



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS  
MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN  
TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA  
ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**AUTORA**

**URBINA LUCIO, STEFANY LIZBETH**

**ORCID: 0000-0002-9892-3510**

**ASESORA**

**VÍLCHEZ REYES, MARIA ADRIANA**

**ORCID: 0000-0001-5412-2968**

**CHIMBOTE - PERÚ**

**2021**

**EQUIPO DE TRABAJO**

**AUTORA**

Urbina Lucio, Stefany Lizbeth

ORCID: 0000-0002-9892-3510

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de pregrado,  
Chimbote, Perú.

**ASESORA**

Vílchez Reyes, María Adriana

ORCID: 0000-0001-5412-2968

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad Ciencias de la  
Salud, Escuela Profesional de Enfermería, Chimbote, Perú

**JURADO**

Cotos Alva Ruth Marisol

ORCID: 0000-0001-5975-7006

Urquiaga Alva María Elena

ORCID: 0000-0002-4779-0113

Condor Heredia Nelly Teresa

ORCID: 0000-0003-1806-7804

**HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR**

**DRA. COTOS ALVA RUTH MARISOL**

**PRESIDENTE**

**DRA. URQUIAGA ALVA MARÍA ELENA**

**MIEMBRO**

**DRA. CONDOR HEREDIA NELLY TERESA**

**MIEMBRO**

**DRA. VÍLCHEZ REYES MARÍA ADRIANA**

**ASESOR**

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque todo el esfuerzo brindado tendrá sus frutos.

Agradezco a mi docente por la orientación y motivación brindado en el transcurso de esta investigación, asimismo también por la dirección y el rigor que ha facilitado culminar con éxito esta investigación

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, que gracias a su apoyo incondicional estoy a punto de conseguir uno de mis objetivos trazados, que sin su motivación no habría podido lograrlo.

A mi docente por la por su apoyo y motivación para la culminación de está investigación, por haberme transmitido los conocimientos obtenidos y haberme llevado paso a paso en el aprendizaje.

## RESUMEN

Actualmente los adultos mayores sufren una serie de enfermedades por la mala calidad de vida e inadecuado estilos de vida que llevan y esto conlleva a deficiencias en el autocuidado del adulto mayor. Por lo que se cree conveniente el presente informe de investigación que se desarrolló con los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Santa Ana. Se planteo un enunciado del problema ¿Cuál es la relación entre calidad y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de la covid-19? Asimismo, tuvo objetivo general determinar la relación entre calidad y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Y como objetivos específicos: identificar la calidad de vida en adultos mayores. Y identificar los estilos de vida en adultos mayores. Es tipo cuantitativo, de corte transversal con diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores con hipertensión arterial, se aplicó dos cuestionarios, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Posteriormente, para ello se contó con el apoyo del Paquete Estadístico SPSS V25 en español. Los resultados mostraron que el 42% (42,0) tienen calidad de vida buena, el 32% (32,0) tienen una calidad de vida regular y el 26% (26,0) tienen una calidad de vida mala. Concluyó que menos la mitad tienen calidad de vida buena y un porcentaje significativo calidad de vida regular y un porcentaje mínimo calidad de vida mala. Se concluyó que los adultos mayores empiecen a mejorar su calidad de vida y estilos de vida.

**Palabras clave:** adulto mayor, calidad de vida y estilos de vida

## ABSTRACT

Currently, older adults suffer a series of diseases due to the poor quality of life and inadequate lifestyles that they lead and this leads to deficiencies in the self-care of the elderly. For this reason, the present research report that was developed with the elderly who attend the Santa Ana Health Post is considered convenient. in times of covid-19? Likewise, it had a general objective to determine the relationship between quality and lifestyles in older adults with arterial hypertension. And as specific objectives: to identify the quality of life in older adults. And identify the lifestyles of older adults. It is a quantitative, cross-sectional type with a correlational descriptive design. The sample consisted of 100 older adults with arterial hypertension, two questionnaires were applied, using the interview and observation technique. Subsequently, for this, it had the support of the SPSS V25 Statistical Package in Spanish. The results showed that 42% (42.0) have a good quality of life, 32% (32.0) have a fair quality of life and 26% (26.0) have a poor quality of life. It concluded that less than half have a good quality of life and a significant percentage have a regular quality of life and a minimal percentage have a poor quality of life. It was concluded that older adults begin to improve their quality of life and lifestyles

**Keywords:** older adult, quality of life and lifestyle

## INDICE

	Pag.
<b>1. TÍTULO DE LA TESIS .....</b>	<b>i</b>
<b>2. EQUIPO DE TRABAJO.....</b>	<b>ii</b>
<b>3. HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR .....</b>	<b>iii</b>
<b>4. AGRADECIMIENTO / DEDICATORIA.....</b>	<b>iv / v</b>
<b>5. RESUMEN / ABSTRACT .....</b>	<b>vi/vii</b>
<b>6. INDICE.....</b>	<b>viii</b>
<b>7. ÍNDICE DE TABLAS / GRÁFICOS.....</b>	<b>ix/x</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
<b>III. HIPÓTESIS .....</b>	<b>29</b>
<b>IV. METODOLOGÍA .....</b>	<b>30</b>
4.1 Diseño de la investigación .....	30
4.2 Población y muestra .....	30
4.3 Definición y operacionalización de las variables e indicadores.....	31
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
4.5 Plan de análisis.....	37
4.6 Matriz de consistencia.....	40
4.7 Principios éticos .....	41
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
5.1 Resultados .....	43
5.2 Análisis de resultado .....	48
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>70</b>
ASPECTOS COMPLEMENTARIOS	
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
TABLA 1	
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA_CHIMBOTE, 2021 .....	43
TABLA 2	
ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA_CHIMBOTE, 2021 .....	46
TABLA 3	
RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA_CHIMBOTE, 2021.....	47

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pag.

### GRÁFICO DE LA TABLA 1

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021 .....43

### GRÁFICO DE LA TABLA 2

ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021 .....46

### GRÁFICO DE LA TABLA 3

RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021.....48

## **I. INTRODUCCIÓN:**

La calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión en tiempos de pandemia constituye un problema de salud pública en el mundo y la calidad de vida se ha convertido en un criterio importante para evaluar la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de la salud. La hipertensión es prevenible o puede ser pospuesta a través de un grupo de intervenciones preventivas, entre las que se destacan la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso corporal saludable. Promueve y apoya proyectos que facilitan el acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento de la hipertensión e impulsa la formación de recursos humanos en salud (1).

Los estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión en tiempos de pandemia tienen un cambio en su comportamiento, actitud y emociones que posiblemente los lleva a tener riesgos y descubrir efectos alternos y enfermedades que día a día se convierte en una presión adicional de la sociedad. Problemas como el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, obesidad, estados de ánimo y temor al ser una de las poblaciones con más riesgo de contagio o simples razones que todo adulto mayor descuida por sentirse “bien” y no acudir a controles médicos. Estos problemas que afectan a la mayoría de esta población que sin un control adecuado puede ser de alto riesgo y puede llevar a la muerte (1).

