



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

**Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión
arterial en la parroquia Bellavista.**

Trabajo de Titulación, previo a la
obtención del título de Médico General

AUTORA:

Mercy Cristina Castillo Guayanay

DIRECTORA:

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2024

Certificación de directora del Trabajo de Titulación

Loja, 22 de febrero de 2024

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

(Modalidad presencial)

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de titulación Curricular denominado: **Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista**, previa a la obtención del título de **Médico General**, de autoría de la estudiante **Mercy Cristina Castillo Guayanay**, con **cedula de identidad** Nro. **1150260691**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Mercy Cristina Castillo Guayanay**, declaro ser autor legítimo del presente trabajo de Titulación y eximo expresarme a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de ésta. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital institucional- Biblioteca Virtual.

Firma: _____

Cédula: 1150260691

Fecha: 22/02/2024

Correo electrónico: mercy.c.castillo@unl.edu.ec

Teléfono: 0989305920

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación

Yo, **Mercy Cristina Castillo Guayanay**, declaro ser la autora del Trabajo de Titulación denominado: **Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista**, como requisito para optar por el título de **Médico General**, a la vez autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines estrictamente académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional,

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y dos días del mes de febrero de dos mil veinte y cuatro.

Firma: _____

Autora: Mercy Cristina Castillo Guayanay

Cédula de identidad: 1150260691

Dirección: Barrio Celi Román, Avenida Vicente Paz y Ramón Burneo

Correo Electrónico: mercy.c.castillo@unl.edu.ec

Teléfono: 0989305920

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del Trabajo de Titulación: Dra. Tania Verónica Cabrera Parra, Mg. Sc.

Dedicatoria

Este trabajo de titulación dedico primeramente a Dios, por guiar mi vida y acompañarme a lo largo de mi carrera universitaria. A mis padres Juana Guayanay y Antonio Castillo por su apoyo incondicional, por su amor y paciencia que me han brindado. A mis hermanas, mi hermano, mi esposo y mi hijo por estar a mi lado y su ayuda emocional y económica en todo momento. De manera especial a mi tía Elsa Guayanay cuya destacada presencia y encanto han sido una fuente constante de motivación en todas las etapas de mi trayectoria profesional. Gracias por su presencia y persona han ayudado a cimentar y forjar la persona que ahora soy.

Mercy Cristina Castillo Guayanay

Agradecimiento

En primera instancia agradezco a la Directora de titulación, Dra. Tania Cabrera, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo. Muchas Gracias por formar parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan. Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja y a todos sus dedicados docentes por brindarme la oportunidad de formar parte de esta prestigiosa institución. Como estudiante, me siento privilegiada de ser parte de una comunidad académica comprometida con la excelencia y la formación integral.

A mi Docente de Titulación Dra. Beatriz Carrión, por su paciencia y tiempo dedicado para que sea posible la culminación del trabajo de titulación. Gracias por su enseñanza. Al GAD Parroquial de Bellavista y el Centro de Salud de la parroquia Bellavista quienes colaboraron activamente en la recopilación de datos, haciendo posible la conclusión exitosa. Quiero agradecer a mis padres, hermanas, hermano, esposo, mi hijo, tíos, tías y amigos que estuvieron a mi lado durante toda la trayectoria con sus buenos deseos y estima. Muchas Gracias.

Mercy Cristina Castillo Guayanay

Índice de contenido

Portada.....	i
Certificación de directora del Trabajo de Titulación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenido	viii
Índice de tablas.....	ix
Índice de figuras	x
Índice de anexos	xi
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1. Calidad de vida.....	7
4.1.1. <i>Definición de calidad de vida</i>	7
4.1.2. <i>Calidad de vida relacionada con la salud y la hipertensión arterial</i>	7
4.1.4. <i>Indicadores de calidad de vida</i>	8
4.1.4. <i>Factores de la calidad de vida</i>	9
4.2. Estilos de vida	10
4.2.1. <i>Estilo de vida no saludable</i>	10
4.2.2. <i>Estilo de vida saludable</i>	11
4.3. Adulto mayor.....	14
4.3.1. <i>Definición de Adulto mayor</i>	14
4.3.2. <i>Características del adulto mayor</i>	14
4.3.3. <i>Tipos de edades en el adulto mayor</i>	15
4.3.4. <i>Calidad de vida del Adulto mayor hipertenso</i>	15
4.3.5. <i>Factores y Modificaciones en el estilo de vida del adulto mayor</i>	16
4.4. Hipertensión arterial.....	17
4.4.1. <i>Definición de hipertensión arterial</i>	17
4.4.2. <i>Clasificación de la hipertensión</i>	17
4.4.3. <i>Hipertensión en el adulto mayor</i>	18

4.4.4. Etiológica y factores de riesgo de la Hipertensión Arterial.....	18
4.4.5. Cuadro clínico de la Hipertensión	19
4.4.6. Tipos de Hipertensión Arterial.....	19
4.4.7. Prevalencia Hipertensión Arterial	20
4.4.8. Efectos de la HTA y sus factores de riesgo cardiovascular en el anciano.....	21
4.5. Cuestionario Whoqol bref	22
4.5.1. Definición de Whoqol bref.....	22
4.5.2. Dimensiones	23
5. Metodología	26
5.1. Área de estudio.....	26
5.2. Procedimiento.....	26
5.3. Procedimiento y análisis de datos	28
6. Resultados	30
7. Discusión.....	35
8. Conclusiones	41
9. Recomendaciones.....	42
10. Bibliografía.....	43
11. Anexos.....	50

Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores de calidad de vida	8
Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial de la Parroquia Bellavista, período 2021-2022.	30
Tabla 3. Distribución de los adultos mayores hipertensos de la parroquia Bellavista, condiciones epidemiológicas, período 2021-2022.	30
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la medición de la calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial de la Parroquia Bellavista, período 2021-2022.	31
Tabla 5. Medición global de la “Calidad de vida” en los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista, período 2021-2022.	32

Índice de figuras

Figura 1. Convocatoria para dar a conocer estrategias de promoción y prevención sobre la Hipertensión arterial de los adultos mayores hipertensos en la Parroquia Bellavista.	33
Figura 2. Díptico sobre recomendaciones para una mejor calidad de vida en los Adultos mayores ...	34

Índice de anexos

Anexo 1. Aprobacion de tema y pertinencia del Trabajo de Titulación	53
Anexo 2. Designacion de director del Trabajo de Titulación	611
Anexo 3. Oficio y autorizacion para recoleccion de datos.....	632
Anexo 4. Instrumento de recoleccion de datos	54
Anexo 5. Consentimiento informado	711
Anexo 6. Registro de asistencia de los adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista.....	63
Anexo 7. Tablas complementarias	666
Anexo 8. Certificado de tribunal de grado	719
Anexo 9. Certificado de traduccion al idioma Inglés.....	63
Anexo 10. Archivo fotográfico	71

1. Título

Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista.

2. Resumen

La calidad de vida se caracteriza como un concepto complejo y diverso que abarca dos enfoques distintos: la perspectiva subjetiva y la objetiva. La primera se centra en la percepción individual del bienestar y la satisfacción con la vida, también conocida como "felicidad", que implica sentirse contento y tener un estado de ánimo positivo. En contraste, la dimensión objetiva está relacionada con varios aspectos del funcionamiento social, físico y psicológico. La interacción entre estas dos dimensiones determina el estado de bienestar, entendido como la calidad de vida. Los objetivos fueron: Determinar las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas, la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista para proponer acciones y estrategias de promoción de la salud; con la metodología descriptiva, de corte transversal, en una muestra de 69 adultos mayores que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. El instrumento que se utilizó para la variable calidad de vida fue el Cuestionario Whoqol Bref, realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud). En el estudio todos se identificaron de etnia mestiza, de sexo masculino el 46,4% y de sexo femenino el 53,6%; siendo el 65,2% estado civil casado. En cuanto a la educación, el 82,6% tiene un nivel educativo básico, y el 15,9% es analfabeto. El 88% presenta hipertensión como única condición, con pequeños porcentajes que también tienen hipotiroidismo (8%) y diabetes (2,9%). La gran parte de los participantes califica su calidad de vida en la dimensión psicológica como media (94,20%). En términos de calidad de vida, el 92,8% se encuentra en la categoría de calidad de vida media, el 5,8% la percibe como baja y el 1,4% como alta. La mayoría de los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista manifiestan una percepción de calidad de vida situada en el rango medio.

Palabras clave: Cuestionario Whoqol bref. Bienestar. Epidemiología

2.1. Abstract

Quality of life is characterized as a complex and diverse concept that encompasses two different approaches: the subjective and objective perspective. The first focuses on the individual's perception of well-being and satisfaction with life, also known as "happiness", which involves feeling happy and having a positive mood. In contrast, the objective dimension is related to various aspects of social, physical, and psychological functioning. The interaction between these two dimensions determines the state of well-being, understood as the quality of life. The objectives were: Determine the sociodemographic and epidemiological conditions, the quality of life in older adults with arterial hypertension in the Bellavista Parish to propose actions and strategies for health promotion; with the descriptive, cross-sectional methodology, in a sample of 69 older adults who met inclusion and exclusion criteria. The instrument used for the quality of life variable was the Whoqol Bref Questionnaire, carried out by the WHO (World Health Organization). In the study, everyone identified themselves as being of mixed ethnicity, 46.4% were male and 53.6% were female; 65.2% being married. Regarding education, 82.6% have a basic educational level, and 15.9% are illiterate. 88% have hypertension as the only condition, with small percentages that also have hypothyroidism (8%) and diabetes (2.9%). The majority of participants rate their quality of life in the psychological dimension as average (94.20%). In terms of quality of life, 92.8% are in the average quality of life category, 5.8% perceive it as low and 1.4% as high. The majority of older adults with high blood pressure in the Bellavista Parish express a perception of quality of life in the medium range.

Keywords: Whoqol questionnaire bref. Welfare. Epidemiology

3. Introducción

La calidad de vida para los seres humanos en la actualidad ha elevado su importancia a niveles significativos, convirtiéndola en un área primordial para la investigación a nivel mundial. Este interés se manifiesta a través de diversos enfoques y modelos teóricos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la calidad de vida como el bienestar, la felicidad y la satisfacción en el desarrollo personal. Además, se destaca la importancia de considerar la capacidad de actuación, el funcionamiento y la percepción positiva de la vida como componentes esenciales de este concepto. El término Calidad de vida es muy amplio y envuelve contextos económicos, políticos, sociales, psicológicas y médicas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Según Platón y Aristóteles, la consecución de la felicidad representa vivir y alcanzar el éxito, considerándose un logro fundamental para alcanzar una calidad de vida satisfactoria. Sin embargo, este logro se ve cada vez más afectada por la presencia de diversas enfermedades crónicas que pueden resultar en la incapacitación de los individuos (Loopera, 2017). Para su medición, existen algunos instrumentos que determinan la calidad de vida de forma multidimensional; un intento por lograr estudios comparativos e internacionales se formará por medio de un grupo de trabajo direccionado a la calidad de vida denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), obteniendo como resultado un instrumento estándar que permite valorar la calidad de vida (Pita, 2022).

Cabe mencionar que aquellas personas que tienen un inadecuado estilo de vida, generalmente presentan una fracción importante y creciente de patologías. En los últimos años, los patrones de calidad de vida han experimentado modificaciones debido a cambios demográficos, económicos y sociales. Estas causas o efectos han generado un aumento en la prevalencia de la obesidad, el tabaquismo y el alcoholismo, contribuyendo a que las personas no mantengan un estilo de vida saludable. Factores como la falta de actividad física, la cantidad de horas de sueño y la carencia de elementos fisiológicos (metabólicos), junto con la falta de compromiso en seguir los tratamientos recomendados para los problemas de salud, son factores determinantes para el desarrollo de la hipertensión arterial (World Health Organization (Sf.)).

Para el adulto mayor, el concepto de calidad de vida adquiere un significado especial cuando se enfrentan a la pérdida de ciertas capacidades físicas. Además, aspectos psicológicos tienen un impacto significativo en esta dimensión. La autoestima juega un papel crucial al permitir que los adultos mayores mantengan una percepción positiva de sí mismos y acepten los cambios inherentes al proceso normal de envejecimiento. La adopción de un estilo de vida saludable también influye positivamente en la calidad de vida y la longevidad (Milián, 2020).

Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen diversas causas, siendo más prevalentes entre la población adulta mayor y destacándose la hipertensión arterial (HTA) como la más frecuente. Esta condición no solo es considerada como una enfermedad en sí misma, sino que también se reconoce como un factor de riesgo para diversas afecciones, incluyendo enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales y otros órganos (Rodríguez y García, 2018).

La hipertensión arterial sistémica, una enfermedad crónica, ocasiona daño vascular sistémico y aumenta la "morbilidad y mortalidad" relacionada con diversas enfermedades cardiovasculares (Abramson y Pinales, 2020). Este trastorno representa un desafío significativo para la salud pública, según lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2018). Es responsable de al menos el 45% de las muertes atribuidas a enfermedades cardíacas y el 51% de las relacionadas con enfermedades vasculares cerebrales. Es fundamental resaltar que la incidencia de la hipertensión afecta de manera desproporcionada a las poblaciones de bajos y medianos ingresos, ya que aproximadamente el 80% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares ocurren en países con estas características económicas y sociales.

La presión arterial tiende a aumentar con la edad, reflejando el proceso natural de envejecimiento. Este fenómeno se debe al incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y cambios en los mecanismos renales y hormonales, lo que contribuye al aumento de la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores. Además, la hipertensión arterial puede tener un componente hereditario. De acuerdo con varias investigaciones, entre el 30% y el 60% de los casos de hipertensión arterial están asociados con antecedentes familiares directos (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Varios estudios indican que más de mil millones de adultos en todo el mundo padecen de hipertensión, lo que representa hasta el 45% de la población adulta afectada por esta enfermedad. La alta prevalencia de hipertensión se observa de manera consistente en todos los estratos socioeconómicos y niveles de ingresos, y su incidencia aumenta con la edad, llegando a afectar hasta al 60% de la población mayor de 60 años. A pesar del uso generalizado de medicamentos antihipertensivos, la presión arterial media global se ha mantenido estable o ha experimentado una ligera disminución durante las últimas cuatro décadas (Milián, 2020).

En Latinoamérica, la prevalencia de la HTA varía entre el "28,0%, 31,5% y el 42,0% de la población", mostrando una tendencia al aumento de casos en personas de edad avanzada, como lo señala en su investigación (Villareal y otro, 2020). En el Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) entre 2014 y 2017, la diabetes se posicionó como la segunda causa de mortalidad. Durante el período comprendido entre 2014 y 2015, fue

la principal causa de muerte entre las mujeres y la tercera entre los hombres, mientras que durante 2016 a 2017 ocasionó un total de 4.895 defunciones por esta enfermedad (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Igualmente, se identificó que, en Ecuador mediante una investigación realizada se obtuvo que la mitad de la población adulto mayor el 33% tiene diagnóstico de HTA, se identificó que el 63% de familias reducen la sal en el consumo de los alimentos, 40% presentan funcionalidad familiar normal con alta calidad de vida en un 53% (Carrillo y Llerena, 2020).

