriculares/vigentes/PUCE-ENF-Terapia-Fisica.pdf>
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (2014). *Programa microcurricular de la asignatura Terapia Física basada en Evidencia, período académico 2014-01*. Obtenido de http://www.puce.edu.ec/generarPDF/wr_report/914313327/Report.pdf
- Ramírez, R., Agredo, R., Jerez, A., & Chapal, L. (2008). *Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. Revista Salud Pública, 10(4), 529-536*. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/3787/16a64ad54f8896690ac9c0be11572ec5771d.pdf>

- Restrepo, J. (2014). La Fisioterapia Basada en la Evidencia: fundamental en la actualidad profesional. *Movimiento y Salud*, 2(2), 114-127.
- Rodríguez Campo V.A., Paravic Klijn T.M. (2011). *Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado*. Obtenido de *Enferm. Glob.* 10(24): http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>.
- Rojas, C. (2008). Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Costarricense de Cardiología*, 10(1), 19-23. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422008000100004
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (9 de Noviembre de 2007). *Medicina basada en la evidencia lo que es y lo que no es*.
- Salazar, P., Rotta, A., & Fanny, O. (2016). Hipertension en el adulto mayor. *Rev Med Hered*, 27, 60-66. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
- Sánchez, J.A, Ontoso, E. A. (2007). Obtenido de Orígenes, definición y fundamentos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/04/Metodologia-investigacion-PCBEvidencia.pdf>
- Sanhueza, M., C. M., & M. J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11(1). Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/cief/v11n2/art04.pdf>
- SENAMA. (s.f). Estudio nacional de la dependencia en las personas adultas mayores. Obtenido de <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
- SENPLADES. (2013). *Plan nacional del buen vivir*. Obtenido de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- Serón, P., Muñoz, S., & Lanas, F. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población chilena. *Revista medica de Chile*, 138, 1232-1239. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n10/art%2004.pdf>
- Shi, Q., Chesworth, B. M., Law, M., Haynes, R. B., & MacDermid, J. C. (2014). *A modified evidence-based practice- knowledge, attitudes, behaviour and decisions/outcomes*

- questionnaire is valid across multiple professions involved in pain management.*
Obtenido de BMC Medical Education: <http://doi.org/10.1186/s12909-014-0263-4>
- THI. (2016). *THEXAS HEART INSTITUTE.* Obtenido de http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/hbp_span.cfm
- Tuesca, R., Guallar, P., Banegas, R., & Pérez, A. (2006). Factores asociados al control de la hipertension arterial en personas mayores de 60 años en España. *Revista Española de Salud Publica*, 80(3), 233-242. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n3/04original.pdf>
- University of South Australia. (2015). *Bachelor of Physiotherapy IBPZ: Structure.* Obtenido de <http://programs.unisa.edu.au/public/pcms/Program.aspx?pageid=180&sid=86&tid=436&y=2015>
- Velazco, R., Bejies, M., Sánchez, R., Mora, A., Benítez, V., & García, L. (2015). Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. *NURE INVESTIGACIÓN*, 12(74), 1-11. Obtenido de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE74_original_envejecimiento.pdf
- Vélez, R, M, Domínguez, M.A, Morales Osorio, M, Meneses Echavez, J.F, González Ruiz, K, Martínez Torres, J, & Agredo Zúñiga R.A. (2013). Estado actual de la investigación y principales barreras para la práctica basada en evidencia en fisioterapeutas colombianos. *Asociación Española de Fisioterapeutas*, 35(4), 146-153. Obtenido de . *Asociación Española de Fisioterapeutas*, 35 (4), 146-153.
- Vilagut, G., Ferrer, M., & Rajmil, L. (2005). El cuestionario de salud Sf-36: una decada de experiencias y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v19n2/revision1.pdf>
- Villacís, B. (2011). *En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado.* Obtenido de http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*, 2(2), 53-62. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Yo _____ identificado(a) con
C.C. _____, autorizo a _____ y
_____ estudiantes de octavo semestre de la carrera de Terapia
Física de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para llevar a cabo la
evaluación de la calidad de vida el adulto mayor con hipertensión, con el fin de
detectar, cuantificar y jerarquizar los factores que favorecen la disminución de esta y
certifico que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador de este
procedimiento de forma activa.

He comprendido que la evaluación de la calidad de vida se lleva a cabo por medio de la
aplicación de un cuestionario el cual está compuesto por preguntas referentes a la
percepción respecto a mi salud.

Conozco que la información derivada de esta evaluación será confidencial y usada
solamente para objetivos académicos, que mi participación en este proyecto no implica
ningún peligro para mi persona y que puedo retirarme libremente del estudio cuando lo
estime conveniente.

Como constancia firmo a los ____ del mes de _____ del 2017

Firma: _____

Nombre: _____

CC. _____

Anexo 2: Cuestionario de salud Sf-36

ANEXO: Cuestionario de Salud SF-36

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es: (marque un solo número)

- | | |
|-----------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un mes? (marque un solo número)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Mucho mejor ahora que hace un mes | 1 |
| Algo mejor ahora que hace un mes | 2 |
| Más o menos igual que hace un mes | 3 |
| Algo peor ahora que hace un mes | 4 |
| Mucho peor ahora que hace un mes | 5 |

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? (marque solo un número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
c) Coger o llevar la bolsa de la compra.	1	2	3
d) Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e) Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f) Agacharse o arrodillarse.	1	2	3
g) Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h) Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).	1	2	3
i) Caminar una sola manzana	1	2	3
j) Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (marque un solo número)

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (marque un solo número)

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (marque un solo número)

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo... (marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) se sintió llena de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b) estuvo muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
c) se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d) se sintió calmada y tranquila?	1	2	3	4	5	6
e) tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f) se sintió desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
g) se sintió agotada?	1	2	3	4	5	6
h) se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i) se sintió cansada?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (marque un solo número)

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo alguna vez	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases: (marque un solo número por cada pregunta)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b) Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c) Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d) Mi salud es excelente	1	2	3	4	5