A nivel mundial es preocupante la salud de los adultos mayores, pese que ellos mismos no tienen un buen estilo de vida adecuado que

las consecuencias son contraer enfermedades que a algunos les causa la muerte pronta, por eso se tiene en cuenta los estilos de vida como una convivencia fundamental para la etapa de adultez de una persona que nunca hizo actividad física, quienes están más propensos de enfermarse por haber tenido una mala estilo de vida en la etapa de su juventud, por una mala nutrición. Por ello, es preocupante a nivel mundial plantear un sistema de salud para confrontar estas enfermedades que son causantes por mal estilo de vida de muchos adultos mayores (2).

Actualmente en el mundo entero está sufriendo por causa de la pandemia de COVID-19 que es proveniente de las siglas que está en inglés (SARS-CoV-2) que ha puesto en difícil situación para afrontar las adversidades a consecuencia de esta pandemia al sistema de salud pública, de esa manera exigirle al sector salud a nivel mundial y ha puesto en claro las deficiencias que existía y sigue existiendo la atención en centros de salud de los diferentes estados a nivel nacional y mundial, por lo cual los adultos mayores son los que salen más afectados, y las personas vulnerables. Por eso, se tiene que centrarse en realizar y formalizar el sistema de salud para no sufrir las consecuencias por un exceso de pacientes, así proteger la salud de toda la humanidad, de esa manera evitar las tragedias más dolorosas que es el fallecimiento de los pacientes (3).

En América Latina se debe prestar especial atención a la situación de las personas mayores, quienes, en caso de contagiarse, se enfrentan a un riesgo particularmente alto de morir por el COVID-

19 debido a las comorbilidades propias de su edad (hipertensión arterial y diabetes, entre otras), la discapacidad y la inmunosenescencia. Al margen de esto, es preciso tener en cuenta que entre las personas mayores indígenas existe un predominio femenino, ya que las mujeres suelen presentar una mayor esperanza de vida que los hombres. Por ello, cabe asumir que muy probablemente se verán afectados de manera desmesurada por la pandemia de COVID-19 y que la letalidad entre ellos puede ser mayor que en el resto de la población de la misma edad (4).

También en América Latina, se puede decir que está en una posición muy desagradable en todas las etapas de vida, pero en el mes de septiembre del 2020 hay 14.902.862 casos confirmados, 513 237 muertos y 54 países que han sido afectados como México, Colombia, Brasil y Perú, por consiguiente, Haití, El Salvador y Honduras son los menos afectados, asimismo los adultos mayores de 65 años a más tienen una mortalidad de 70%, de 50 años a 64 años con un 40% (5).

En Colombia conocer la calidad de vida relacionada con la salud es un componente clave en el tratamiento de los pacientes diagnosticados con HTA puesto que permite planear y generar intervenciones que conlleven al mejoramiento de las condiciones de vida y los niveles de presión arterial. Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, se encuentra como primer diagnóstico de consulta externa y sus complicaciones tienen una alta mortalidad. Se ha identificado que la calidad de vida de los pacientes que

presentan hipertensión arterial se ve deteriorada comparada con pacientes normo-tensos, partiendo desde el momento en el que son diagnosticados (6).

Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria presentada en el país enmarcada por la pandemia COVID-19 y la coyuntura que se ha presentado a nivel social, económico y cultural, se considera necesario evaluar la percepción de la calidad de vida con relación a la salud de las personas diagnosticadas con hipertensión arterial (6).

Estadísticamente en Colombia por COVID-19 hay una relación con la mortalidad y la edad siendo así que los adultos mayores de 60 a 69 años con un 3,6%, de 70-79 años tienen un 8% y un 15% de 80 a más. Por consiguiente, tenemos cinco causas principales: enfermedades isquémicas del corazón con un 20,8%, enfermedades crónicas de las vías respiratorias 9,7%, enfermedades cerebrovasculares 7,4%, enfermedades hipertensivas 4,7% y neumonía 4% (7).

En Chile los estilos de vida que desarrolla la persona, van a influir de una forma positiva o negativa en su estado de salud. Un estilo de vida donde se incluyen malos hábitos alimentarios, inactividad física y hábitos tóxicos, tienen repercusión en la salud humana. Los inadecuados hábitos constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, que incluye la hipertensión arterial, y otras, endocrinas, como lo son la obesidad y la Diabetes Mellitus entre otras. El adoptar hábitos saludables es fundamental para que las personas no desarrollen enfermedades cardiovasculares. El

adoptar hábitos saludables es fundamental para que las personas no desarrollen enfermedades cardiovasculares (8).

Se estima que en el país de Chile según el Instituto Nacional de Estadística que los adultos mayores llegan a un 2.60.222 de personas, La gran totalidad se deriva en regiones como Valparaíso (247.113), Metropolitana (767.377) y Biobío (183.145) de habitantes, actualmente se tendría 2.003.256 de adultos mayores con una tasa de mortalidad; los adultos mayores de 80 años mueren en un 15%, y de 10 a 39 años con un 0,2% (9).

En México los estilos de vida es un pilar importante en la prevención y tratamiento de las ECNT. Principalmente la HTA incluye en el tratamiento no farmacológico la modificación del estilo de vida, sobre todo en términos de ejercicios y dieta. Además, se sabe que el estilo de vida saludable disminuye el número y dosis de fármacos empleados para el manejo de estas enfermedades y previenen complicaciones a futuro. Estos cambios en la rutina, el aumento del estrés, el desempleo, el aislamiento social, el temor de infectarse por COVID- 19 al asistir a los laboratorios para realizar exámenes de rutina y la falta de acceso a sus medicamentos habituales, pueden generar comportamientos negativos en el estilo de vida de los pacientes y en el manejo de sus enfermedades (10).

Según estudios los adultos mayores son las personas más vulnerables por el COVID-19, en México se cuenta con un 40% de letalidad en una edad de 75 años, de 60 años tiene un alza de 42,5% a 57% dentro de los países de Chihuahua, Quintana Roo y California.

Asimismo, la enfermedad que más es frecuente en los adultos mayores es la hipertensión arterial con una totalidad de 40,654 casos y muertes en un 10,253 (11).

Al respecto, en el Perú estudios reportan que en promedio 44,1% de adultos mayores hipertensos tiene buena o mejor calidad de vida, en tanto que 19.6% mala o peor calidad de vida. Si nos referimos al estilo de vida que cada adulto mayor tiene se puede decir que ellos sean informados de que es importante comer sano y balanceado, y que es perjudicial consumir alimentos con grasa, condimentados ya que estos podrían generar problemas en su salud, si bien es cierto comer sano es 68%, 58% lo acompaña la actividad física y 56% tiempo de recreación (12).