El inadecuado control de la HTA se da directamente sobre el estado de vida del adulto mayor, deteriorando las capacidades físicas del individuo, desarrollando nuevas enfermedades e incidiendo en la percepción del individuo, afectándolo de forma emocional, causando daños en su calidad de vida. Los cambios en el estilo de vida pueden prevenir eficazmente la enfermedad, en personas no hipertensas, hay que tomar en cuenta que el procedimiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la presión arterial de pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además del efecto de control de la presión arterial, los cambios en el estilo de vida contribuyen al control de otras afecciones crónicas (Carrillo y Llerena, 2020).

Es fundamental señalar metas específicas, como la clasificación exhaustiva de las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas de los adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista. Este proceso permitirá adquirir una comprensión detallada de la composición demográfica, abarcando aspectos como género, estado civil, nivel educativo y otros factores epidemiológicos esenciales. Asimismo, se buscará evaluar la calidad de vida de este grupo mediante un análisis detallado de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Este enfoque integral proporcionará una visión completa de cómo la hipertensión arterial incide en diversas áreas de la vida de estos individuos. Como parte de estos objetivos, se planea desarrollar e implementar acciones educativas y estrategias de promoción dirigidas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista. La intención es proporcionar información relevante, fomentar la conciencia y promover comportamientos saludables, contribuyendo así al bienestar general de esta población específica.

4. Marco Teórico

4.1. Calidad de vida

4.1.1. Definición de calidad de vida

La calidad de vida se conceptualiza como un constructo médico complejo y multifactorial, que reconoce la presencia de una dualidad subjetiva-objetiva. La dimensión subjetiva aborda el bienestar y la satisfacción con la vida, comúnmente referidos como "felicidad", involucrando sentimientos de satisfacción y un estado de ánimo positivo. La dimensión objetiva se vincula con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, y la interacción entre ambas determina el "Estado de Bienestar" (Valencia, 2020).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ofrece su propia definición médica de calidad de vida. Esta se presenta como la percepción que tiene un individuo desde su posición en la existencia, en relación con el conocimiento y el sistema de valores que rigen su entorno. Se ajusta en correspondencia con los objetivos, expectativas, normas e inquietudes generales del individuo, abarcando todo lo que forma parte de su contexto (Montes, 2021).

4.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud y la hipertensión arterial

La Organización Mundial de la Salud (1948) articula el concepto de salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social", y no meramente la ausencia de enfermedad. Aunque se ha intentado hacer una distinción entre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, en muchos casos se emplean de manera intercambiable para denotar la salud en su conjunto. Se delimita la salud en cinco dimensiones: características genéticas o hereditarias, características bioquímicas, fisiológicas o anatómicas, que incluyen la enfermedad; el estado funcional, abarcando el desenvolvimiento en las actividades cotidianas; el estado mental; y, por último, el potencial de salud individual, que engloba la longevidad (Jinich, Lifshitz, y Ramiro, 2022).

La calidad de vida relacionada con la salud se define como "el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como lo percibe el paciente". Varios estudios científicos, tienen como concepto la percepción que se tiene sobre el paciente y los efectos de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Belmont, 2018).

La calidad de vida está relacionada por la salud física y mental, las opiniones entre los diferentes profesionales de la salud mencionan que, las variables médicas habituales de los diferentes resultados sobre la calidad de vida presentan consecuencias sobre los problemas de

salud y al espectacular desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria. Por lo tanto, la atención se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida (Valdellos, 2021).

La HTA puede disminuir la calidad de vida del paciente debido a las múltiples complicaciones en órganos blancos y a los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos, por ello, es importante controlar HTA para reducir significativamente el riesgo de complicaciones y por ende mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Parra, López y Vera, 2021).

Una calidad de vida óptima contribuye a preservar la funcionalidad social y emocional, así como a reducir la incidencia de depresión, ansiedad y dolor. Además, se observa una menor interferencia en la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias. Es fundamental destacar que la hipertensión arterial sistémica representa una enfermedad grave, especialmente cuando se presenta en combinación con otras afecciones, lo que puede dar lugar a complicaciones derivadas de los tratamientos farmacológicos utilizados, afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes que padecen esta condición (Gómez, García y Modragón, 2011, p. 11).

El manejo ineficaz de la hipertensión arterial (HTA) tiene un impacto directo en la calidad de vida de las personas mayores, con una influencia significativa en todo el cuerpo, provocando una disminución en las habilidades físicas, aumentando el riesgo de enfermedades adicionales y afectando la percepción emocional del individuo, lo que conlleva a una reducción en su bienestar general (Lorenzo y Vitón, 2020).

4.1.4. Indicadores de calidad de vida

A continuación, la tabla 1 indica algunos de los elementos que determinan el modo de vivir de las sociedades.

Tabla 1. *Indicadores de calidad de vida*

Indicador	Descripción
<i>Condiciones materiales</i>	Riqueza, acceso al ahorro, tipo de vivienda, etc
<i>Trabajo</i>	Franja laboral (formal, informal, ilegal), salario, condiciones de empleo, etc.
<i>Salud</i>	Acceso a servicio médico, a medicinas, condiciones de higiene diaria, etc.
<i>Educación</i>	Nivel académico formal alcanzado, acceso a la educación a todo nivel, etc.
<i>Ocio y relaciones sociales</i>	Acceso al entretenimiento, cantidad de tiempo libre, nivel de integración a la sociedad, lazos afectivos, etc.
<i>Seguridad física y personal</i>	Condiciones de vida, trabajo, etc.

<i>Derechos básicos</i>	Protección (o desamparo) de parte de las instituciones del Estado, etc.
<i>Entorno y medio ambiente</i>	Condiciones geográficas de vida, entorno inmediato de desarrollo vital

Fuente: Elaborado por la autora con datos de Báez (2020).

4.1.4. Factores de la calidad de vida

La determinación de la calidad de vida involucra diversos factores, destacando entre ellos el estado mental. Este factor abarca la percepción de salud, considerada a través de la medicación utilizada y los dolores experimentados, así como las capacidades funcionales independientes para llevar a cabo las actividades diarias. Otros elementos clave son el nivel de actividad y ocio, evaluados según el tipo de actividades realizadas diariamente, la frecuencia y grado de satisfacción con las actividades de ocio, la integración social, el tamaño de la red social y la satisfacción en las relaciones interpersonales. Además, se considera la satisfacción con la vida, los servicios sociales y de salud, así como la calidad del entorno ambiental en el lugar de residencia de la persona (Chiluiza, 2019).

Existen, por lo tanto, numerosos y distintos factores que intervienen en la calidad de vida de las sociedades, las cuales se pueden agrupar en categorías muy generales como lo menciona en su trabajo investigativo Sánchez, (2022):

- **Contexto ambiental.** La calidad de vida de un individuo o de un grupo humano se ve significativamente afectada por las inestabilidades políticas, las condiciones económicas extremas o los aspectos laborales, como resultado de las repercusiones que su contexto histórico pueda ejercer sobre ellos.
- **Entorno social.** La integración en la sociedad, el respaldo familiar, la presencia de instituciones protectoras o la exclusión social son aspectos que inciden en la calidad de vida y representan variables cruciales. De hecho, individuos procedentes de una misma localidad pueden experimentar diferentes niveles de calidad de vida según su entorno social.
- **Condiciones vitales.** Factores como la riqueza, la pobreza, las oportunidades reales y las condiciones en las que un individuo nace y se desarrolla tienen un impacto directo en sus posibilidades y en su calidad de vida en general.
- **Satisfacción individual.** A niveles muy personales, las decisiones individuales y el modo único de lidiar con todas las condiciones anteriores son, también, factores de importancia en la calidad de vida de un individuo.

- **Cultura y sociedad.** Las influencias culturales que afectan a un individuo o a un grupo, tanto por parte de la comunidad en general como por sus propias decisiones, también son aspectos fundamentales que no deben pasarse por alto (Sánchez, 2022).

4.2. Estilos de vida

Los estilos de vida son un conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan los seres humanos, ya sea de forma individual o colectiva, para satisfacer sus necesidades y alcanzar su desarrollo personal (Mogollón, Becerra y Ancajima, 2020). Autores como Mendoza (1994) lo definen como “el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2019), define el estilo de vida de una persona como “aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización”.

Estas muestras se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Sin embargo, estos patrones de comportamiento son descifrados y puestos a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (Mogollón, Becerra y Ancajima, 2020).

4.2.1. Estilo de vida no saludable

Un estilo de vida poco o no saludable se ocasiona por las diferentes enfermedades, estas pueden darse como la obesidad, el estrés y estas empeoran al ser acompañadas con el consumo de sustancias tóxicas como alcohol, drogas y tabaco, además del sedentarismo (Lapman, 2021).

Un hábito tóxico es el consumo frecuente de alguna sustancia o sustancias dañinas para la salud, que incluso resultan un poco difíciles de superar, a pesar de tener conocimientos de los riesgos que producen, ocasionando algún efecto sobre el sistema nervioso además de la tolerancia y dependencia que determinan (Figueredo y Góngora, 2019).

4.2.1.1. Consumo de alcohol. El consumo frecuente o en cantidades elevadas de bebidas alcohólicas tiene un impacto comprobado en la fisiología humana, impactando en el control glucémico, riesgo de diabetes e hipertensión arterial. La relación causal entre el consumo de alcohol y la presión arterial es otra de las vertientes orientadas en la recomendación de disminuir el consumo de alcohol en pacientes diabéticos. Los pacientes presentan anormalidades vasculares, debido a un incremento en el volumen total sanguíneo, resistencia arterial periférica y reabsorción de sodio conduciendo a la instauración de hipertensión arterial (Ohishi, 2018).

La cantidad de alcohol ingerido y periodo de consumo inciden en una disminución o elevación de la presión sanguínea y se extiende hasta horas posteriores a su consumo (Tetzschner et al., 2018). Los grandes consumidores de bebidas alcohólicas tienen mayor posibilidad de desarrollar problemas cerebrovasculares. Además, mencionan que la dosis máxima permitida de alcohol para un individuo al día es hasta 30g, lo que traducido a bebidas alcohólicas corresponde a dos copas un total de 300 ml de vino o 750 ml de cerveza u 80 ml de licores (coñac, anís o whisky) en los varones, y algo menos en las mujeres (Morales, 2018).

4.2.1.2. Consumo de tabaco. El consumo de tabaco es un factor de riesgo cardiovascular, los estudios demuestran que el tabaquismo apresura la frecuencia cardíaca, contrae las arterias principales y ocasionando alteraciones en el ritmo de los latidos del corazón, haciendo que el corazón se esfuerce más. Además, si bien en el largo plazo el consumo de tabaco no modifica sensiblemente las cifras de PA, en el corto plazo o periodo inmediato, al consumo de un solo cigarrillo, se este consumo incrementa un aumento en las pulsaciones y de la PA, que a su vez eleva el riesgo de accidentes cerebrovasculares, lo cual persiste durante un periodo de tiempo de aproximadamente 15 a 20 minutos (Montece y Parrales, 2021).

Otros estudios permitieron dar la razón a través de la experiencia clínica, demostrando que las personas hipertensas que consumen tabaco en una cantidad superior a una cajetilla diaria, están más expuestos a desarrollar un cuadro de hipertensión maligna, el cual es un síndrome que causa cifras muy elevadas de PA y graves complicaciones cardiovasculares (Morales,2018).

4.2.2. Estilo de vida saludable

Al contrario de estilo de vida poco saludable, un estilo de vida saludable influye positivamente en el estado de salud que percibe prácticas para una mejor calidad de vida, como actividad física, una alimentación sana, disfrutar del tiempo libre practicando diferentes actividades, lo cual favorece las diferentes necesidades humanas con el fin de alcanzar un mejor bienestar de vida (Lapman, 2021). Para la Organización Mundial de la Salud (2018) un estilo de vida saludable es el resultado de una serie de hábitos que permiten “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

4.2.2.1. Alimentación Saludable. Para llevar a cabo una alimentación saludable, es necesario adquirir buenos hábitos alimentarios. Los hábitos alimentarios son conductas obtenidas por los seres humanos a lo largo de la vida, que influyen en la alimentación y que dependen de las condiciones sociales, ambientales, religiosas-culturales y económicas, con el propósito de procesar una serie de sustancias contenidas en los alimentos, estos alimentos son

importantes para tener una adecuada nutrición. La alimentación saludable es una parte fisiológica para el organismo, estos hábitos incluyen el tipo de alimentos que se consume, como se los combina, prepara, adquiere, la hora, el lugar, etc; (Guananga y Olalla, 2022).

Para conservar una vida sana, es necesario llevar hábitos de alimentación variada. Una alimentación saludable implica incorporar una gran diversidad de alimentos, lo suficiente para cubrir las necesidades del cuerpo humano según sus características (Sandoval, 2020). Otros estudios epidemiológicos a nivel mundial insinúan que el consumo de sal es un inductor del aumento de la Presión Arterial (PA) y de una alta prevalencia de Hipertensión Arterial.

Generalmente se suele consumir una cantidad de sal superior a los 12-15 g diarios. Algunos estudios, ponen en evidencia que al disminuir el aporte hasta 5-6 g al día, las cifras se pueden bajar en unas semanas hasta 4-6 mmHg. Los adultos mayores, los diabéticos y aquellos que presentan procesos renales serían más sensibles a la restricción de sodio (Pérez, 2018).

Disminuir el consumo de sal en la dieta es una de las medidas establecidas por la Cumbre de las Naciones Unidas para prevenir las enfermedades no transmisibles y señalada como una de las mejores estrategias para mejorar la salud de la población. Para la Organización Mundial de la Salud (2018), el exceso de sal en la comida, ocasiona un incremento en la presión arterial, igualmente aproximadamente el 30% de individuos que presentan hipertensión simboliza un posible carcinógeno para el cáncer gástrico, teniendo una asociación con la insuficiencia renal y la osteoporosis. Por ende, se debe evitar todos aquellos alimentos con alto contenido en sal en su composición como son: comidas con preservantes o industrializadas (Pérez et al., 2018).

4.2.2.2. Tiempo libre de calidad. Las personas de edad avanzada presentan una inactividad física y exceso de tiempo libre, esto llega con la jubilación y pueden resultar en una “baja autoestima, apatía, inseguridad, falta de motivación y aislamiento”; que va a detener en su satisfacción personal, además, ocasiona un trastorno físico como enfermedades crónicas e incapacitantes, inducen complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de estas personas (Alban, Ugsha, Mejía& Atiaga, 2021).

Este factor favorecerá en la disminución de las enfermedades crónicas, minimizará el avance de las enfermedades no transmisibles propias de la edad a través de actividades de ocio y el uso adecuado del tiempo libre, además de la recuperación de la capacidad de realizar actividades de forma independiente promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor y dando como resultado la autonomía de las personas de la tercera edad (Alban, Ugsha, Mejía& Atiaga, 2021).

4.2.2.3. Actividad física. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2018): La actividad física comprende cualquier movimiento corporal generado por los músculos esqueléticos que conlleva un gasto energético. En este sentido, abarca no solo el ejercicio en sí, sino también otras actividades que implican movimientos corporales, como aquellas que se llevan a cabo durante el juego, en actividades recreativas, en el transporte activo y en las tareas domésticas.

En el caso del adulto mayor, es esencial incorporar el ejercicio físico en individuos con sobrepeso, ya que aumenta el gasto energético de la persona. Sin embargo, en el caso de hipertensos normosómicos, el ejercicio aeróbico practicado regularmente puede resultar muy beneficioso, ya que reduce la presión arterial (PA). Los estudios indican que puede reducir la PA en alrededor de "5-7 mmHg en los hipertensos y entre 2-3 mmHg en los normotensos". Se recomienda que el ejercicio sea de naturaleza dinámica, como caminar rápido, correr, nadar o andar en bicicleta, y también puede complementarse con ejercicios de resistencia de corta duración. Sin embargo, se deben evitar las sesiones de musculación, ya que los ejercicios isométricos a largo plazo podrían aumentar la presión arterial. Asimismo, el hipertenso puede practicar deportes competitivos con una exigencia media, pero debe procurar que su pulso no pase de los 220 latidos por minuto, menos la edad, multiplicado por 0,7 (Carlier, 2020).

A continuación, se pone a consideración los beneficios de realizar actividad física en la tercera edad:

- Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares; porque mejora el gasto cardiaco ya que mejora la circulación al realizar ejercicios (Paucara, 2020).
- Reduce la depresión, el estrés y la ansiedad;
- Mejora los reflejos y el equilibrio ayudando a evitar caídas y golpes; por que mejora la tonicidad muscular evitando accidente
- Incrementan la flexibilidad y la movilidad articular ayudando a prevenir enfermedades óseas (Paucara, 2020).
- Baja la hipertensión arterial; mejora la función endotelial, haciendo que paredes de los vasos sanguíneos mantengan el tono vasomotor normal, favorece el flujo sanguíneo y regula el crecimiento vascular (Paucara, 2020).

En este escenario, la evidencia empírica sugiere que incrementar los niveles de actividad física en adultos mayores, especialmente en aquellos que padecen de hipertensión arterial (HTA), podría acarrear efectos beneficiosos tanto a corto como a largo plazo en diversos indicadores de salud. Los adultos mayores que se mantienen activos físicamente tienen menos

probabilidades de desarrollar problemas metabólicos o cardiovasculares. Además, el estado de ánimo mejorado conlleva a una reducción del estrés, lo cual puede retrasar las consecuencias del envejecimiento (Bayas y Campos, 2018).

4.3. Adulto mayor

4.3.1. Definición de Adulto mayor

La persona mayor o anciano, es una persona de la tercera edad o adulto mayor. La palabra anciano proviene del latín vulgar *antianus*, derivado de la preposición “ante” “en frente de, antes” y la terminación “-anus”. Procede últimamente de la inflexión locativa “anti” “enfrente de”. Una persona adulta cuenta con un pasado mayoritario, que protege lo poco que entrará en su nueva etapa de vida (Organización Panamericana De La Salud, 2018).

La persona mayor, es aquella de sesenta y cinco años o más, dependiendo de la ley interna determine en cada región, una edad debe de cumplirse siempre que ésta no sea superior a los setenta años de edad (Organización Panamericana de La Salud, 2018).

Uno de los términos que comúnmente se relacionan con el concepto de adulto mayor es el de envejecimiento, entendido por Troen (IUACJ, 2018) como:

El deterioro secuencial que ocurre en la mayoría de los seres vivos, que incluye debilidad, aumento de la tasa de mortalidad después de la madurez, cambios en la composición bioquímica que varían con la edad, mayor susceptibilidad a padecer enfermedades, pérdida de agilidad y movilidad, y diversos cambios fisiológicos.

Según la OMS, las personas de 65 a 74 años son calificadas como de edad avanzada y las personas de edad entre los 75 a 90 se consideran viejos o ancianos, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes longevos. El individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indiferente como persona de la tercera edad (Organización Panamericana de La Salud, 2018).

4.3.2. Características del adulto mayor

En el entorno del ser humano, se evidencia los ciclos que cada individuo debería cumplir, nos encontramos con diversas formas y maneras de observar su desarrollo desde la visión de la colectividad social, siendo importantes en las etapas del desarrollo de acuerdo a un aspecto tanto biológico, social y psicológico del individuo (Coll, 2019).

Las principales características del adulto mayor dentro del desarrollo, según lo mencionado por Cesar Coll, las características del adulto mayor (Coll, 2019):

- Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.

- Conservar la identidad y el estatus social.
- Encontrar compañía y amistad.
- Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- Instaurar nuevos roles en la familia.
- Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida (Coll, 2019).

Las características biopsicosociales del adulto mayor dependen mucho de la calidad de vida que haya llevado en el transcurso de su vida, las condiciones del ambiente, el modo de vida y en mínimo la edad de la persona, se debe de tomar en cuenta los síntomas que forman parte de la vejez, esto puede ser el estilo de vida inactivo, pasivo, solitario y no necesariamente la edad del individuo. Lo que es más importante son los cambios que pueden ser revertidos, si el longevo asume una vida activa, dinámica, animosa, estimulada por motivos que le den sentido a su vida, como actividades interesantes y atractivas que mantiene un nivel de participación social animosa, con el fin de tener un rejuvenecimiento en el reloj biológico de diez a quince años, (Rodríguez, 2019).

4.3.3. Tipos de edades en el adulto mayor

Edad cronológica: Desde el momento del nacimiento hasta la jubilación obligatoria, la edad es un factor determinante. En este proceso, se considera la situación de los órganos o sistemas corporales del individuo. (Vera, 2019).

Edad biológica: Es el transcurso que lleva al individuo al envejecimiento, es decir, su índice de longevidad, esto varía de especie a especie, es la segunda etapa del adulto mayor, (Vera, 2019).

Edad psicológica: Se refiere a las fisionomías psicológicas presentes en el sujeto, según las teorías de Erikson y Peck, el ser humano pasa por diferentes tipos de crisis que se deben tener por los cambios de la etapa vital del ser humano, deben tener las personas un envejecimiento saludable y de conformidad, con el fin que el ser humano no llegará a la desesperación, (Vera, 2019).

Edad social: Se trata de las relaciones familiares y sociales, trata de medir el desarrollo que tiene el individuo en la sociedad, esta relación se va disminuyendo según el paso del tiempo. Al momento que se reduce la costumbre de las relaciones sociales el valor del mismo sea más gratificante y se dedica crecidamente tiempo a su salud, (Vera, 2019).

4.3.4. Calidad de vida del Adulto mayor hipertenso

La calidad de vida de las personas mayores tiene tipologías específicas que intervienen factores conformes a los diferentes grupos de edad, por ejemplo; “el retiro laboral, aumento en

la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales”, y otros componentes (Pablo, 2018).

En el adulto mayor la calidad de vida comienza a definirse desde la familia, a partir de entonces se debe de hablar, estos problemas trae discusión al grupo familiar de las personas de la tercera edad, lo que significa, “la capacidad funcional del anciano para valerse por sí mismo y efectuar sus actividades, su económica y las condiciones de la vivienda”, con el fin de resolver sus necesidades, también de experimentar bienestar por la vida, que afecta las necesidades anímicas de la edad, (Parraga, 2017).

Por otro lado, los cambios sociales que sufren los adultos mayores, dialogan de rol sin rol, es decir, el adulto mayor ocupa una posición social, pero sin obligaciones laborales, que figuran un status económico y una vida digna, se le independiza de un trabajo ineludible, pero pierde poder social, económico y laboral, (Pacompiá, 2018).

4.3.5. Factores y Modificaciones en el estilo de vida del adulto mayor

La promoción de salud no es simplemente una estrategia, sino también una filosofía y una nueva forma de pensar y actuar destinada a alcanzar el bienestar de la salud de las poblaciones. Este enfoque representa un cambio cualitativo superior al enfoque tradicional de la salud pública; de hecho, se considera "una estrategia" o incluso una "función esencial" dentro del ámbito de la salud pública. Por diferentes acepciones existen convenios entre diferentes organizaciones y ciudadanía, por medio de las políticas de salud del gobierno, organizaciones sociales e individuos, en la reconstrucción social de la salud, (Alvarez, 2019).

El estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud OMS (2019), define:

Como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, (Alvarez, 2019).

Prevención en salud, son medidas predestinadas no únicamente a prevenir la aparición de la enfermedad, como la reducción de los factores de riesgo, sino, a atenuar sus consecuencias una vez establecida, (Idem, pp, 7, 2019).

La educación para la salud abarca las oportunidades de aprendizaje diseñadas para mejorar la alfabetización sanitaria, lo que implica "el incremento del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud". Esta iniciativa es crucial para empoderar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva, especialmente en el caso de los adultos mayores. (Idem, pp, 11, 2019).

4.4. Hipertensión arterial

4.4.1. Definición de hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad de riesgo, que ocasiona padecimiento cardiovascular, la Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa a las enfermedades crónicas no contagiosas como "enfermedades de larga duración y de progresión lenta, son de primordial inconveniente de salud a nivel mundial", produciendo un aumento en los gastos sanitarios en todos los países (OMS, 2018).

De acuerdo con la mayoría de las pautas principales, se encomienda que se diagnostique hipertensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) de una persona en el consultorio o la clínica: "sea ≥ 140 mm Hg y / o su presión arterial diastólica (PAD) sea ≥ 90 mm Hg después de un examen repetido, estas definiciones se aplican a todos los adultos (> 18 años)" (OMS, 2018).

Es una enfermedad silenciosa y paulatinamente dicha enfermedad es progresiva, se puede presentar en cualquier edad siendo más frecuente en la edad de 30 y 50 años, es una enfermedad asintomática que puede formar complicaciones graves como el daño de un órgano blanco, su detección temprana para impedir posibles complicaciones (García, Sf).

La presión arterial se puede determinar en dos momentos, la presión sistólica muestra un incremento continuo, y la presión diastólica declina a partir de los 50 años en ambos sexos, que se da por un incremento de la presión de pulso que compone un predictor muy fuerte para el progreso de eventos cardiovasculares (Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2018).

4.4.2. Clasificación de la hipertensión

Las nuevas categorías de PA son como lo menciona Salazar (2018) son:

- 1) normal (<120 sistólica y <80 mm Hg diastólica),
- 2) superior (120-129 sistólica y <80 mm Hg diastólica),
- 3) hipertensión en estadio:
 - 1 (130-139 sistólica o 80-89 mmHg diastólica) e hipertensión en estadio
 - 2 (≥ 140 sistólica o ≥ 90 mm Hg diastólico).
 - Grado 1: 150/90mg
 - Grado 2: 160/100mg
 - Grado 3: 180/110mg
 - Sistólica aislada: 140/90 mg

4.4.3. Hipertensión en el adulto mayor

La hipertensión arterial en el adulto mayor se presenta cuando “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”, esto ocasiona un aumento de la velocidad del pulso, generando que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole incrementado la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica (Salazar, 2018).

En el adulto mayor la hipertensión arterial, constituye un problema global, que aumenta significativamente, siendo un problema de salud pública, esto se debe a que la expectativa de vida se acrecienta cada vez más en países desarrollados y la tendencia es equivalente en países en desarrollo, formando el grupo de poblacional con el mayor crecimiento y siendo un problema de prioridad en todos los países (Salazar, Rotta, y Otinniano, 2016, pág. 3).

En la población adulta admite un riesgo de enfermedad cardiovascular, los adultos que presentan hipertensión es de aproximadamente 1,6 millones de personas al año en la región de América, aproximadamente 12 millones de pacientes menores de 70 años, mayormente es el 20% y el 30%, por eso que los servicios de salud tiene que prevenir y promocionar con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad. Por ello, es fundamental educar tanto a los pacientes hipertensos como a la población en general (OMS, 2019).

4.4.4. Etiológica y factores de riesgo de la Hipertensión Arterial

La etiología de la hipertensión arterial es heterogénea, entre ellos tenemos, aumento de la ingesta de sal, alcoholismo, estrés, obesidad y genética, de acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS, 2019). Igualmente, otra patología sobre la hipertensión arterial no presenta síntomas en todos los pacientes, si no es tratada conlleva problemas cardiovasculares, entre el más importante infarto agudo de miocardio (Recimundo, 2018).

Existe varios factores implicados en el progreso, como “el sobrepeso, la obesidad, sensibilidad al sodio, consumo de alcohol, uso de anticonceptivos orales y el sedentarismo y no modificables como la herencia, sexo, edad y la raza” (Rodrigo, 2018). Se debe de tomar en cuenta los diferentes puntos sobre los factores que alteran en el progreso, cuales son:

Herencia: Transmisión de padres a hijos. Se desconoce su mecanismo, pero la experiencia de años ha determinado que las personas que tienen un padre y madre hipertensos o solo uno de ellos tiene la enfermedad, presenta el doble de probabilidad de desarrollar Hipertensión Arterial, que las que sus padres no padecen de esta enfermedad (Rodrigo, 2018).

Sexo: Se presenta más en hombres que en mujeres, ya que las mujeres tienen como protector a los estrógenos, estos van a disminuir en la menopausia aumentando el riesgo de presentación de la enfermedad; sin embargo, en la mujer en edad fértil que consume píldoras anticonceptivas tiene mayor riesgo de desarrollar la enfermedad (Rodrigo, 2018).

Edad y Raza: La edad es un riesgo no modificable que va aumentando con los años de la persona. Según la raza, la más propensa a presentar hipertensión arterial de mal pronóstico es la raza negra (Rodrigo, 2018).

Sobrepeso: Las personas con sobrepeso son más propensas a aumentar su presión a medida que va incrementando el peso lo que es más notable en personas menores de 40 años y en las mujeres. Por ende, si existe pérdida de peso disminuirá la presión arterial, (Rodrigo, 2018).

Factores Genéticos: El conocimiento de los genes implicados en el desarrollo de hipertensión arteriales muy escaso. Ello es debido a que la hipertensión arterial, presenta una genética compleja con la participación de un gran número de genes candidatos. Sin embargo, parece claro que los determinantes genéticos pueden verse modificados por otros ambientales, de forma que la PA o el fenotipo resultante depende de la interacción de ambos factores, (Rodrigo, 2018).

4.4.5. Cuadro clínico de la Hipertensión

La hipertensión arterial, induce a presentar síntomas como cefalea, dificultades al respirar, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal, no tener un conocimiento de estas dificultades, sino, se controla los diferentes síntomas puede ser peligroso. La hipertensión es una grave señal de advertencia para que la persona deba tener una nueva costumbre o nuevos hábitos, que le permita tener una mejor salud, (López, 2019):

Clínica de la hipertensión arterial no complicada: La hipertensión leve, no daña ni afecta a los órganos diana, suele ser completamente asintomática y su diagnóstico es fortuito (López, 2019).

Clínica de la hipertensión arterial complicada: A nivel cardíaco, estos síntomas aparecen derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca congestiva, accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebro basilar, infartos lacunares, demencia vascular y hemorragia cerebral, cuyo trascendental factor etiológico es la hipertensión arterial (López, 2019)

4.4.6. Tipos de Hipertensión Arterial

Existe diferentes tipos sobre la hipertensión arterial como lo menciona López (2019):

La hipertensión arterial primaria: Es la más frecuente, su origen es desconocido, aunque hay factores implicados en su desarrollo, normalmente responde bien al tratamiento farmacológico y ante la modificación en los estilos de vida.