Según MINSA las personas infectadas por COVID-19 hace referencia que los adultos de 30 a 59 años son los que tienen más contagio, siguiendo de 18 a 29 años con un (17,516), los adultos mayores de 60 años a más (16.498) y por ultimo los niños de 1 a 11 años (2.972) seguidamente con los adolescentes de 12 a 17 años (1.609). Además, según especialistas indican que los niños y adultos mayores si puede ser portadores del COVID-19 (13).

Por consiguiente, en la Región Ancash se incentiva a los adultos mayores a que asistan al puesto de salud más cercano con el fin de realizarse sus chequeos con el fin de detectar algún problema de salud ya que existe un alto índice en los casos de cáncer de mama, estómago y piel, y es alarmante ya que ellos mismos no acuden a sus citas, no tiene una vida saludable por la misma exposición, falta de

dinero, de tiempo, o personas que se encuentran postradas en cama por distintos malestares o enfermedad, es por ellos que es importante prevenir las enfermedades por futuras complicaciones (14).

Según informes del 2020 se han registrado 1.200 muertes durante el COVID-19 en los distritos de El Santa, Chimbote, Coishco, Moro, Huaraz y Nuevo Chimbote. Con relación a adultos mayores contagiados, considerados la población vulnerable, hay 3,762 casos confirmados. Además de 4,363 jóvenes infectados hasta el momento (15).

SINADEF es el sistema en línea de causa de muerte del Ministerio de Salud del Perú, que funciona y opera ampliamente en el Perú desde 2016. Aprovechar su uso temprano en la pandemia de la COVID-19 ha sido fundamental para proporcionar una imagen clara de la mortalidad por todas las causas y por causas específicas en el Perú. La certificación de muerte en el Perú se puede hacer en formatos electrónicos en línea o, cuando el acceso a Internet todavía es difícil, en el formato tradicional en papel. Un total del 70% de todas las muertes a nivel nacional se registran en línea en las primeras 24 horas (15).

La DIRESA - Áncash, indicó que, si bien los adultos mayores son los de mayor riesgo, dijo que las estadísticas revelan que la enfermedad puede afectar a cualquier grupo etario; por lo tanto, es importante cumplir los protocolos de bioseguridad como el lavado de mano, el distanciamiento social, uso de mascarilla y desinfección de cualquier alimentos o cosas que ingresan a los hogares (15).

Encontramos también en Chimbote, el reporte de la DIRESA-2020 indica 1745 casos confirmados de COVID-19; con fallecidos 188, lo que equivale a un índice de letalidad del 10,77%, dos de los adultos mayores lograron vencer y fueron dados de alta, luego de 21 días internados luchando por sus vidas. Ambos pacientes fueron atendidos en el hospital La Caleta de Chimbote, durante el tratamiento tuvieron complicaciones con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, causada por la infección del COVID-19 (16).

Frente a esta realidad los adultos mayores del Puesto de Salud Santa Ana Costa no escapan de esta realidad. El Puesto de Salud Santa Ana Costa es un establecimiento de salud de nivel I de atención que funciona según las políticas y directivas del MINSA. Cuenta con los servicios de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Su jurisdicción no es ajena a este terrible mal, dentro de sus 11 sectores (San Miguel, 7 de febrero, 25 de mayo, Ciudad de Paz, 10 de setiembre, Corazón de Jesús, Villa las flores, Santa Irene, Monte Chimbote, Ramal Playa, Ampliación Ramal Playa) (17).

Frente a lo expuesto consideramos pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema.

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuál es la relación entre calidad y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de la covid-19. Puesto de salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

- Determinar la relación entre calidad y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

Frente a lo expuesto consideramos plantear los siguientes objetivos específicos:

- Identificar la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021
- Identificar los estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

La investigación se sustentará bajo diversos autores que definen de calidad de vida y bajo dos teoristas llamada Marck Lalonde y Nola Pender, con el fin de que dicha información servirá como precedente para las siguientes investigaciones que realizarán nuestras futuras colegas.

Asimismo, dicha investigación se llevó a cabo con el aplicativo de los instrumentos de calidad de vida (HTA) y estilos de vida con el fin de procesar los datos obtenidos y discutirlo para luego estos resultados sirvan para las siguientes investigaciones.

La investigación realizada servirá para las siguientes investigaciones que se realizan con el fin de contribuir con los

resultados con el aporte de la investigación a otras investigaciones  
con el diseño utilizado descriptivo correlacional.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Investigación actual en el ámbito extranjero

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

##### **A nivel internacional:**

**Arocha J y Castellón K, (18).** En su investigación titulada “Intervención Educativa sobre estilos de vida saludables en adultos mayores con factores de riesgo coronario mayores. Cuba, 2018”. Tuvo como objetivo diseñar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludables de los adultos mayores con factores de riesgo coronario mayores. Su metodología fue preexperimental con un diseño antes-después por medio de una estrategia integradora. El resultado fue que la hipertensión arterial fue el factor de riesgo coronario con mayor afectación del sexo masculino de 66-70 años. Se concluyó en el nivel de conocimientos sobre los estilos de vida saludables pues se elevaron considerablemente los conocimientos de los adultos mayores.

**Celis AL y Lima L, (19).** En su investigación titulada “Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. México, 2017”. Tuvo como objetivo probar si existen diferencias entre los niveles de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, percepción de salud y sentimientos de

soledad, sobre la calidad de vida y sus dimensiones en adultos mayores del Estado de México. Su metodología fue descriptivo y comparativo, no experimental, ex-post-facto. Tuvo como resultado que las puntuaciones de calidad de vida y su dimensión son diferentes dependiendo del nivel de percepción de autoeficacia. Se concluyó que la identificación cómo la calidad de vida cambia de acuerdo al nivel de autoeficacia, percepción de salud y soledad.

**López C y Toapanta L, (20).** En su investigación titulada “Factores socioeconómicos que determinan la calidad de vida de los adultos mayores en Ecuador en el 2019”. Tuvo como objetivo identificar los factores socioeconómicos, que permitan determinar la calidad de vida del adulto mayor en las distintas provincias del Ecuador. Su metodología fue descriptivo y correlacional, con un enfoque cuantitativo. El resultado fue que los indicadores que responden positiva como negativamente a los factores que determinan la calidad de vida de los adultos mayores en los últimos años a nivel provincial en Ecuador. Se concluyó que revelan que existen factores sociales, económicos, educación y salud, son los que más efecto tienen sobre la calidad de vida en Ecuador y en otros países.

**Vélez M, Gurumendi M y Castillo J, (21).** En su investigación titulada “Importancia de estilos de vida en adultos mayores hipertensos. Centro del adulto mayor “Renta Luque”. 2019. Tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos. Su metodología fue descriptiva de tipo cuantitativo. El

resultado fue Con la información del cuestionario se realizó un análisis, presentándose una síntesis gráfica de los resultados más relevantes de esta información. Los resultados de este estudio servirán como base para fomentar, con fundamentos reales, la práctica de actividad física, nutrición y los hábitos nocivos en la adquisición de hábitos. Se concluyó mantener un estilo de vida saludables es vital para garantizar la calidad de vida de este grupo etario.

**Herazo Y y col (22)** En su investigación titulada “Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, Colombia, 2017”. Tuvo como objetivo estimar las diferencias en la calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores que residen en una institución en comparación con aquellos que viven en sus hogares. Su metodología fue descriptivo de corte transversal. Su resultado fue que, de las dimensiones de calidad de vida, el funcionamiento físico en los institucionalizados presentó un promedio de  $49,5 \pm 30,4$  y en los no institucionalizados de  $75,4 \pm 25,6$ . Se concluyó que la condición de institucionalización se relaciona con menores promedios en calidad de vida, funcionalidad y condición física.

#### **A nivel Nacional:**

**Ventura A y Zevallos A, (23).** En su investigación titulada “Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel,

Lambayeque, 2017. Tuvo como objetivo fue determinar los estilos de vida de las personas mayores que asisten a los círculos del adulto mayor de los establecimientos de primer nivel de respecto a alimentación, actividad física, descanso y sueño. Su metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. El resultado fue que el 82% tienen estilos de vida saludable, con respecto a alimentación 99%; en relación a actividad física 49% y 71% en descanso y sueño. Se concluyó que los adultos mayores tienen hábitos saludables en alimentación y no es común la realización de ejercicios semanales.

**Neyra D, (24).** En su investigación titulada “Estilos de vida del adulto mayor que acuden a medicina complementaria del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Octubre - Lima 2019”. Tuvo como objetivo conocer los estilos de vida del Adulto Mayor. Su metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo de corte transversal. Su resultado fue el 2.0% se encuentra en zona de peligro, un 23.0% se hallaron en zona baja de peligro; mientras que el 15.0% tiene un estilo de vida adecuado. El 27.0% tiene un buen estilo de vida, mientras que el 33.0% tiene un estilo de vida óptimo. Se concluyó que el nivel de estilo de vida de los adultos mayores el 33% obtuvo un nivel óptimo de estilo de vida saludable, el 27% obtuvo un nivel bueno de estilo de vida.

**Tineo J, (25).** En su investigación titulada “Calidad de vida en el adulto mayor: revisión teórica, Pimentel - Perú, 2019”. Tuvo como objetivo conocer como es la calidad vida del adulto mayor. Su

metodología fue cuantitativo. El resultado fue s el 31% afirmó que su calidad de vida es muy mala, el 29% mencionó que es regular, el 20% normal como también el 11% que es bastante buena y el 9% muy buena. Se concluyó identificar la prevalencia de calidad de vida en adultos mayores el 31% que su calidad de vida es muy mala, el 29% es regular, el 20% normal como también el 11% que es bastante buena y el 9% muy buena, cabe mencionar que en un mayor porcentaje se encontró que no se tiene un buen nivel de vida.

**Flores E, (26).** En su investigación titulada “Estilos de vida y factores Biosocioculturales en adultos mayores del centro poblado de Vicos del Distrito de Marcará Provincia de Carhuaz, 2017”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales. Su metodología fue de tipo cuantitativo, de corte transversal con diseño descriptivo correlacional no experimental. El resultado fue donde se muestra que del 100% (150) de personas adultas mayores que participaron en el estudio, el 12.0% (18) tienen un estilo de vida saludable y el 88% (132) tienen un estilo de vida no saludable. Se concluyó que no existe relación significativamente entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales.

**Huamán F, (27).** En su investigación titulada “Información preventiva sobre hipertensión arterial y estilo de vida, en adultos mayores del Centro de Salud los Aquijos, Ica 2019”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre la información preventiva sobre hipertensión arterial y el estilo de vida. Su metodología fue

descriptivo, cuantitativo, transversal, diseño correlacional. El resultado fue que la edad 60-65 años (52,6%), sexo femenino (66%), estado civil casado (37,1%), instrucción educativa secundaria (46,4%). El 30,9% sufre de hipertensión arterial y 69,1% no. Los adultos mayores tienen información preventiva de nivel medio 64,9%, nivel bajo 18,6%, y nivel alto con 16,65%. Se concluyó que la hipertensión arterial es de nivel medio y el estilo de vida es regular.

#### **A nivel local:**

**Hernández Y y Palacios S, (28).** En su investigación titulada “Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud “El Progreso”. Su metodología fue de tipo descriptivo- correlacional, corte transversal. El resultado fue que la calidad de vida del Adulto Mayor, el 80% presentó un nivel alto y el 20% de adultos mayores restante un nivel medio de calidad d vida. Se concluyo que la mayoría de adultos mayores presentan independencia en sus actividades de la vida diaria y existe una minoría de adultos mayores que presentan un grado de dependencia moderado.

**Corcuera Y, (29).** En su investigación titulada “Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos mayores del pueblo joven florida alta sector III - Chimbote, 2017”. Su objetivo fue determinar la relación entre estilos de vida y factores biosocioculturales. Su metodología de Tipo cuantitativo, de corte transversal con diseño

descriptivo correccional. Su resultado fue del 100% (120) adultos mayores del Pueblo Joven Florida Alta Sector III – Chimbote, 2017. En donde el 86,7% (104) presentan de estilos de vida no saludable, mientras que el 13,3% (16) tienen estilos de vida saludable. Se concluyó que la mayoría de adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo tiene un estilo de vida saludable.

**Dongo K, (30).** En su investigación titulada “Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. Urbanización las brisas II etapa \_ Nuevo Chimbote, 2019” Tuvo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor de la Urb. Las Brisas II etapa – Nuevo Chimbote. Su metodología fue de tipo cuantitativo, de corte transversal con diseño descriptivo correlacional. Su resultado fue que los adultos mayores la mayoría tienen estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo estilo de vida saludable. Más de la mitad tiene un estado nutricional normal. Se concluyó que al aplicar la prueba chi cuadrado se encuentra que si existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor.

**Morales A, (31).** En su investigación titulada “Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Asentamiento Humano Fraternidad \_Chimbote, 2020” Tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto. Su metodología fue tipo cuantitativo, de corte transversal, diseño descriptivo correlacional. Tuvo como resultado que la

mayoría de los adultos mayores tienen estilos de vida no saludable y un porcentaje significativo saludable. Se concluyó que en relación a los factores biosocioculturales la mayoría tienen un ingreso económico menos de 400,00 nuevos soles, más de la mitad son de sexo masculino, menos de la mitad tienen grado de instrucción primaria, son de estado civil convivientes.

**Obeso J, (32).** En su investigación titulada “Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos mayores. Pueblo Joven Miraflores Alto Sector 1- Chimbote, 2017”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales en los adultos mayores. Su metodología fue tipo cuantitativo y diseño descriptivo correlacional. Tuvo como resultado que más de la mitad de los adultos mayores presentan un estilo de vida saludable y un porcentaje significativo de estilo de vida no saludable. Se concluyó que en relación a los factores biosocioculturales: Más de la mitad son de sexo masculino y se dedican a otras ocupaciones, la mayoría tiene grado de instrucción primaria y perciben ingresos económicos de 400 a 650 nuevos soles.