La hipertensión arterial secundaria: Surge debido a una enfermedad, una sustancia o, en algunas instancias, durante el periodo de embarazo. Por lo general, se detiene cuando la causa subyacente es eliminada.

Hipertensión idiopática: Es el tipo más prevalente, más frecuente en hombres que en mujeres, y su origen no es preciso, ya que está vinculada a una combinación de varios factores que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad.

Hipertensión intermitente: Se manifiesta solo en circunstancias específicas, como durante una visita médica, en situaciones de estrés emocional o durante la práctica de ejercicio. Estos pacientes tienen una probabilidad significativa de desarrollar hipertensión de manera más pronunciada en el futuro.

Hipertensión sistólica aislada: Caracterizada por una elevación en la presión sistólica, mientras que la presión diastólica se mantiene en niveles normales (por debajo de 90 mmHg), siendo más común en personas de edad avanzada.

Hipertensión limítrofe: Se define como un aumento en la presión arterial que no alcanza los niveles de hipertensión completa. Generalmente, estos pacientes se encuentran en un estado de transición hacia el desarrollo de hipertensión esencial.

Hipertensión maligna: Constituye una emergencia médica, en la que la presión arterial puede elevarse considerablemente, generalmente superando los 180/120 mmHg. Se asocia con daño en otros órganos y pérdida de volumen intravascular (López, 2019).

4.4.7. Prevalencia Hipertensión Arterial

La prevalencia de la HTA está acrecentando, a pesar de los controles médicos farmacológicos y la innovación del estilo de vida de los pacientes hipertensos, se calcula que para el año 2030 en el mundo las cifras de población por esta enfermedad asciendan en un 8 %. En Ecuador las cifras son muy similares a las que se espera en el mundo, permitiendo observar durante la última década, un ascenso en la incidencia de 256 a 1084 casos por cada 100 mil habitantes durante el periodo 2009-2019 (Navarro, Navarro y Melchor, 2020).

Acorde a la Organización Panamericana de la Salud, el objetivo es transformar el estilo de vida de los adultos mayores con el fin de reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas incorporadas a la hipertensión arterial, se infunde la importancia de la actividad física, la pérdida de sobrepeso y la gestión del estrés, así como la abstinencia del consumo de alcohol y

tabaco, siendo estos los principales problemas identificados como factores de riesgo para la hipertensión arterial, puede controlarse con medicamentos antihipertensivos y estilos de vida saludable controlables (OPS, 2021).

La vida sedentaria también pertenece con la enfermedad de hipertensión arterial en los adultos mayores, por este motivo se recomienda a las personas adultas realizar, los ejercicios, las caminatas y la recreación que se debe de incorporar a sus vidas diarias para dar un nuevo significado a su vida, al mismo tiempo que las personas adultas reducen su dependencia de los miembros de la familia y se amplía su capacidad para ser autosuficiente a una edad más temprana (Cabezudo, 2019).

La dimensión de la actividad y el ejercicio es crítica hoy en día, fundamentalmente los adultos mayores; 8 de cada 10 personas mejoran su aspecto físico cuando hacen ejercicio y caminan; por lo tanto, debemos infundir la importancia de la actividad física, incluyendo caminar, correr o nadar durante 30 a 45 minutos por lo menos de 3 a veces a la semana. Los adultos mayores deben dedicarse a una actividad física coordinada, pero sin esfuerzo excesivo, para que sea correcta la circulación sanguínea y la función cardíaca para evitar la hipertensión arterial (OMS/OPS, 2019).

El estrés es otra dimensión, que afecta directamente a los adultos mayores sufren el estrés por una variedad de razones, el abandono, se sienten solos, se sienten mayores impotentes debido a diversas complicaciones médicas, como la hipertensión. El adulto mayor debe de aprender un mecanismo para controlar de mejor manera el estrés en su vida, utilizando técnicas de relajación física, técnicas de control de la respiración, relajación mental y técnicas de meditación. La prevención del estrés consigue reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud peligrosos como la enfermedad cardíaca, la obesidad, la hipertensión y la depresión (Vargas, 2021).

4.4.8. Efectos de la HTA y sus factores de riesgo cardiovascular en el anciano

Los factores de riesgo ligados a hipertensión arterial, se dividen entre modificables y no modificables:

Factores de riesgo modificables.

Tabaco: Al momento de fumar o mascar tabaco, eleva inmediatamente la presión arterial de forma temporal, así, también ocasiona daño en el recubrimiento de las paredes arteriales. Esto ocasiona la disminución del diámetro de los vasos arteriales, originando un aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardíacas (Presión arterial alta, 2020).

Sobrepeso u obesidad: El aumento de peso está relacionado al aumento de la necesidad de oxígeno, por ende, también al aumento de volumen sanguíneo, influyendo en los vasos sanguíneos, causando un aumento en la presión que se ejerce en las paredes de los vasos sanguíneos. Además, se ha manifestado que, por la disminución de un kilo de peso, la presión arterial podría disminuir entre 1.6 a 1.3 mmHg (Presión arterial alta, 2020).

Dieta: Están considerados como factores de riesgo el consumo alto de sodio, de cafeína y el bajo consumo de potasio (Presión arterial alta, 2020).

Factores de riesgo no modificables.

Edad: Está ligada debido que a mayor edad existe mayor pérdida de la elasticidad vascular, es decir, a medida que aumenta la edad también se incrementa el riesgo de padecer hipertensión arterial (Presión arterial alta, 2020).

Sexo: En personas menores de 64 años la HTA es más prevalente en varones; una vez pasado los 65 años esta prevalencia se invierte siendo mayor en mujeres (Presión arterial alta, 2020)

Raza: Existe una mayor prevalencia en aquellas personas con ascendencia africana, esto las hace más proclives a sufrir dificultades cardiovasculares graves tales, como la enfermedad cerebrovascular, ataques cardíacos e insuficiencia renal; además en ellas esta enfermedad surge a más temprana edad con relación a las personas de raza blanca (Presión arterial alta, 2020).

4.5. Cuestionario Whoqol bref

4.5.1. Definición de Whoqol bref

El cuestionario WHOQOL-BREF, tipo Likert desarrollada de modo transcultural, que presenta 26 ítems, se desarrolló desde un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión puntuada de forma independiente. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio va a presentar un excelente perfil de calidad de vida de la persona, con puntajes de cuatro dominios existen dos ítems que se evalúan de forma separada (Llallahui, 2020).

Como lo menciona Llallahui, está constituida en diferentes ítems: “El ítem número 1 pregunta sentimientos referentes a calidad de vida, y el ítem número 2 pregunta satisfacción con su salud, la tercera separación produce un perfil de cuatro dimensiones”. Cada dimensión tiene indicadores independientes y su puntuación de cada ítem se agrupa con las del mismo dominio para calcular el puntaje total del dominio (Llallahui, 2020).

Las preguntas del WHOQOL son de autoevaluación de la calidad de vida de las personas mayores, las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres

tipos de poblaciones: “personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países” (Vásquez, 2019).

Existen validadas al español dos versiones del WHOQOL:

El WHOQOL – 100 y el WHOQOL- BREF. El WHOQOL-100 está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general. El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general (Bueno, 2020).

Como se mencionó anteriormente, cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas “salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente”. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo. El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas, el cuestionario debe ser auto administrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado (Bueno, 2020).

4.5.2. Dimensiones

La denominación de la dimensión interpersonal, es importante porque se debe de considerar que una persona mayor, requiere un gran apoyo familiar y de amigos, para el continuo de sus propias actividades, puede ser individualmente o socialmente de esta forma las personas mayores continúan interactuando con otras personas para mantenerse saludables tanto física como mentalmente. Cuando las personas adultas o mayores viven aislados socialmente estas personas no están bien físicamente y fundamentalmente psicológicamente, ocasionando muchos problemas en su salud, por esta razón la interacción con amigos y familias provee apoyo práctico y emocional el cual les permite permanecer saludables en su vida diaria (Sandoval, 2018).

La dimensión de responsabilidad, los adultos mayores tienen una responsabilidad consigo mismo y cuidar por el bienestar de su salud propia, que incluye estar pendiente de sus tratamientos, evitar contraer nuevas enfermedades, buscar ayuda profesional psicológica, controlar de su presión arterial de acuerdo a la indicación profesional, asistir a su cita médica y efectuar con el tratamiento adecuado (Osorio, 2018).

4.5.2.1. Salud física. La Salud Física, radica en obtener un buen funcionamiento fisiológico del organismo, un buen estado de salud físico mantiene al individuo apto y dispuesto para la actividad física, mental y espiritual. Además, ayuda a desarrollar la naturalidad,

creatividad, ejercita la voluntad y la capacidad de rendimiento, para favorecer la autodisciplina, los cuales contribuyen a fomentar la alegría, la satisfacción y el sentimiento de auto-relación (Ortiz, 2019).

Las personas en óptimas condiciones de salud físicas realizan diversas actividades, con el objetivo de fomentar el bienestar y seguir desarrollando las habilidades en pro de su salud general. La salud física de igual forma se refiere a los estudios relacionados con la alimentación y la nutrición, las enfermedades que logran preexistir y con la prevención que se puede dar e incluso, se refiere a la educación acerca de cómo mantener un estado de vida saludable. Cuando un individuo goza de un buen estado de salud física su cuerpo goza de solidez y carece de enfermedades, por tanto, su salud mental y emocional también se encuentran en buen estado (Milián, 2020).

La salud física puede verse afectada por diferentes causas que se dan por el estilo de vida de cada individuo, igualmente por el entorno donde vive o trabaja, la genética y algunos factores ambientales y sociales. Son muchos los casos en los cuales las personas tratan de llevar una vida sana, de una u otra manera y esto se puede relacionar en gran medida con el entorno donde se desarrollan y, por otra parte, a las enfermedades o afecciones heredadas a lo largo de la familia (Pfoccoalata, 2020).

4.5.2.2. Salud psicológica. La salud psicológica se define como la situación de equilibrio emocional que una persona nota respecto a aquello que lo rodea. Cuando se consigue este estado, la persona tiene que seguir con su vida social sin ningún problema, alcanzando su propio bienestar (Hernández et al., 2020). La vida emocional y personal no es una línea continua, existen momentos que las personas tomen decisiones en el recorrido vital y que tienen la categoría de acontecimiento.

Es muy habitual verificar que muchas de las crisis personales acontecen en determinados momentos de nuestra vida, hondando en una esfera afectiva, afrontamos estos cambios vitales está íntimamente vinculada a los ideales que marca el discurso de la época que nos toca vivir. Los conflictos laborales, sociales, económicos y las crisis de salud son otras fuentes importantes de conflicto que pueden afectar a la salud psicológica del individuo. De esta manera nuestra salud psicológica será la base de la salud de todo nuestro organismo (Sánchez, 2022).

4.5.2.3. Relaciones sociales. Permite el promover las relaciones sociales en las personas mayores, siendo algo fundamental y positivo una calidad de vida adecuada para el adulto mayor especialmente. Los estados de ánimo en las personas mayores mejoran, permitiendo que las personas sean más independientes, resolutivos y a mejorar las capacidades cognitivas.

El adulto mayor tiene un valor social irrefutable por la sabiduría, el conocimiento y las experiencias acumuladas en todos los años que han vivido, por lo que, el adulto mayor no debe de ser excluido de los ámbitos cotidianos, ya que ellos en su diferentes formas ayudan a la sociedad y de los servicios esenciales, debemos tomar en cuenta la tendencia de la población mundial, el complemento de la educación social y compone elemento importante en la reproducción cultural y social de la familia y comunidad (Ruiz, 2021).

4.5.2.4. Medio ambiente. Como lo mencionan Granda (1997), citado en Ruiz (2021).

El contexto ambiental del envejecimiento comprende el entorno físico en donde se vive y envejece, así como el entorno social conformado por un conjunto de aspectos sociales de diferente índole, como el personal, familiar y social, donde tienen cabida las cuestiones psicosociales, económicas, políticas y culturales.

Como lo menciona Silva; como cita a Granda Fuster (1997), donde refiere que la familia perpetúa como fuente de ayuda y apoyo más importante para las personas adultas mayor. Por otra parte, en las personas de la tercera edad, existe un cambio marcado en la importancia que tienen las amistades como apoyo emocional. Estas relaciones proporcionan intimidad emocional y compañía, también suministra apoyo emocional, consejo y actúa como confidente del individuo adulta mayor (Ruiz, 2021).

5. Metodología

5.1. Área de estudio

La investigación se realizó en la Parroquia Bellavista, ubicada en el cantón Espíndola de la provincia de Loja, es una de las parroquias rurales del cantón Espíndola, se encuentra ubicada al norte del cantón Amaluza contiene una superficie de aproximadamente 513,9 km². Se encuentra ubicada al norte: con el Río Pindo y la Parroquia 27 de abril, al sector sur: con el Río Sanambay y la Parroquia Jimbura, este: Barrio Socchibamba y Oeste: República del Perú. Su división política comprende los siguientes barrios: Bellavista (perteneciente a la cabecera parroquial), Bella María, El Caserío, El Pasaje, Las Minas, Cóndor Huasi, San José, Llamacanchi, Lance, Cabrería, San Ramón, Jibiruche, Tierras Coloradas, Sopoto, Piedra Blanca. De acuerdo con la distribución establecida por zonas, distritos y circuitos en el país, Bellavista, pertenece a la zona de planificación 7, distrital 11D05 Espíndola y circuito 11D05C01 parroquias: Jimbura y Bellavista (PDOT, 2019).

5.2. Procedimiento

Enfoque

La investigación tuvo un enfoque de tipo descriptivo de corte transversal, cuantitativo para identificar a la calidad de vida.

Técnicas

- **Cuestionario Whoqol Bref**

El instrumento que se utilizó para la variable calidad de vida fue el Cuestionario Whoqol Bref (Anexo 2) realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), fue desarrollada en 15 países; actualmente este instrumento se encuentra en más de treinta lenguas, permite una exploración de los elementos más relevantes de la calidad de vida que muestra cada uno de los adultos mayores, se presentaron datos generales propios de la investigación, el cuestionario está constituida por 26 preguntas agrupadas en 4 dimensiones: dimensión Física que incluye 7 ítems, dimensión Psicológica que incluye 6 ítems, dimensión Social que incluye 3 ítems y dimensión Ambiente conformada por 8 ítems.

El WHOQOL BREF corresponde a un instrumento que permite de manera sistemática la recolección de datos y que es de fácil aplicabilidad, así mismo en lo que corresponde a la valoración del instrumento es cuantitativa de fácil acceso. Para evaluar la puntuación de la calidad de vida presente en cada uno de los adultos mayores, se siguieron los siguientes pasos:

- Verificar que los 26 ítems seleccionados tengan establecidos los diferentes puntajes que van 1 a 5 según corresponda.

- Revertir tres de las preguntas que hayan sido evaluadas de forma negativa: P3, P4 y P26.