## **2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación**

### **2.2.1. Bases teóricas**

Se sustenta en la realidad a la calidad de vida de diferentes opiniones de autores:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (33), la calidad de vida es la percepción que posee un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores en la cual se

desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Muñoz J y Losada L (34), manifiestan que la calidad de vida es la condición de la existencia del ser humano referida a los modos de vivir en sociedad, esto es, dentro de los límites establecidos en cada momento histórico para vivir la cotidianidad, esta existencia también debe satisfacer las exigencias o demandas que la cotidianidad genera para las personas que integran la sociedad.

Sahuanay S (35), establece que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales (Sentirse bien).

Galván M (36), establece que el concepto de calidad de vida contiene un análisis teórico efectuado a partir de dos vertientes: una filosófica, que pretende situar ideológicamente el concepto, y una pragmática, que se interesa más en buscar los indicadores de la misma, por lo que la forma en que este concepto debe ser medido podría poseer diferentes posibilidades.

Asimismo, el presente proyecto de investigación sustentado bajo la teoría de Marck Lalonde y Nola Pender.

Marc Lalonde, (38). Nació en 1929, es un destacado abogado que sirvió en su país, Canadá, como Ministro de Salud y Bienestar Social y que en la actualidad es miembro de la Asamblea Legislativa de Ontario representando. En 1972 presentó las propuestas para una gran reforma del sistema de seguridad social canadiense. Su labor liderando estas políticas públicas en su país, ha tenido una fuerte

influencia en todo el hemisferio. En 1974 publicó Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los canadienses, documento que se conoce como “The Lalonde Report”. Partió de la base de que la salud y/o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos, enfatizaba que la mayoría de las enfermedades tenían un origen marcadamente socioeconómico.

Lalonde M, (38). Describe que el estilo de vida de las personas es un conjunto de decisiones en la cual se debe tomar para la salud, en el cual algunos toman decisiones malas y hábitos que perjudican a su salud que llevan al riesgo de cada uno, en la cual es consecuencia de la enfermedad y también lleva a la muerte.

Para Lalonde M, (38). El estilo de vida es uno de los componentes del campo de la salud, determinando en el cual afecta el grado de salud de la persona, si el estilo de vida es favorable se tendrá un grado de salud más alto y si es menos saludable el individuo puede llegar a enfermar. Claro está que el campo de la salud se compone de segmentos flexibles como la biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud.

En 1974 Mack Lalonde, plantea un modelo de los determinantes de la salud, en uso para nuestros días, en la cual se investiga el estilo de vida de una manera específica, así como el ambiente incorporando en lo social en el sentido más grande – junto con la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que propone explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó el desacuerdo entre esta situación y la

distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (39).

Las acciones que se encuentran entre los factores o determinantes reconocidos por Lalonde y otros, quedan plasmados en diagramas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: en el cual expresa como las desigualdades sociales de la salud son los resultados de las interacciones entre los diferentes niveles de cada condición causal, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas nacionales de salud. Según los teóricos los individuos están dotados de factores de riesgo como: la edad, el sexo y genéticos que, sin duda, en la cual influyen en su potencial para la salud final, también influyen las conductas personales y estilos de vida (39).

Las personas con una situación económica desfavorable tienden a exhibir una mayor prevalencia de factores de comportamientos, como el tabaquismo y la mala alimentación, también se enfrentan a mayores barreras financieras a la elección de un estilo de vida saludable (39).



**Biología Humana:** Se refiere a todo aquellos que abarca la salud, ya sea físicamente como mentalmente, asimismo toma a la herencia genética que tienen la persona, en sus diferentes grupos etarios, y todo el sistema que abarca el cuerpo humano, en cuanto a su biología las diferentes enfermedades que puedan perjudicar su salud ya sean leves, moderadas o severas (40).

**Medio Ambiente:** Se puede decir que aquí se refiere a aquellos problemas del medio ambiente, que el ser humano es ajeno al control de ellos en si también no se puede garantizar la limpieza de los alimentos, en cómo se abastece el agua, las diferentes contaminaciones en cuanto a los desechos de los residuos, los ruidos ambientales, la quema de basura, etc. estos son graves problemas para la salud (40).

**Estilos de Vida:** Se basa en la toma de decisión que tiene el individuo sobre su salud, que abarca en si las malas decisiones y los malos hábitos que estos conllevarían a una serie de problemas o riesgos que atentan contra su salud (40).

**Servicio Sanitario:** Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de salud, las ambulancias y otros servicios sanitarios. Este componente se define como Sistema de atención en salud. Habitualmente se gastan grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que desde un principio podrían haberse prevenido (40).

Así mismo quien sustenta la investigación es Nola Pender que nació en la localidad de Lansing, estado de Michigan, Estados

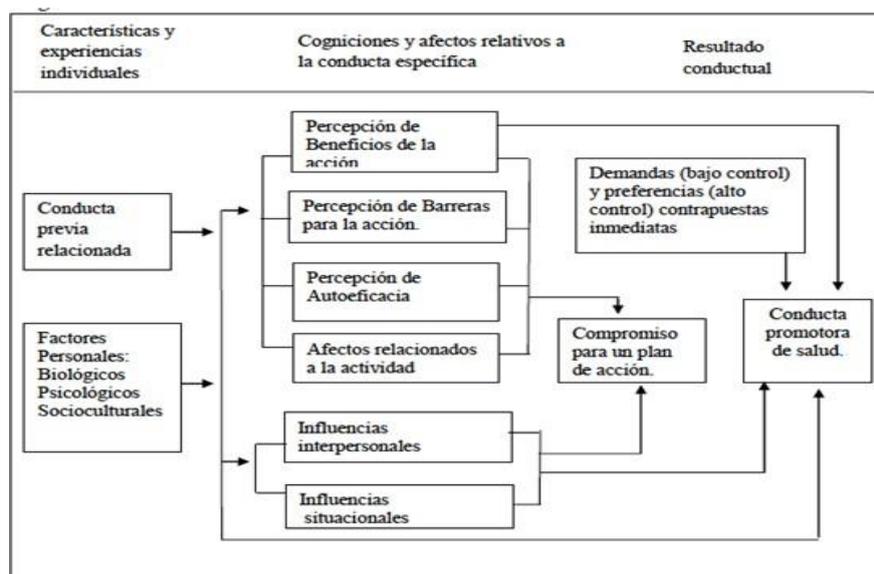
Unidos, en 1941. Sus padres, quienes creían firmemente en la formación educativa de la mujer, la apoyaron para que siguiera sus estudios. Pender, que siempre sintió una gran inclinación por la educación y una vocación natural para ayudar a las personas, decidió estudiar enfermería. En 1964 obtuvo su licenciatura en Ciencias en Enfermería, en la Universidad Estatal de Michigan, luego recibió 18 su maestría de la misma universidad. Se trasladó a la Universidad de Northwestern en Evanston, Illinois, para obtener un doctorado (41).