Si la respuesta a la pregunta 3 obtiene una puntuación de 4, entonces el resultado se hallará: $6-4$ es igual a 2.

Para obtener los puntajes por dominio, se debe realizar el sumatorio total de acuerdo a la puntuación que se obtenga por dominio se procede a sacar la media y se multiplica por 4.

- DOMINIO 1: Suma $(P3+P4+P10+P15+P16+P17+P18) \times 4$.
- DOMINIO 2: Suma $(P5+P6+P7+P11+P19+P26) \times 4$.
- DOMINIO 3: Suma $(P20+P21+P22) \times 4$.
- DOMINIO 4: Suma $(P8+P9+P12+P13+P14+P23+P24+P25) \times 4$.

Una vez fijados los valores se establecerá una tabla con los puntajes brutos para obtener luego los puntajes transformados. El resultado obtenido permitirá establecer los valores finales de la calidad de vida, que corresponde a la calidad de vida baja, media o alta.

La clasificación se la realiza de acuerdo con la agrupación por percentiles tal como se detalla a continuación:

Primer percentil corresponde a la Calidad de vida baja: con valores entre 1 a 39

Segundo percentil corresponde a la Calidad de vida media: con valores entre 40 a 69

Tercer percentil corresponde a la Calidad de vida alta: con valores entre 70 a 100

- **Consentimiento informado**

Instrumento que busca asegurar que el personal reciba la información adecuada, que se motive la decisión autónoma; ha sido estructurado según lo establecido por el comité de evaluación de la ética (CEI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual consta de una corta introducción, el propósito de la investigación, participación voluntaria, procedimiento y protocolo, (Anexo 3).

Tipo de diseño

Es de diseño Observacional, no experimental.

Población y muestra

Población

El grupo seleccionado para la realización del presente estudio fueron todos los adultos mayores de 65 años de edad hipertensos de la Parroquia Bellavista del cantón Espíndola de la provincia de Loja, se encuentra conformado por 195 adultos mayores de los cuales 72 fueron diagnosticados de hipertensión arterial, son excluidos: paciente que tienen discapacidad intelectual con porcentaje de 57% y dos pacientes con Enfermedad de Alzheimer, asimismo

con el propósito de obtener mayor veracidad y exactitud en los resultados de las encuestas aplicadas.

Muestra

Como muestra se consideró a todas aquellas personas quienes sí aceptaron la aplicación de la encuesta y estuvieron en condiciones de contestar, siendo un total de 69 participantes, todos adultos mayores e hipertensos, habitantes de la parroquia Bellavista.

Criterios de inclusión

Serán incluidos así:

- Adultos mayores hipertensos de la parroquia Bellavista
- Adultos mayores de 65 años y de ambos sexos.

Criterios de exclusión

Serán excluidos así:

- Adultos mayores encamados y desorientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que no hayan firmado el consentimiento informado.

5.3. Procedimiento y análisis de datos

Procedimientos

La presente investigación se llevó a cabo durante cuatro etapas, mediante las cuales se dio cumplimiento a los objetivos planteados en el presente estudio.

Primera etapa

Presentación de un proyecto investigativo a la dirección de la carrera de Medicina Humana para obtener pertinencia; solicitud para asignación de director de tesis.

Segunda etapa

Se solicitó a la carrera de Medicina Humana pedir autorización para la recolección de datos, así mismo se procedió hacer el contacto verbal con el presidente del GAB parroquial de Bellavista, para obtener su consentimiento y desarrollar la investigación.

Tercera etapa

Se llevó a cabo la recolección de datos mediante la aplicación de instrumento Whoqol Bref para la identificación del nivel de la calidad de vida de los adultos mayores designados que aceptaron a participar en la investigación, cumpliendo con los criterios de inclusión, la recolección de los datos se realizará a través de la encuesta previamente aprobada. Finalmente se elaborará la discusión, la aseveración de los objetivos, y la construcción de conclusiones y recomendaciones.

Análisis de datos

Los datos serán ingresados al programa Microsoft Excel 2019, luego exportados al software estadístico SPSS v25, a través del cual se realizará el análisis estadístico descriptivo.

El resultado obtenido de la valoración de cada paciente, permitió establecer los valores finales de la calidad de vida, que corresponde a la siguiente clasificación:

Primer percentil corresponde a la Calidad de vida baja: con valores entre 1 a 39

Segundo percentil corresponde a la Calidad de vida media: con valores entre 40 a 69

Tercer percentil corresponde a la Calidad de vida alta: con valores entre 70 a 100.

6. Resultados

Resultados para el primer objetivo.

Categorizar las condiciones sociodemográficas y epidemiológicas de la población en adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial de la Parroquia Bellavista, período 2021-2022

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo		
Hombre	32	46,4
Mujer	37	53,6
Total	69	100
Estado civil		
Casado	45	65,2
Conviviente	1	1,4
Soltero	10	14,5
Viudo	13	18,8
Total	69	100
Grado de escolaridad		
Analfabeto	11	15,9
Básica	57	82,6
Bachiller	1	1,4
Total	69	100
Etnia		
Mestizo	69	100

Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF

Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay

Respecto a las características sociodemográficas, se observa que, del total de adultos mayores con hipertensión arterial de la Parroquia Bellavista, todos de etnia mestiza; el 46,4% es de sexo masculino y el 53,6% es de sexo femenino; siendo el 65,2% de estado civil casado y el 18,8% viudo; respecto a la escolaridad el 82,6% se evidencia que tiene un grado de escolaridad básica, mientras que el 15,9% es analfabeto.

Tabla 3. Distribución de los adultos mayores hipertensos de la parroquia Bellavista, condiciones epidemiológicas, período 2021-2022

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
HTA	61	88,40%
HTA + Diabetes	6	8,70%
HTA + Hipotiroidismo	2	2,90%
TOTAL	69	100,00%

Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF

Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay

La tabla muestra que, de un total de 69 personas, el 88,4% presenta hipertensión arterial como única condición. Además, hay pequeños porcentajes de personas que tienen hipertensión junto con otras condiciones como hipotiroidismo (8%) y diabetes (2,9%).

Resultados para el segundo objetivo.

Evaluar la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial valorando cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la medición de la calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial de la Parroquia Bellavista, período 2021-2022

	SALUD FÍSICA		SALUD PSICOLÓGICA		RELACIONES SOCIALES		AMBIENTE	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Calidad de vida bajo	50	72,46	0	0,00	14	20,29	63	91,30
Calidad de vida medio	15	21,74	65	94,20	53	76,81	3	4,35
Calidad de vida alto	4	5,80	4	5,80	2	2,90	3	4,35
Total	69	100,00	69	100,00	69	100,00	69	100,00

Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF
Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay

En la tabla 4, se observa el análisis descriptivo de los ítems del cuestionario Whoqol-Bref, muestra la distribución de la calidad de vida en el grupo en las cuatro dimensiones mencionadas. Cada categoría de calidad de vida (bajo, medio, alto) está desglosada para cada dimensión, proporcionando una visión detallada de cómo las personas perciben su calidad de vida en diferentes aspectos, se destaca que la dimensión psicológica que califican su calidad de vida como media, alcanzando un significativo 94.20%. En segundo lugar, la dimensión ambiente refleja un porcentaje considerable del 91.30% de los participantes con una calidad de vida baja en este aspecto. Las relaciones sociales ocupan el tercer lugar, con el 76.81% de los participantes evaluando su calidad de vida en esta dimensión como media. Esto indica que un número sustancial de personas en el grupo se encuentra en un punto intermedio en términos de satisfacción en sus relaciones sociales. Finalmente, la dimensión física presenta un 72.46% de los participantes con una calidad de vida baja. Esto sugiere que un porcentaje considerable de individuos experimenta desafíos o percepciones negativas en lo que respecta a su bienestar físico.

Tabla 5. Medición global de la “Calidad de vida” en los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista, período 2021-2022

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida bajo	4	5,8
Calidad de vida medio	64	92,8
Calidad de vida alto	1	1,4
Total	69	100,0

Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF

Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay

La Tabla 5 presenta un panorama integral de la percepción de calidad de vida entre los adultos mayores con hipertensión arterial de la parroquia Bellavista. Se destaca que el 92.8% se sitúa en la categoría de calidad de vida media. Asimismo, se observa que solamente el 1.4% de los adultos mayores sostiene una percepción de calidad de vida alta. Esto proporciona una visión general de cómo el grupo percibe su bienestar en términos de calidad de vida.

Resultados para el tercer objetivo.

Contribuir acciones educativas y estrategias de promoción acerca de la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista.

Figura 1. Convocatoria para dar a conocer estrategias de promoción y prevención sobre la Hipertensión arterial de los adultos mayores hipertensos en la Parroquia Bellavista



Elaboración: Mercy Cristina Castillo Guayanay

La hipertensión arterial (HTA) puede tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente, dado que puede ocasionar diversas complicaciones en órganos vitales, además de los efectos secundarios asociados a los medicamentos antihipertensivos. Por consiguiente, resulta fundamental mantener bajo control la HTA para mitigar de manera significativa el riesgo de complicaciones. En este contexto, la realización de charlas educativas enfocadas en el control de la hipertensión arterial (Anexo 3), emerge como una estrategia eficaz, por medio de charlas que se registró a los adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista. Estas charlas no solo proporcionan una comprensión más profunda de la enfermedad y sus posibles complicaciones, sino que también fomentan una mayor adherencia al tratamiento. Este

enfoque educativo contribuye, en última instancia, a prolongar la supervivencia del paciente y a mejorar su calidad de vida.

Figura 2. Díptico sobre recomendaciones para una mejor calidad de vida en los Adultos mayores



Elaboración: Mercy Cristina Castillo Guayanay

Los resultados revelan que la hipertensión arterial (HTA) puede tener un impacto adverso en la calidad de vida, con niveles predominantemente bajos y medios en las dimensiones evaluadas. La dimensión psicológica y ambiente destaca como las más afectadas. Por lo tanto, se sugiere involucrar activamente a la familia mediante recomendaciones que promuevan tanto la salud física como mental de los adultos mayores. La importancia radica en la implementación de medidas colectivas dentro del entorno familiar, estableciendo un enfoque claro sobre cómo interactuar y cuidar de los adultos mayores. El objetivo final es garantizarles una calidad de vida óptima, lo que requiere la colaboración activa y coordinada de todos los miembros de la familia.

7. Discusión

La calidad de vida implica un estado de bienestar total que abarca lo físico, lo mental y lo social. Asimismo, se define como un constructo multifactorial complejo en el que se acepta que existen dualidades subjetivas y objetivas. El primero se relaciona con el concepto de felicidad y satisfacción con la vida, la llamada "felicidad", satisfacción y estados mentales positivos, y el segundo se relaciona con aspectos del funcionamiento social, físico y mental. Ambos determinan la calidad de vida en el "estado de bienestar".

En lo que respecta a la hipertensión arterial (HTA), En relación a la hipertensión arterial (HTA), se trata de una enfermedad que puede prevenirse, generalmente no presenta síntomas y puede ser mortal. Es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en todo el mundo y se asocia estrechamente con el envejecimiento, siendo más prevalente en personas mayores de 60 años. Este estudio nos permite analizar y conocer el nivel de calidad de vida de las personas mayores con hipertensión arterial provenientes de la parroquia Bellavista.

Considerando las variables sociodemográficas y epidemiológicas, se pudo evidenciar que, del total de adultos mayores con hipertensión arterial de la parroquia Bellavista, el 53,6% es de sexo femenino y el 46,4% es de sexo masculino, estos resultados coinciden con los reportes de varios autores, como (García, Cardona, Segura & Garzón, 2018) que establecen un mayor porcentaje de la hipertensión en mujeres que en hombres. De manera similar, coinciden con Torres, Tapia, Barbecho y Wong (2018), quienes encontraron que el 65,1% eran mujeres, considerando que el sexo femenino es un factor de riesgo para padecer HTA, pues con la edad las mujeres pierden su factor protector de los vasos sanguíneos, los estrógenos, de esta manera se superan los niveles de HTA en los hombres, después de pasar por la menopausia. En cuanto a las características epidemiológicas, se observó que la mayoría de los participantes presenta hipertensión arterial como única condición. No obstante, hay pequeños porcentajes de personas que tienen hipertensión junto con otras condiciones como hipotiroidismo (8%) y diabetes (2,9%). Este hallazgo es consistente con el estudio de Chandía y Luengo (2019), quienes informaron que, en cuanto a la prevalencia de DM2 en la muestra, un 5% presentó solo esta patología, cifra inferior a la prevalencia nacional (9,4%).

En HTA predomina en adultos mayores con una sola pareja (65,2%), consistente con Herrera (2019) donde el estado civil más común es casado con 67,5%; Sin embargo, un alto porcentaje (18,8%) de los viudos presenta esta patología. Estos resultados son similares a los de Torres, Tapia, Barbecho, & Wong (2018) quienes mencionan que la pérdida de pareja se asocia con mayores niveles de HTA, lo que puede explicarse por factores como una dieta menos

sana y equilibrada, menor adherencia a recomendaciones médicas, y se puede explicar un menor apoyo social por parte de una empresa. A nivel escolar, la gran mayoría tiene educación básica (82,6%) y otro porcentaje importante (15,9%) no tiene ningún nivel de educación. Este resultado es consistente con el de un estudio realizado en América Latina, en el que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta del 19% en personas con menor educación al 50% en personas sin educación (Laguardia et al., 2019).

Así, como el de Cardona et al (2021), quienes concluyeron que las personas con mayores niveles educativos tienen mejor calidad de vida en términos de salud física. En el ámbito económico, 69 personas mayores (100%) con hipertensión tienen un nivel económico bajo. Este resultado es el mismo que el de Chandía & Luengo (2019). Quien descubrió que las personas mayores que viven de una pensión básica solidaria de vejez padecen esta patología. Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el nivel socioeconómico, lo que concuerda con los estudios de Albala et al. (2018), quienes sostienen que las personas mayores con niveles socioeconómicos más altos tuvieron puntajes más altos en su salud mental y cognitiva, lo que puede explicarse por un mayor acceso a recursos y servicios de salud, así como a mejores condiciones de vida.

En lo que respecta a la dimensión física, según la Organización Mundial de la Salud (2019), la capacidad de funcionamiento de una persona aumenta durante los primeros años de vida, alcanza su punto máximo al inicio de la edad adulta y luego, naturalmente, comienza a disminuir. En el presente estudio se encontró que el 92,8% se sitúa en la categoría de calidad de vida media, mientras que el 5.8% de la población manifiesta tener una calidad de vida baja. Asimismo, se observa que solamente el 1.4% de los adultos mayores sostiene una percepción de calidad de vida alta. Los adultos mayores que padecen esta condición necesitan recurrir a tratamientos médicos que les permitan llevar una vida más saludable, permitiéndoles realizar sus actividades diarias con total normalidad. Este resultado es similar al estudio de Valdés et al. (2020), quienes encontraron deficiencias tanto en las extremidades inferiores como superiores relacionadas con la función cardiovascular, siendo el 80% de los adultos mayores calificados como buenos, el 20% como normales y ningún adulto mayor en la calificación de Muy Bueno.

Comparado con los resultados de otros estudios encontramos una superposición con el estudio de Durán (2018), titulado “Calidad de Vida de las Personas Mayores en la CAM Lima Metropolitana 2017” donde se encontró que el 70% de las personas mayores encuestadas tenían una Mala calidad de vida, concluyendo que la mayoría de las personas mayores tienen una calidad de vida normal, tienen problemas para dormir, tienen problemas de audición, quieren

llorar, están tristes, tristes y realizan actividades regularmente en compañía de su familia un porcentaje importante de personas con una buena calidad de vida.

Sin embargo, haciendo referencia al estudio realizado por García (2018), titulado “Calidad de vida de las personas mayores en la casa polifuncional Palmas Reales Los Olivos Lima 2018, se observó que los adultos mayores entrevistados, que representan el 36%, tienen una calidad de vida baja o mala. Se concluye que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su calidad de vida como baja o mala debido a problemas de salud, estigma social, dificultad para afrontar las tareas cotidianas en solitario y dificultad para conciliar el sueño, mientras que el 64% dice que es gracias a tratamiento médico aceptable tienen una calidad de vida media.

La salud mental y cognitiva de los adultos mayores puede presentar cambios relacionados con la edad en cuanto a la dimensión psicológica de la salud, que incluye algunos componentes como (alegría de vivir, capacidad de concentración, autoestima); Este estudio muestra el mayor porcentaje de individuos que califican su calidad de vida como media, alcanzando un significativo 94.20% en términos psicológicos. Debido a que los datos son similares a la investigación realizada por Durán (2013), la investigación titulada “Percepciones de calidad de vida en un grupo de adultos mayores que viven en hogares alemanes en Santiago de Chile” refleja el resultado de la mayor parte de la muestra examinada (el 97%) tiene una calificación general mala o muy mala de su calidad de vida en lo que respecta al componente de salud mental. Mientras que (3%) lo encuentra normal.

Resultados similares se obtuvieron en un estudio de Lecot (2016), donde, para el componente de salud psicológica, se encontró que el 98% de las personas mayores evaluadas perciben la calidad de vida como buena y el 2% como moderadamente buena. A diferencia del estudio de Maldonado y Mendiola (2018), en el que concluyeron que los adultos mayores de 60 y 70 años perciben mala calidad de vida, las mayores discrepancias encontradas se relacionan con la capacidad de concentración, la autoimagen y la imagen corporal. Esto concuerda con un estudio de García y Flores (2018), que tuvo como objetivo investigar la relación entre la autoestima percibida y la actividad física en personas de 65 años y más de centros de día en Sevilla, España. Los resultados obtenidos muestran diferentes niveles de autoestima, que son significativamente mayores en el grupo que si realizaran actividad física con frecuencia.

Del total de adultos mayores hipertensos, como se observó el 98% mencionó tener una percepción media sobre la dimensión psicológica, presentando varios pensamientos inconformes o negativos (sentido de vida, autoestima, imagen corporal y la apariencia), siendo

estos algunos componentes sobre los sentimientos que se manifiestan los adultos mayores. Resultados parecidos a los encontrados por Flores, et al. (2018), quienes evidenciaron un déficit leve del deterioro cognitivo y sentimental presente en aproximadamente el 50% de los pacientes con hipertensión. Por su parte, Badillo. et al. (2018), encontró que con regularidad los pacientes hipertensos suelen presentar pensamientos negativos, esta característica está presente en más de la mitad de su población de hipertensos, por lo que concluyen que la depresión leve establece claramente una calidad de vida regular, sobresaliendo por su frecuencia la tristeza, pesimismo y llanto.

En cuanto a la dimensión que aborda las relaciones sociales en la población de adultos mayores con hipertensión de la parroquia Bellavista, se evidencia que el 76.81% de este grupo califica su calidad de vida en esta área como media. Por otro lado, el 20.29% manifiesta tener una calidad de vida baja en el aspecto de relaciones sociales, mientras que un 2.90% indica poseer una calidad de vida alta en este mismo ámbito. En los diferentes estudios se observó que los resultados en el estudio realizado por Valdez (2018) son similares, menciona que existe una vinculación en cuanto a la calidad de vida y el componente de relación social en que las personas mayores tienen una calidad de vida está constituida en un 80% y el resto la calidad de vida se debe a la separación de la familia y sus vínculos, lo que se suma a la sensación de abandono y múltiples sentimientos negativos que experimentan los adultos mayores que se sienten abandonados.

Los resultados son similares a los obtenidos por Noriega (2019), quien encontró que la mayoría de las personas mayores (79,4%) reportan una calidad de vida promedio, pues indican una estructura familiar medianamente adecuada que les permite sobrellevar la enfermedad de la mejor manera, sin afectar el desarrollo de sus actividades diarias, a diferencia del 20,6%, donde el apoyo familiar es insuficiente, por lo que la calidad de vida de las personas mayores es mala.

Estos resultados contradicen los presentados por Molina, Meléndez y Navarro (2018), quienes encontraron que, en términos de relaciones sociales, el 65% de las personas mayores reportan una mala calidad de vida, observándose una diferencia significativa en las personas mayores provenientes de familias disfuncionales que, por alguna razón, se encuentran solos.

En relación con los hallazgos concernientes a la dimensión del ambiente en la población de adultos mayores con hipertensión arterial, se concluye que el 91.30% de los adultos mayores residentes en la parroquia Bellavista perciben un nivel de calidad de vida bajo en términos de las diversas dimensiones consideradas, tales como contaminación, ruido, tráfico y condiciones climáticas. En contraste, solo un 4.35% manifiesta una calidad de vida media y alta en esta

misma dimensión. La información similar a los revelados por Sandoval (2019), quien expone que más del 65% de los adultos mayores que sufren hipertensión, mantienen un ambiente de pesimismo se rige a una actitud negativa, el adulto mayor tiene la sensación de que todo le saldrá mal, los músculos se tensan causando dolor de cabeza, cuello, migrañas y rigidez en los hombros.

En cuanto al acceso a la información, Tarrillo (2022), menciona que el 80% de los adultos mayores tienen una mala calidad de vida debido a que no tienen acceso a información actualizada, lo que representa un gran riesgo ya que la educación es importante en los adultos mayores porque les da la oportunidad de mantenerse activos y estar al día de lo que sucede a su alrededor, ya que esto fomenta situaciones de despojo, violencia y deterioro a largo plazo de la salud cognitiva y mental, y muestra mayores niveles de dependencia a corto o medio plazo. familia, pérdida de autonomía o capacidad para tomar decisiones por uno mismo; restringe su acceso a la información y la comprensión de las instrucciones médicas relacionadas con su atención.

Esto concuerda con lo afirmado por Acosta y Castellano (2019), quienes indican que la mayoría de los adultos (76%) se encuentran insatisfechos con los servicios de salud, lo que se debe a una urbanización acelerada y desordenada que está provocando importantes cambios en los estilos de vida y en el ámbito social. y el comportamiento sanitario de la población. Aunque la vida urbana sigue ofreciendo numerosas oportunidades, incluida la posibilidad de una mejor atención médica; Los riesgos para la salud que influyen en la aparición de HTA pueden concentrarse en estos espacios, tanto por estilos de vida inadecuados como por el consumo de comida rápida, sedentarismo, tabaquismo y consumo nocivo de alcohol.

Finalmente, relacionado con la percepción general sobre la calidad de vida de las personas mayores en la parroquia de Bellavista, el 5,8% tiene una calidad de vida baja, el 92,8% tiene una calidad de vida media y el 1,4% tienen una calidad de vida alta. Este resultado es similar al de Herrera (2019), quien en su estudio realizado en Chota – Ecuador encontró que el 77,5% de los adultos mayores tiene una mejor calidad de vida y el 22,5% tiene un pobre nivel de vida. Asimismo, Ortíz et al. (2020) llegaron a la conclusión de que el 76,7% reflejaba un mejor nivel de vida, cuyo valor era comparable a los estudios de (Pérez et al., 2022), se parece donde el 77,8% de los adultos mayores gozan de mejor salud.

La información obtenida guarda estrecha relación con lo que señala Varela (2016), quien menciona que la calidad de vida está relacionada con diferentes factores: de carácter económico, social y cultural, determinado en gran medida por los valores de cada individuo; Por tanto, la calidad de vida tiene que ser considerada desde una perspectiva multidimensional

que incluye aspectos ambientales, culturales, económicos, servicios de salud, felicidad y actividades de ocio, entre otros.

8. Conclusiones

En relación con las condiciones sociodemográficas de la población en los adultos mayores hipertensos en la Parroquia Bellavista, se identificó adultos mayores de etnia mestiza y mayoritariamente del sexo femenino. Además, la mayoría de ellos están casados, cuentan con un nivel económico bajo y poseen un nivel educativo básico. Se destaca que un número significativo de la población estudiada presenta hipertensión arterial como única condición médica, aunque existen pequeños porcentajes de personas que padecen hipertensión en conjunto con otras afecciones, tales como hipotiroidismo y diabetes.

En los adultos mayores con hipertensión se determina que su calidad de vida se encuentra en el rango medio, es decir, cuentan con las condiciones de vida promedio en cuanto a factores sociales, económicos, académicos, culturales, de salud y educación. Al analizarlo por dimensiones, psicológica y ambiental oscila entre niveles medios y bajos.

Realizar acciones mediante charlas educativas y campañas de promoción dirigidas a los adultos mayores hipertensos, estas iniciativas desempeñan un papel crucial en la concientización y educación sobre la relevancia del control de la presión arterial. Esto fomenta la adopción de hábitos saludables y, en consecuencia, contribuye al bienestar general de la comunidad, generando así un impacto positivo en su calidad de vida.

9. Recomendaciones

Considerando los hallazgos significativos obtenidos en la población de adultos mayores de la Parroquia Bellavista, se sugiere compartir los resultados a las autoridades sanitarias y los responsables de políticas públicas como lo es el GAD parroquial de Bellavista, tomen acciones específicas para abordar las necesidades particulares de este grupo. Enfoques de atención y programas de salud deberían ser diseñados teniendo en cuenta la prevalencia de hipertensión arterial, especialmente entre las mujeres y aquellos con estado civil casado o viudo. Es imperativo implementar estrategias educativas que se adapten al nivel económico y educativo predominante en la población, con énfasis en la promoción de un estilo de vida saludable y el adecuado manejo de la hipertensión arterial. Asimismo, se recomienda llevar a cabo campañas de concientización sobre la importancia de la detección temprana y el manejo integral de la hipertensión, considerando las condiciones epidemiológicas identificadas, con un énfasis especial en aquellos con condiciones concurrentes como hipotiroidismo y diabetes. Estas acciones contribuirán a mejorar la calidad de vida y bienestar general de los adultos mayores afectados por la hipertensión arterial en la parroquia Bellavista.

Considerando los resultados que revelan una percepción mayoritariamente intermedia de calidad de vida entre los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista, se sugiere la implementación de programas específicos que aborden los desafíos y áreas de mejora identificadas. Es crucial diseñar estrategias adaptadas a las necesidades de este grupo, priorizando aquellos aspectos que han sido señalados como de menor percepción de bienestar. Se recomienda enfocar los esfuerzos en actividades educativas, intervenciones de salud y programas de apoyo social que puedan contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida en términos físicos, psicológicos y sociales.

Dada la respuesta positiva y el evidente interés de la comunidad, se sugiere continuar con la realización periódica de charlas educativas sobre el control de la presión arterial. Además, se recomienda ampliar el alcance de estas iniciativas a través de diferentes canales de comunicación, como redes sociales o boletines comunitarios. La entrega de materiales informativos, como dípticos, podría optimizarse mediante la inclusión de información visual y práctica para una mejor comprensión. Asimismo, considerando la participación activa de los familiares, se podría implementar programas familiares que refuercen el apoyo en el control de la presión arterial y fomenten un entorno saludable en el hogar. La colaboración con profesionales de la salud y la incorporación de actividades interactivas podrían enriquecer aún más estas iniciativas, fortaleciendo la concientización y promoción de hábitos saludables en la comunidad.

10. Bibliografía

- Abramson, L. G., y Pinales, R. E. (2020). Hipertensión arterial posterior a tratamiento de quimioterapia agosto-septiembre 2020 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña).
- Acosta López, A., & Castellano Pérez, B. (2019). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 261-268.
- Albala C, Sánchez H, Lera L, Angel B, Cea X. (2018). Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Rev méd Chile*.
- Alban, D. A. R., Ugsha, S. C. T., Mejía, M. C., & Atiaga, D. R. M. (2021). El tiempo libre y el ocio en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 83.
- Álvarez Estupiñán, M. La promoción y prevención: pilares para la salud y la calidad de vida. *Correo Científico Médico*, 17(1), 79-82. (2019).
- Badillo, T., Herrera Herrera, J. L., Salazar Barajas, M. E., Míreles Alonso, M. A., Saavedra, M. O., & Ruiz Cerino, J. M. (2018). Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Ciencia y enfermería*, 28.
- Bayas Guerrero, N. L., & Campos Ortega, E. A. (2018). Estilos de vida del Adulto Mayor con Hipertensión en el centro de salud de San Juan de Calderón en el periodo de octubre 2016-febrero 2017.
- Belmont. Roberto M. S. (2018). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia.
- Bueno Burnham, N. M. (2020). Estudio comparativo de la calidad de vida en deportistas de alto rendimiento del Comité Paralímpico Ecuatoriano a través de la escala WHOQOL-BREF en el período octubre 2019-febrero 2020 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Cabezudo, M. (2019). *Compilado de enfermería en salud del adulto II*, Chimbote, Perú.
- Carlier Lozano, H. R. (2020). Ejercicios físicos para la disminución de la hipertensión arterial en personas de 30 a 75 (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil, Facultad de Educación Física, Deportes y Recreación).
- Carrillo-Bayas G, Llerena-Guachambala E. Participación familiar para mejorar la calidad de vida en personas con hipertensión arterial. *Dom Cien [revista en Internet]* 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 6(4): 240-253.

- Chandía Reyes, V. A., & Luengo Martínez, C. (2019). Relación entre hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con deterioro cognitivo en adultos mayores. *Gerokomos*, 30(4), 172-175.
- Chiluiza Siza, S. M. (2019). Calidad de vida y depresión en Estudiantes de la Facultad de Educación. Universidad Técnica de Ambato, 2019 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2019).
- Coll, C. Características del adulto mayor. (Internet). Oct 23 del 2010. (Actualizado en el 21 May. de 2019).
- Durán, A. (2013). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores residentes en hogares alemanes de Santiago de Chile (proyecto final para obtención de título de Máster). Fundación Universitaria Iberoamericana, Santiago de Chile, Chile.
- Flores-Herrera, BI, Castillo-Muraira, Y., Ponce-Martínez, D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, EG, & Durán-Badillo, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26 (2), 83-88.
- Figueredo, C. R. P. S., y Góngora, X. C. M. (2019, April). Estrategia para la aceptación del alcoholismo a estudiantes preuniversitarios y universitarios "Juicio al criminal multifacético" Strategy for the acceptance of alcoholism to pre-university and university students" Trial of the multifaceted criminal. In 9na Edición de la Conferencia Científica Internacional de la Universidad de Holguín.
- García-Castaneda NJ (Sf). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión.
- García Alvaro, Y. V. (2018). Calidad de vida del adulto mayor que reside en el albergue central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, Lima 2018.
- García-Castañeda, N. J., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á. M., & Garzón-Duque, M. O. (2018). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de cardiología*, 23(6), 528-534.
- Gira, R. B., & Rodríguez, R. G. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica de adultos mayores hipertensos. Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". 2017/Clinical-epidemiological characterization of hypertensive elderly. University Polyclinic "Pedro Borrás Astorga". 2017. *Panorama. Cuba y Salud*, 13(1 Especial), 388-392.
- Guananga, S. P. P., & Olalla, V. P. V. (2022). Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional y dislipidemias en niños de 6 a 11 años. *La Ciencia al Servicio de la Salud*, 13(1), 36-46.