Su teoría se basa en el modelo de promoción de la salud fue diseñado por Pender para ser una contraparte complementaria de los modelos de protección de la salud ya existentes. Define la salud como un estado dinámico positivo en lugar de simplemente la ausencia de enfermedad. La promoción de la salud está dirigida a aumentar el nivel de bienestar del paciente, describiendo la naturaleza multidimensional de las personas mientras interactúan dentro de su entorno para buscar el bienestar, se centra en tres áreas (41).

Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres

categorías principales: a. las características y experiencias individuales. b. la cognición y motivaciones específicas de la conducta. c. el resultado conductual (41).

El motivo por el cual citamos esta teorista en el proyecto de investigación es dado a que su teoría le dio gran importancia a la promoción de la salud en cada una de las personas; utilizando como base de su vida diaria unos metaparadigmas como: (salud, persona, entorno, enfermería) en su estilo de vida, mostrando como resultado una buena calidad de vida al punto de llegar a prevenir enfermedades que a futuro pueden acabar con su tranquilidad. Nola Pender en su teoría de promoción de la salud habla de promover un estado óptimo de salud antes de los cuidados así se estaría reduciendo más la enfermedad, ya que se deben motivar a las personas a manejar o mantener un estado emocional favorable al igual que la nutrición porque esto lleva a tener estilos saludables (41).



Según Nola Pender indica una serie de características y experiencias individuales de las personas profundizando la

definición de conducta, que enfatiza las experiencias pasadas que tienen efectos directos e indirectos con las conductas de promoción de la salud. Dichos factores personales categorizados biológicos, psicológicos y socioculturales, por consiguiente, son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (41).

Según diferentes conceptos del modelo de Nola Pender se relacionan con conocimientos y afectos de acuerdo a la conducta, se deriva en seis diferentes conceptos **el primero** que es consecuencia de una acción y estos resultados son positivos en la conducta de la salud. **El segundo** se refiere barreras percibidas para la acción ya sean respuestas negativas o desventajas de la persona (41).

**El tercer** concepto es la autoeficacia percibida, nos dice que es un concepto más importante en este modelo ya que presenta la percepción de uno mismo para ejecutar dicha conducta, conforme es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. **El cuarto** componente se basa en el afecto en relación al comportamiento, son la emoción o reacción, ya sean positivo o negativo, favorable o desfavorables hacia una conducta (41).

**El quinto** se refiere a toda clase de influencia interpersonal, lo que indica que algunas personas siguen patrones de otras personas que dan la ayuda o más bien el apoyo para poder lograrlo y así que adoptan conductas de promoción a la salud. Finalmente, **el último**

implica toda influencia situacional del entorno que dependerán aumentar o disminuir en la participación en la conducta promotora de salud (41).

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud. En este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo (41).

Concluyendo se puede decir que las dimensiones y relaciones que participan para que esto permite obtener resultados positivos en cuanto a la salud, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (41).

Las dimensiones son conceptualizadas desde el estudio en el que se realiza la validez del instrumento y se definen a continuación:

**Responsabilidad en salud.** Abarca la responsabilidad que tiene una persona con su salud ya sea de manera oportuna de detectar alguna enfermedad de manera precoz, y en si también informarse y educarse y también buscar ayuda profesional cuando sea necesario (41).

**Actividad física.** Aquí se refiere que la persona debe incluirse o participar en actividades que mejoren su salud ya que como un hobby caminar, trotar como parte de una vida diaria que se lleva (42).

**Nutrición.** Se refiere a la calidad y cantidad de alimentos esenciales que necesita el cuerpo humano, para el bienestar de salud, comer saludablemente según directrices de la Guía Pirámide de Alimentos (42).

**Crecimiento espiritual.** Se refiere a que todo ser humano debe tener una sensación de paz interior, de armonía. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido, la búsqueda de un sentido de propósito, y trabajar hacia las metas de la vida (42).

**Relaciones interpersonales.** Implica el método de comunicación para así poder lograr una sensación de cercanía e intimidad. La cuestión es que permita un cambio de palabras, ideas y sentimientos ya sean mensajes verbales o no verbales (42).

**Manejo del estrés.** Se puede decir que implica una serie de recursos psicológicos y físicos que permitirán que el ser humano permita estar en paz, con tranquilidad y sin tensión (42).

### **2.2.2 Bases conceptuales**

**Adulto mayor:** Según la Organización Mundial de la Salud nos indica que toda persona de 60 años a más se le considera adulto mayor (33).

**Calidad de vida:** es la percepción que posee un individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistemas de valores

en la cual se desenvuelve y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (33).

**Estilos de vida:** es uno de los componentes del campo de la salud, determinando en el cual afecta el grado de salud de la persona, si el estilo de vida es favorable se tendrá un grado de salud más alto y si es menos saludable el individuo puede llegar a enfermar (38).

### **III. HIPOTESIS**

H1: Existe relación significativa entre calidad y estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

H0: No existe relación significativa entre calidad y estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño de la investigación

**Diseño de la Investigación:** Diseño descriptivo correlacional es identificar relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto (43).

**Nivel:** de corte transversal o datos de corte transversal de una población de estudio, en estadística y econometría, son un tipo de datos recopilados mediante la observación de muchos sujetos (como individuos, empresas, países o regiones) al mismo tiempo, sin tener en cuenta las diferencias en el tiempo (44).

**Tipo:** cuantitativo: es una estrategia de investigación que se centra en cuantificar la recopilación y el análisis de datos (45).

### 4.2. Población y muestra

#### 4.2.1 Universo Muestral

El universo muestral estuvo constituido por 100 adultos mayores con hipertensión arterial. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

#### 4.2.2. Unidad de análisis

Cada adulto mayor con hipertensión arterial que acuden al Puesto de Salud Santa Ana Costa

#### **Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores con hipertensión arterial que acudieron más de 3 años al Puesto de Salud Santa Ana Costa.

- Adultos mayores con hipertensión arterial que acudieron al Puesto de Salud Santa Ana Costa que aceptaron participar en el estudio.
- Adultos mayores con hipertensión arterial que tuvieron la disponibilidad de participar en la encuesta como informantes sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de escolarización

**Criterios de Exclusión:**

- Adultos mayores con hipertensión arterial que acudieron al Puesto de Salud Santa Ana Costa que tienen algún trastorno mental.
- Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Puesto de Salud que tengan problemas de comunicación.

**4.3. Definición y operacionalización de las variables e indicadores**

**CALIDAD DE VIDA**

**Definición conceptual**

Es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental; por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo, ya que cuenta con definiciones que van desde la psicología y sociología a las ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc. (46).

**Definición operacional**

- Calidad de vida buena

- Calidad de vida regular
- Calidad de vida mala

## **ESTILOS DE VIDA**

### **Definición conceptual:**

Los estilos de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales (47).