- Hernández-Peña, H., Aguirre-Martínez, G., Estay-Sepúlveda, J. G., Lagomarsino-Montoya, M., Mansilla-Sepúlveda, J., & Ganga-Contreras, F. (2020). La era digital comprendida desde la Psicología humanista. *Revista Costarricense de Psicología*, 39(1), 35-53.
- Herrera Ortiz, J. U. (2019). *Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial* Essalud-distrito de Chota, 2017.
- Hospital José Soto Cadenillas Chota. *Análisis de la situación de salud del Hospital José Soto Cadenillas*. 2018.
- Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes (IUACJ). *Revista universitaria de la educación física y el Deporte* año 7, n° 7, noviembre de 2018 *Evaluación de la condición física en adultos mayores: desafío ineludible para una sociedad que apuesta a la calidad de vida*. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. 2014.
- Jinich, H., Lifshitz, A., y Ramiro, M. (2022). *Síntomas y signos cardinales de las enfermedades*. Editorial El Manual Moderno.
- Laguardía, T. M. P., Oliva, L. M. M., Martínez, Y. C., Quintero, N. F., Jiménez, D. M., & Mora, O. D. (2019). Hypertension and associated risk factors in workers of the Agroindustrial Complex " Ciudad Caracas". *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(3), 3-7.
- Lapman, G. (2021). *Reset: Medicina del estilo de vida*. Editorial Galerna.
- Lecot, J. (2016). *Calidad de vida en adultos mayores de Capital Federal que participan de los talleres de UPAMI (Trabajo de grado)*.
- Llallahui Gómez, R. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario calidad de vida (WHOQOL–BREF) en adultos mayores que se encuentran en situación de confinamiento*, Lima-2020.
- Lopera-v JP. (2019). *Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad* Health-related quality of life : Exclusion of subjectivity. 2017; 693–702.
- López, A. *Junta de Extremadura: Hipertensión Arterial*. Consejería de Sanidad y Consumo. (Internet). Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud Mérida.
- Milián Sánchez, J. I., (2020). *El centro médico militar y la mejora de la salud de los cadetes de IV año del arma de infantería de La Escuela Militar de Chorrillos “Coronel Francisco Bolognesi”-2020*.
- Ministerio de Salud Pública. *Ministerio de Salud: prevención y autocuidado son claves para controlar la diabetes*. [Online].2018 [cited 2021 01 15].
- Ministerio de Salud Pública. *Hipertensión arterial: Guía Práctica Clínica (GPC)*. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019.

- Mogollón García, F. S., Becerra Rojas, L. D., y Adolfo Ancajima Mauriola, J. S. (2020). Estilos de vida saludables en estudiantes de pregrado. *Conrado*, 16(75), 69-75.
- Molina, C., Meléndez, J. C., & Navarro, E. (2018). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 189-196.
- Montece Fernández, L. A., y Pinales Piza, F. M. (2021). Prevalencia de arritmias cardíacas en pacientes hipertensos de 50 a 70 años en la consulta externa de un hospital de la ciudad de Guayaquil.
- Montes, M. E. (2021). La voz de las familias de personas con discapacidad intelectual sobre su calidad de vida. Estudio de casos. In Comunicación presentada en el Congreso Iberoamericano de Educación. Metas.
- Morales García, R. E. (2018). Modificación de presión arterial antes y después del ejercicio físico en Adultos Mayores.
- Navarro, A. A., Navarro, J. C., & Melchor, S. (2020). Frecuencia de hipertensión arterial en personas adultas del Barrio México, Puyo Ecuador. *Cubana de Reumatología*, 22(2). 1-11.
- Noriega, C. E., (2019). Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán-Ecuador. *Polo del conocimiento*, 6(3), 419-432.
- Ohishi, M. (2018). Hypertension with diabetes mellitus: Physiology and pathology review article. *Hypertension Research*, 41(6), 389–393.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Estilo de vida saludable.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). La hipertensión en el mundo. (Consultado el 10 Jun. de 2018).
- Organización Mundial de la Salud, A. M. (2018). Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017 (No. A71/28).
- Organización Panamericana De La Salud, Organización Mundial De La Salud. Persona mayor. (Internet). Buenos Aires 2018.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). HEARTS será el modelo de manejo del riesgo cardiovascular, incluyendo la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia en la atención primaria 35 de salud (APS) en las Américas. <https://www.paho.org/es/heart-america>.

- Ortiz Pangalima, C. O. (2019). Factores de riesgo laboral relacionados con la salud física y social del enfermero en áreas críticas. Hospital Manuel Javier Nomberto. Chulucanas. Piura. 2017.
- Osorio, L. (2018). Responsabilidad social y bienestar de la persona mayor.
- Pablo, J. Calidad De Vida Del Adulto Mayor De La Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos Lima 2018. (Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería).
- Pacompiá, A. Calidad De Vida Del Adulto Mayor Atendido En El Centro De Salud Simón Bolívar Puno 2018. (Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería).
- Parraga, Y. Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Beneficiarios Del Centro Integral Del Adulto Mayor De Huancayo. (Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En trabajo social). Huancayo-Perú 2017.
- Paucara Pfoccori, M. (2020). Inactividad física asociado a depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades cardiovasculares que asisten a consulta externa de cardiología del Hospital III Goyeneche, febrero de 2020.
- Pérez Achinchoy, V. A. (2018). Prevalencia de Hipertensión arterial en Adultos Mayores del Centro de Salud San Gabriel-Carchi 2017 (Bachelor's thesis).
- Pérez-Jiménez, F., Pascual, V., Meco, J. F., Martínez, P. P., Lista, J. D., Domenech, M.,... & Ros, E. (2018). Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 30(6), 280-310.
- Pérez Guerra, L. E., Rodríguez Flores, O., López García, M. E., Sánchez Fernández, M., Alfonso Arboláez, L. E., & Monteagudo Méndez, C. I. (2022). Conocimientos de accidentes cerebrovasculares y sus factores de riesgo en adultos mayores. *Acta Médica del Centro*, 16(1), 69-78.
- Pfoccoalata Lipa, K. M. (2020). Intervención de enfermería según Roper Logan Tierney en el estado de salud del adulto mayor puesto de salud Daniel Alcides Carrión Hunter. Arequipa 2018.
- Pita Salazar, M. E. (2022). Estudio de calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en zona central de Manabí en relación a la calidad de atención sanitaria.
- Presión arterial alta [Internet]. Clinic mayo. 2020 [citado 27 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/highblood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>

- Recimundo, 2018: El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. [Online]; 2018. Acceso 27 de febrero de 2021.
- Rodrigo T. (2018). ARTERIAL. Rev Medica Clin Condes. 29 (1):12–20.
- Rodríguez, R. G., y García, J. C. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay, 8(2), 103-110.
- Rodríguez, Y. (2019). Características biopsicosociales de los ancianos.
- Ruiz, L. (2021). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Callao
- Sandoval, L. E. (2019). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con dolor crónico de un Pueblo Joven, Lambayeque-2019.
- Salazar Cáceres, P. M., Rotta Rotta, A., & Otiniano Costa, F. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana, 27(1), 60-66.
- Salazar, P. Hipertensión en el adulto mayor. Rev. Med. Hered. (Internet). Lima ene. 2018; 27 (1).
- Sánchez, B. M. (2020). Cerebro productivo: Herramientas de neurociencia para ser más efectivos y lograr mayor bienestar. LID Editorial.
- Sánchez Alcívar, C. E. (2022). Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en la ciudad de Guayaquil.
- Sandoval Sullón, M. (2020). Hábitos alimentarios en los alumnos de educación inicial.
- Sandoval, E. (2018). Tercera edad y la importancia de las relaciones interpersonales.
- Serra Valdés, M., Serra Ruíz, M., & Viera García, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Revista Finlay, 8(2), 140-148.
- Tarrillo, P. Z. (2022). Modos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con TBC del policlínico ESSALUD “Manuel Manrique Nevado”–Chiclayo 2021.
- Tetzschner, R., Nørgaard, K., Ranjan, A., & Ranjan, A. (2018). Effects of Alcohol on Plasma Glucose and Prevention of Alcohol induced Hypoglycemia in Type 1 DiabetesA
- Torres, L. E. E., Tapia, K. A. Á., Barbecho, P. A. B., & Wong, S. (2018). Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. Revista Latinoamericana de Hipertensión, 13(3), 183-187.
- Valdellos Cabello, J. (2021). Estudio Multicéntrico a nivel de Atención Primaria sobre valoración de la Calidad de Vida relacionada con la Salud y análisis de sus posibles determinantes en población mayor de 65 años.

- Valdés Labrador, Y., Calderón Villa, Y., Carmenate Figueredo, Y., Tejera Concepción, J. F., & Bermúdez Chaviano, M. (2020). Condición física funcional en adultos mayores hipertensos. *Conrado*, 16(77), 451-460.
- Valencia Rodríguez, S. (2020). Centro especializado para personas de la tercera edad Systematic Review with GRADE Short title: Effects of alcohol in type 1 diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 34(3). <https://doi.org/10.1002/dmrr.2965>
- Varela Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 199-201.
- Vargas, A. (2021). Cómo afrontar el estrés en el adulto mayor. <https://www.fundacionalbeirovargas.org/como-afrontar-el-estres-en-el-adulto-37-mayor/>.
- Vera Vilatuña, S. (2019). Estudio del perfil de funciones ejecutivas del adulto mayor que asiste al proyecto “Mis años dorados” del cantón Mejía. Quito: UCE.
- World Health Organization (Sf.). Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes.

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación de tema y pertinencia del Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0206-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 28 de Enero de 2022

Srta. Mercy Cristina Castillo Guayanay
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "Calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista" de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 27 de Enero de 2022, por la Dra. Tania Cabrera, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, se considera aprobado y pertinente, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



firmado electrónicamente por:
TANIA VERÓNICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCPINOT

Anexo 2. Designación de director del Trabajo de Titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 0241-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 02 de Febrero de 2022

Dra. Tania Cabrera
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: "Calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista", autoría de la Sr. Mercy Cristina Castillo Guayanay.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Financiado por:
TANIA VERONICA
CARRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCPINOT

Anexo 3. Oficio y autorización para recolección de datos



Loja, 04 de febrero de 2022

Dra. Tania Cabrera.
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo me dirijo a usted y a la vez aprovecho la oportunidad para desearle éxitos en sus funciones.

Yo, Mercy Cristina Castillo Guayanay, con cédula N°1150260691, estudiante de noveno ciclo paralelo B, de la carrera de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo muy respetuosamente a su persona para solicitarle de la manera más comedida se realice el oficio dirigido al Tecnólogo. Jorge Luis Jaramillo Tamayo Presidente del GAD Parroquial de Bellavista, cuyo correo institucional es gpbellavista@gmail.com para realizar unas encuestas a los adultos mayores hipertensos, información necesaria para la recolección de datos de mi proyecto de tesis, titulado "Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial de la Parroquia Bellavista", el mismo que consta con la aprobación, pertinencia y docente director asignado.

Por la atención que se le brinde al presente, le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

A handwritten signature in black ink, which reads 'Mercy Cristina Castillo Guayanay'. The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Mercy Cristina Castillo Guayanay
C.I. 1150260691
Correo: mercy.c.castillo@unl.edu.ec



**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
PARROQUIA RURAL BELLAVISTA**

Bellavista - Espíndola - Loja - Ecuador

Bellavista, 07 de febrero del 2022
Oficio N° 007-02-2022-PGADPRB

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA.
Ciudad. -

Reciba un cordial saludo del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Parroquia Rural de Bellavista, deseándole éxitos en sus funciones.

Estimada directora en contestación al Oficio Nro. 0256-D-CMH-FSH-UNL Loja, 04 de febrero de 2022, me permito informarle que se autoriza realizar la encuesta a los adultos mayores hipertensos residentes en la Parroquia Bellavista por parte de la Srta. Mercy Cristina Castillo Guayanay, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente. -



**JORGE LUIS
JARAMILLO
TAMAYO**

Tnlgo. Jorge Luis Jaramillo Tamayo.
PRESIDENTE GADPR-BELLAVISTA.

RECIBIR
COPIA EN
SUSSESION

TRABAJO

LEALTAD

*Av. Benigno F. de Roxas y Avenida Bolívar
Página web: www.gadprbellavista.gob.ec
Mail: gadprbellavista@gmail.com
Teléfono: 073033349*

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos



Universidad
Nacional
de Loja

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Presentación

Reciba un cordial saludo, la presente encuesta a realizar forma parte del trabajo de investigación sobre “Calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial de la de la Parroquia Bellavista”, por lo que le solicito su colaboración a través de una respuesta sincera a los enunciados que se presenta a continuación, tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Cabe resaltar que los datos obtenidos serán manejados de forma confidencial.

Muy agradecida por su colaboración.

Datos personales (Adultos mayores de 65 años de edad)

Nombres y apellidos	
Cédula de identidad	
Sexo	Hombre: _____ Mujer: _____
Edad	
Localidad	
Estado civil	Soltero/a: Viudo/a: Separado/a: Casado/a Conviviente:
Tiene pareja	Si: _____ No: _____
Nivel educacional	Analfabeto/a: Básica: Técnica: Universitario:
Nivel socioeconómico	Alto: Medio: Bajo:
Teléfono	

Instrucciones

A continuación, se presentan una serie de ítems relacionados a la calidad de vida de la persona que se está evaluando. Por favor escuche con atención cada pregunta que le mencione, valore sus sentimientos y conteste la opción de respuesta que mejor describa a su persona y no deje ninguna afirmación sin respuesta. Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

PREGUNTAS GLOBALES: CALIDAD DE VIDA GLOBAL Y SALUD GENERAL						
		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

SALUD FÍSICA						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

SALUD PSICOLÓGICA						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

RELACIONES SOCIALES

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

AMBIENTE

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

Cálculo del puntaje

Para calcular, se debe seguir el siguiente algoritmo:

- Chequear los 26 ítems de la evaluación, que tienen un puntaje de 1 a 5.
- Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26 (Si Resp=1, entonces Resp=5; si R=2 > R=4 y si R=3 > R=3).
- Calcular puntajes por dominio. Todos los puntajes se multiplican por 4 para ser directamente comparables con los puntajes.

$$\text{DOM1} = \text{SUM} (\text{P3}, \text{P4}, \text{P10}, \text{P15}, \text{P16}, \text{P17}, \text{P18}) * 4$$

$$\text{DOM2} = \text{SUM} (\text{P5}, \text{P6}, \text{P7}, \text{P11}, \text{P19}, \text{P26}) * 4$$

$$\text{DOM3} = \text{SUM} (\text{P20}, \text{P21}, \text{P22}) * 4$$

$$\text{DOM4} = \text{SUM} (\text{P8}, \text{P9}, \text{P12}, \text{P13}, \text{P14}, \text{P23}, \text{P24}, \text{P25}) * 4$$

Nota: Q se refiere al número de la pregunta en el cuestionario, por ejemplo pregunta n° 3 es igual a Q3. Realizar la equivalencia con la tabla de equivalencias de puntaje bruto a puntajes transformados y luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan el siguiente método para la conversión.

ECUACIONES PARA CALCULAR LOS RESULTADOS		PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE TRANSFORMADO	
DOMINIO 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=	4-20	0-100
DOMINIO 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		
DOMINIO 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	=		
DOMINIO 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		

La clasificación se la realiza de acuerdo a la agrupación por percentiles tal como se detalla a continuación:

Primer percentil corresponde a la Calidad de vida baja: valores entre 1 a 39

Segundo percentil corresponde a la Calidad de vida media: valores entre 40 a 69

Tercer percentil corresponde a la Calidad de vida alta: valores entre 70 a 100.

Método para la conversión de las puntuaciones brutas a puntuaciones transformadas

DOMINIO 1			DOMINIO 2			DOMINIO 3			DOMINIO 4		
Puntaje Bruto	Puntaje Transformado		Puntaje Bruto	Puntaje Transformado		Puntaje Bruto	Puntaje Transformado		Puntaje Bruto	Puntaje Transformado	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

Anexo 5. Consentimiento Informado



FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los Adultos mayores diagnosticados de Hipertensión arterial, para invitarlos a ser partícipes de un trabajo de investigación.

Parte I: Información

La aplicación de esta encuesta se la realizará en una sola visita. La selección de los participantes se ha realizado en base a las características que deben cumplir para formar parte de este estudio.

En el transcurso de esta encuesta mi persona estará realizando las preguntas y si hay algunos ítems que no entienda por favor me avisa para poder explicarle detalladamente y despejarle cualquier duda.

Su participación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo y cualquiera que sea su decisión no le afectará en ningún sentido, la duración que tendrá su participación será de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Esta encuesta no tendrá ningún efecto dañino hacia su persona, pues no se requiere aplicar ningún procedimiento invasivo, tampoco acarrea ningún riesgo que atente contra su integridad emocional.

Con los datos obtenidos se podrá realizar un análisis sobre su calidad de vida, y de ser necesario se propondrá acciones para mejorar la misma.

Cabe mencionar que del presente trabajo a realizar no habrá ninguna remuneración por parte del investigador, y que, la información recopilada durante la investigación será utilizada con fines académicos y científicos, misma que permanecerá fuera del alcance de personas ajenas, donde solo el investigador y directora de tesis tendrán acceso a esta, por lo tanto, se garantiza total confidencialidad.

Parte II: Formulario de Consentimiento

He sido partícipe en la investigación que pretende conocer la “Calidad de vida de adultos mayores con Hipertensión arterialde la Parroquia Bellavista”.

Se me ha informado de los beneficios de esta investigación y de que, en el procedimiento a realizar no habrá riesgos ni efecto adverso a mi persona, además, se me dio a conocer que no habrá ninguna remuneración por mi participación.

Dejo en claro que consiento libre y voluntariamente participar en esta encuesta.

ACEPTO

NO ACEPTO

FIRMA -----

FECHA: / /

Anexo 6. Registro de asistencia de los adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista

REGISTRO DE ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA PARROQUIA BELLAVISTA				
	NOMBRES	APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	
1	LUZ DEL CARMEN ADELINA	PINTADO ORTIZ	1102229364	
2	JULIA	MORENO GUARNIZO	1102252234	
3	CARMEN LUCIA	GUARNIZO	1101596821	
4	FLORA	CALVA CALVA	1104830367	Flora Calva
5	FRANCISCO SALECIO	JIMENEZ MORENO	1100650702	Francisco Salecio
6	NEMECIO TELESFORO	PINTADO ROSILLO	1900092907	Nemecio Telesforo
7	CARMEN DELIA	JARAMILLO	1102253380	
8	GERARDA	PINTADO GUARNIZO	1100533676	
9	DORALIZA	JIMENEZ GAONA	1102227723	Doraliza Jimenez
10	LINA	PINTADO GUARNIZO	1100533684	Lina Pintado
11	ARCADIO HIPOLITO	TAMAYO GIRON	1101610671	Hipolito Tamayo
12	GULLERMO EXPEDITO	PINTADO	1100488137	Guillermo Pintado
13	JULIA MARTHA	GUARNIZO	1101545831	Julia Guarino
14	ADALBERTO BENITO	CASTILLO GUARNIZO	500523766	Adalberto Castillo
15	ARSENIO	JIRON PINTADO	1100531969	
16	EUMELIA	JIMENEZ GUARNIZO	1101595732	Eumelia Jimenez
17	FRANCISCO ALFONSO	GUARNIZO JARAMILLO	1100533585	Francisco Guarino
18	FLORESMILA	AGUILAR ABAD	1100516754	Floresmila Aguilar
19	EDUARDO SAMUEL	VACA AGUILAR	1101668539	Eduardo Vaca
20	AURORA	VICENTE AGUILAR	1101580601	Aurora Vicente
21	JULIO ANIBAL	AVILA CUMBICUS	1100567583	Julio Avila
22	ALFREDO	CAMIZAN CAMIZAN	1100499530	Alfredo Camizan

23	NORA LUCIA	AVILA JARAMILLO	1102257456	Nora Lucia A.
24	SIXTO ALFONSO	TAMAYO CASTILLO	1100492584	Sixto Alfonso
25	VICENTE	ALVAREZ CUMBICUS	1101594271	
26	MARIA CELIA	ALVERCA CASTILLO	1101582136	Maria Celia
27	IGNACIO	ROSALES PINTADO	1100493129	
28	IBELIA FLORECILDA	TAMAYO CORREA	1101583563	Ibelia Tamayo
29	HERMELINDA	JIMÉNEZ BRICEÑO	1101477311	
30	ELISA	ÁLVAREZ JARAMILLO	1102252127	Elisa Alvarez
31	ELSA MACRINA	JIMENEZ ROSILLO	1101590352	Elsa Jimenez
32	DIGNA AMADA	GUAYANAY CALVA	1100532363	
33	GRIMANEZA	CUEVA CALVA	1101585352	Grimaneza Cueva
34	VICTORIANO	CALVA ALVAREZ	1101581096	Victoriano Calva
35	MARIA HERLINDA	GUAYANAY CHINCHAY	1101583639	Maria Herlinda G.
36	VITALIANO	CALVA	1101368288	Vitaliano Calva
37	TORRES	VICENTE	1100531027	Vicente Torres
38	ROSENDO	TROYA GUARNIZO	1100504115	Rosendo Troya
39	SARA MATILDE	GIRÓN	1101370912	Sara Matilde Guern
40	ISIDRO	JIMENEZ JIMENEZ	1100533866	Isidro Jimenez
41	MARIA ANTONIA	VICENTE CHUQUIMARCA	1101600094	Maria Antonia Vicente
42	FRANCISCO	TORRES JIMENEZ	1100532322	Francisco Torres
43	URBINA ADELA	CALVA ROSILLO	1101614152	Urbina Calva
44	CRUZ CRISTINA	GAONA CUMBICUS	1101585519	Cristina Gaona
45	AGENOR	GUAYANAY CUEVA	1100534294	Agenor Guayanay
46	MARIA FRANCISCA	ORTIZ	1101471090	Maria Francisca Ortiz

47	BERNARDA CECILIA	JIMENEZ TROYA	1101587838	Bernarda Jimenez
48	JUAN AURELIANO	GUAYANAY PINTADO	1100532330	
49	MARIANA	ORTIZ ROSALES	1104574759	
50	ELVIA DORACILDA	JIMENEZ PINTADO	1101582904	Elvia Jimenez
51	MANUEL BENIGNO	TROYA GUARNIZO	1100016623	
52	MARIA TRINIDAD	AVILA VARGAS	1102228804	
53	EMILIANO	JIMENEZ ALBERCA	1100494036	
54	DOMINGA	CORREA CORREA	1101669651	Dominga Correa
55	ROSALINA	JIMENEZ ABAD	1102251152	Rosalina Jimenez
56	NOE DOMINGO	MERINO TORRES	1101667960	Noe Merino
57	IDELIA	ORTIZ ROSALES	1104542301	Idelia Ortiz
58	ANGEL BENIGO	PINTADO ORTIZ	1101583043	Angel Ortiz
59	SERGIO	AVILA CHUQUIMARCA	1100508314	
60	ROSA HILDA	AVILA JARAMILLO	1101092292	Rosa Hilma Jaramillo
61	CLORINDA	CORREA MERINO	1101589396	
62	CRISTOBAL	CORREA MERINO	1100515822	
63	ANGEL BARTOLOME	CASTILLO GAONA	1100491727	Angel Castillo
64	GUMERCINDA	CALVA CUMBICUS	1101668463	Gumercinda Calva
65	SEGUNDO ELOY	GAONA CRUZ	1101669644	
66	JACOBO	ROSALES GAONA	1101588216	
67	CARMEN OFELIA	ORTIZ ALVAREZ	1101590808	
68	GREGORIO	GAONA CASTILLO	1101582607	
69	CELINA MARGARITA	GAONA ALVERCA	1101373395	Celina Gaona

Anexo 7. Tablas complementarias

A continuación, se presenta el análisis de cada uno de los valores donde se evalúa la calidad de vida de manera individual por componente, de acuerdo con el instrumento WHOQOL-BREF, los resultados se muestran de la siguiente manera:

Tabla 6. Dimensión de salud física en los adultos mayores con hipertensión arterial, en la Parroquia Bellavista, período 2021-2022

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida bajo	50	72,46
Calidad de vida medio	15	21,74
Calidad de vida alto	4	5,80
Total	69	100,00

*Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF
Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay*

Con relación al primer dominio sobre Salud Física, consta de siete preguntas, las facetas consideradas en las mismas por el Instrumento fueron: dolor físico, tratamiento médico, energía para actividades diarias, capacidad de movimiento, satisfacción en el descanso diario, habilidad para realizar sus actividades y satisfacción con su capacidad de trabajo, con lo cual se logra determinar que de los adultos mayores de la parroquia Bellavista, el 72,46% tienen una baja calidad de vida en su estado físico, por su parte el 21,74% que considera tener un nivel de calidad de vida medio y tan solo el 5,80% presenta un nivel alto en su calidad de vida en lo que respecta a su estado físico.

Tabla 7. Dimensión de la salud psicológica en los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista, período 2021-2022

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida bajo	0	0,00
Calidad de vida medio	65	94,20
Calidad de vida alto	4	5,80
Total	69	100,00

*Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF
Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay*

En la dimensión sobre Salud Psicológica, el cual se estructura en base a seis preguntas, cuyas facetas consideradas por el Instrumento fueron: disfrute de la vida, sentido de vida, capacidad de concentración, autoestima, imagen corporal y la apariencia, los sentimientos negativos. Se puede determinar que la mayor parte de los adultos mayores de la parroquia

Bellavista; que corresponde al 94,20% considera tener un nivel de calidad de vida medio y el 5,80% presenta un nivel de vida alto.

Tabla 8. Relación social en los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista, período 2021-2022

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida bajo	14	20,29
Calidad de vida medio	53	76,81
Calidad de vida alto	2	2,90
Total	69	100,00

Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF

Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay

En la dimensión de Relaciones Sociales, consta de tres preguntas, las facetas consideradas en las mismas por el Instrumento fueron: Relaciones personales, la actividad sexual y apoyo social, con lo cual se logra determinar que el 76,81% de adultos mayores de la parroquia Bellavista considera tener un nivel de calidad de vida medio, mientras que el 20,3% considera tener una calidad de vida baja con respecto a las relaciones sociales y tan solo el 2,90% considera tener una calidad de vida alta en sus relaciones sociales.

Tabla 9. Dimensión de ambiente en los adultos mayores con hipertensión arterial en la Parroquia Bellavista, período 2021-2022

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida bajo	63	91,30
Calidad de vida medio	3	4,35
Calidad de vida alto	3	4,35
Total	69	100,00

Fuente: Base de datos final con el instrumento WHOQOL-BREF

Elaborado: Mercy Cristina Castillo Guayanay

En función del cuarto dominio sobre dimensión de ambiente, el cual se estructura en base a ocho preguntas, cuyas facetas consideradas por el Instrumento fueron: la seguridad física, entorno físico (contaminación-ruido-tráfico-clima), recursos financieros, las oportunidades para la adquisición de nueva información, las diferentes oportunidades para la realización de diferentes actividades recreativas y de ocio, atención sanitaria ambiente en el hogar, la accesibilidad, y la calidad de transporte. Se puede determinar que el 91,30% de los adultos mayores de la parroquia Bellavista considera tener un nivel de calidad de vida bajo, y con igual

porcentaje 4,35% de los adultos mayores consideran una calidad de vida media y alta en lo que concierne a la dimensión ambiental.

Anexo 8. Certificado del tribunal de grado



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Loja, 20 de febrero de 2024

CERTIFICACIÓN

Los miembros del tribunal del Trabajo de titulación de la postulante **Mercy Cristina Castillo Guayanay**, con cedula de identidad **1150260691** y autora de la tesis denominada: **“Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista.”**, bajo la dirección de la Dra. Tania Veronica Cabrera Parra, **CERTIFICAMOS** que la postulante antes mencionada cumplió con las correcciones sugeridas durante su sesión privada para lo cual autorizamos la publicación del trabajo de Titulación en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja.

Atentamente.



Firmado electrónicamente por:
**CELSA BEATRIZ
CARRION BERRU**

Dra. Celsa Beatriz Carrión Berrú
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ANGÉLICA MARIA
GORDILLO INIGUEZ**

Dra. Angélica María Gordillo Iniguez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**MICHEL ALEXANDER
JIMENEZ DELGADO**

Dr. Michel Alexander Jiménez Delgado
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Anexo 9. Certificado de traducción al idioma Inglés

Loja, 21 de febrero del 2024

David Andrés Araujo Palacios

TRADUCTOR E INTÉRPRETE DE IDIOMAS (INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS)

CERTIFICO:

Que se ha realizado la traducción de español a inglés del resumen derivado del trabajo de titulación denominado **“Calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en la parroquia Bellavista”** de autoría de la estudiante **Mercy Cristina Castillo Guayanay** portadora de la cédula de identidad número **1150260691**, estudiante de la **Carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja**, bajo la dirección de la **Dra. Tania Verónica Cabrera Parra Mg. Sc.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente.



David Andrés Araujo Palacios
Registro: MDT-3104-CCL-252098

Anexo 10. Archivo fotográfico