### **Definición operacional:**

- Estilos de vida saludables
- Estilos de vida no saludables

## **4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **Técnicas**

En el presente informe de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación de los instrumentos.

### **Instrumentos**

En la investigación se utilizó 2 instrumentos para la recolección de datos que se detallan a continuación:

### **Instrumento N° 01**

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial. Elaborado y validado por el investigador Roca C. del presente estudio y en una versión de 55 ítems, agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems. Según valores de 13-17 calidad de vida buena, 18-20 calidad de vida regular y de 21-25 calidad de vida mala; y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems (ANEXO 01). Según valores de 16-17 calidad de vida buena, 18 calidad de vida regular y 19 calidad de vida mala. De forma general su puntuación es 30-35 calidad de vida buena, de 36-37 calidad de vida regular y 38-43 calidad de vida mala.

- Datos de Identificación, donde se obtendrán las iniciales o seudónimo de la persona entrevistada.
- Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial

#### **Control de Calidad de los datos:**

#### **EVALUACIÓN CUALITATIVA:**

El cuestionario de salud para la HTA fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca C. e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y la depresión. De la revisión de los datos de su estudio se excluyeron algunos ítems que se consideraron poco sensibles y se volvieron a redactar otros, con la finalidad de aumentar la validez de contenido. Se obtuvo finalmente una versión de 55 ítems (anexo 1) agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS),

constituidas por 19 ítems, con un marco temporal de referencia de 15 días (48).

Para validar el cuestionario CHAL se realizó un estudio en el que se evaluó una muestra de 269 pacientes hipertensos no controlados, de ambos sexos, mayores de 17 años, provenientes de 92 centros de atención primaria (CAP) de España. Los pacientes se incluyeron consecutivamente en función de cuotas de edad (18-44 años, 45-64 años y más de 64 años) y sexo, con el fin de obtener una muestra representativa de la población española con HTA. Además, la muestra del estudio se estratificó en función de la afectación orgánica de la HTA (48).

Después de que los pacientes hipertensos y los sujetos controlen hubieran dado su consentimiento para participar en el estudio, los entrevistó el médico (investigador) que les atiende habitualmente. El investigador recogió las características sociodemográficas y clínicas de cada sujeto (presión arterial sistólica y diastólica, años con el diagnóstico y gravedad de la HTA, tratamiento para la HTA, frecuencia cardíaca, afectación orgánica, índice de masa corporal y presencia de enfermedades crónicas concomitantes). Posteriormente, el investigador entregó al paciente los cuestionarios de CVRS CHAL y EuroQol-5D, así como una pregunta sobre el estado general de salud para que los cumplimentara. Cuando era necesario, los cuestionarios los administró el entrevistador (por ejemplo, analfabetismo o déficit de agudeza visual) (48).

#### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

**La validez del contenido:** Se evaluó mediante la correlación entre las dimensiones del CHAL y el nivel de problemas en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D (EQ-5D) y la puntuación de la Escala Visual Analógica (EVA), esperándose una correlación más alta entre las dimensiones comunes de ambos cuestionarios. Se seleccionó el EQ-5D para evaluar la validez convergente del CHAL por tratarse de un instrumento genérico ampliamente validado en la población española tanto en población general como en grupos de pacientes, y que dispone de valores poblacionales de referencia para la comparación de distintos grupos de población. Además, el EuroQol-5D es un cuestionario muy sencillo y rápido de administrar que contiene las dimensiones más importantes de la calidad de vida como otros cuestionarios genéricos más largos (SF-36 o el SIP) (48).

Con el objetivo de evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario, se realizó una segunda visita al cabo de un mes de la inclusión. Se discriminó entre los pacientes que no declararon cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la fiabilidad test-retest, y los pacientes que declararon cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la sensibilidad al cambio del cuestionario (48).

En esta segunda visita se registraron de nuevo las características clínicas de los pacientes y se volvieron a administrar los cuestionarios (CHAL y EuroQol-5D) y una pregunta sobre el cambio en el estado de salud global del paciente. Para los controles normotensos sólo se realizó una visita de inclusión, en la que se

recogió la misma información que los pacientes, a excepción de las variables clínicas no aplicables a individuos normotensos (48).

## **Instrumento N° 02**

### **ESTILOS DE VIDA**

El instrumento tiene 6 subescalas, y cuenta con 52 ítems, distribuidos en los siguientes:

- En la subescala Responsabilidad hacia la salud: 9 ítems
- En la subescala Actividad física: 8 ítems
- En la subescala nutrición: 9 ítems
- En la subescala manejo de stress: 8 ítems
- En la subescala relaciones interpersonales: 9 ítems
- En la subescala Crecimiento Espiritual y Relaciones Interpersonales: 9 ítems

El instrumento de estilos de vida proviene del cuestionario Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) en la versión original, el cual está compuesto por 52 ítems en una escala de Likert de 1 a 4 puntos (desde nunca hasta rutinariamente) en 6 dimensiones: Actividad física (8 ítem), Crecimiento espiritual (9 ítem), Manejo de estrés (8 ítem), Nutrición (9 ítem), Relaciones interpersonales (9 ítem) y Responsabilidad hacia la salud (9 ítem). Según su puntuación de 76-80 estilo de vida no saludable y de 81-83 estilos de vida saludable.

El instrumento validado en la versión español por Serrano, M. (2016) reportó que la validez se dio por validez de constructo reportando la prueba de esfericidad de Bartlett y índice Kaiser Meyer-Olkin , estos indicaron la adecuación muestral (0.86) y de datos para realizar un análisis factorial, seguido se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio utilizando método Promin, reportando que de los 52 ítem se depuraron 4 ítem que reportaron tener una carga factorial menores a 0.3, y en solo 4 dimensiones : Responsabilidad hacia la salud, Actividad física, Nutrición, Crecimiento Espiritual y Relaciones interpersonales. Asimismo, se realizó validez discriminante y concurrente para el instrumento HPLP – II mediante la correlación con con otros instrumentos (MBI-GS, Autoeficacia, Satisfacción de vida y Engagement).

La confiabilidad del instrumento estuvo dada en 4 dimensiones fue reportada mediante el índice de Alfa de Cronbach mostrando una buena confiabilidad por dimensiones: Responsabilidad hacia la salud ( $\alpha=0.81$ ), Actividad física ( $\alpha=0.86$ ), Nutrición ( $\alpha=0.7$ ), Crecimiento Espiritual y Relaciones interpersonales ( $\alpha=0.88$ ). (Anexo N° 06).

#### **4.5. Plan de análisis**

##### **4.5.1 Procedimientos de recolección de datos:**

Para la recolección de datos del proyecto de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió consentimiento a los adultos mayores del Puesto de Salud Santa Ana Costa, haciendo hincapié que los datos

recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adultos mayores del Puesto de Salud Santa Ana Costa, su tiempo disponible para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se aplicó el instrumento a cada adulto mayor del Puesto de Salud Santa Ana Costa.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos a cada adulto mayor del Puesto de Salud Santa Ana.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas serán marcadas de manera personal y directa por los adultos mayores del Puesto de Salud Santa Ana Costa.

#### **4.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:**

Por ello se contó con el apoyo del Paquete Estadístico SPSS V25 en español. Los resultados se presentan en tablas de doble entrada consignándose razones cruzadas entre las categorías en que se midieron las variables para identificar la razón cruzada de mayor peso en la correlación entre las variables. También, se consignan el valor bruto y la significancia de las correlaciones entre las variables haciendo uso del coeficiente de correlación de Spearman R (con una significancia de  $p < 0,05$ ) (mediciones nominales) por Chi cuadrado  $X^2$  y Coeficiente de Contingencia  $Eta^2$ , (Mediciones nominales y ordinal) con niveles de significancia entre la calidad de vida de la revisión de los datos de su estudio se excluyeron algunos ítems que

se consideraron poco sensibles y se volvieron a redactar otros, con la finalidad de aumentar la validez de contenido.

#### 4.6. Matriz de consistencia

Título	Enunciado del problema	Objetivo General	Objetivos específicos	Metodología
<p>Calidad y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa_Chimbote, 2021</p>	<p>¿Cuál es la relación entre calidad y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de la covid-19. Puesto de salud Santa Ana Costa_Chimbote, 2021?</p>	<p>Determinar la relación entre calidad y estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa_Chimbote, 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa_Chimbote, 2021</li> <li>• Identificar los estilos de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa_Chimbote, 2021</li> </ul>	<p><b>Diseño de la investigación:</b> descriptivo correlacional</p> <p><b>Nivel:</b> de corte transversal</p> <p><b>Tipo:</b> cuantitativo</p>

#### **4.7. Principios éticos**

Toda actividad de investigación que se realiza en la Universidad se guía por los siguientes principios:

**4.7.1 Protección a las personas:** La persona en toda investigación es el fin y no el medio, por ello necesita cierto grado de protección, el cual se determinará de acuerdo al riesgo en que incurran y la probabilidad de que obtengan un beneficio. En las investigaciones en las que se trabaja con personas, se debe respetar la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad. (49).

**4.7.2 Cuidado del medio ambiente y la biodiversidad:** Las investigaciones que involucran el medio ambiente, plantas y animales, deben tomar medidas para evitar daños. Las investigaciones deben respetar la dignidad de los animales y el cuidado del medio ambiente incluido las plantas, por encima de los fines científicos; para ello, deben tomar medidas para evitar daños y planificar acciones para disminuir los efectos adversos y maximizar los beneficios.

**4.7.3 Libre participación y derecho a estar informado:** Las personas que desarrollan actividades de investigación tienen el derecho a estar bien informados sobre los propósitos y finalidades de la investigación que desarrollan, o en la que participan; así como tienen la libertad de participar en ella, por voluntad propia (ANEXO 05).

**4.7.4 Beneficencia no maleficencia:** Se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. En ese sentido, la conducta del investigador debe responder a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.

**4.7.5 Justicia:** El investigador debe ejercer un juicio razonable, ponderable y tomar las precauciones necesarias para asegurar que sus sesgos, y las limitaciones de sus capacidades y conocimiento, no den lugar o toleren prácticas injustas. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados. El investigador está también obligado a tratar equitativamente a quienes participan en los procesos, procedimientos y servicios asociados a la investigación.

**4.7.6 Integridad científica:** La integridad o rectitud deben regir no sólo la actividad científica de un investigador, sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a su ejercicio profesional. La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación. Asimismo, deberá mantenerse la integridad científica al declarar los conflictos de interés que pudieran afectar el curso de un estudio o la comunicación de sus resultados.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Resultados

#### 5.1.1. CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

*TABLA 1*

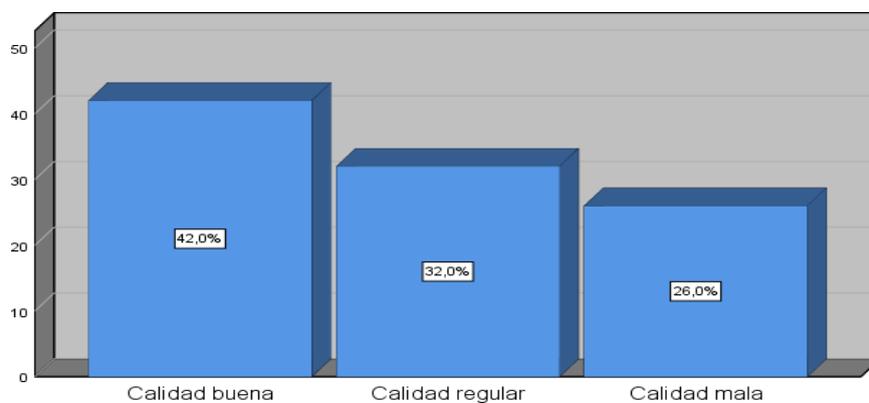
*CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021*

Calidad de vida	N	%
Calidad de vida buena	42	42,0
Calidad de vida regular	32	32,0
Calidad de vida mala	26	26,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial elaborado por Roca Cusachs aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

#### *GRÁFICO DE LA TABLA N° 01:*

*CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021*



Fuente: Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial elaborado por Roca Cusachs aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

**TABLA 1**

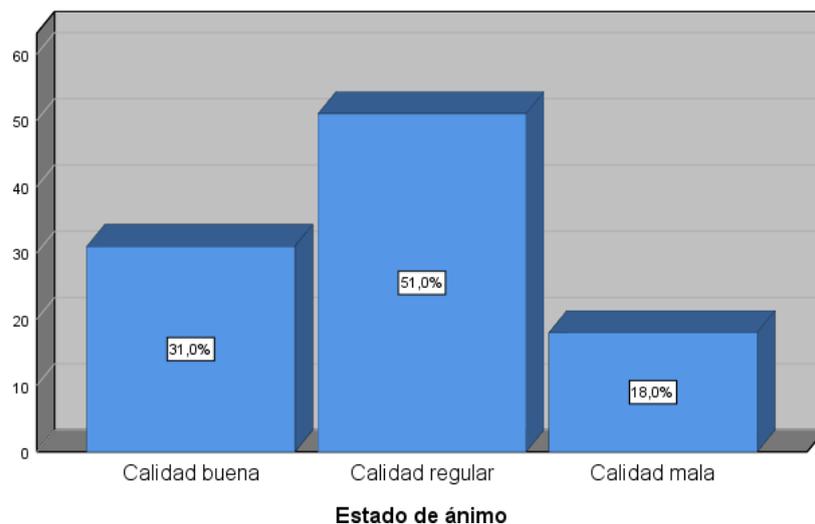
***CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021***

Dimensiones	Calidad buena		Calidad regular		Calidad mala		Total	
	N	%	N	%	N	%	n	%
Estado de ánimo	31	31,0	51	51,0	18	18,0	100	100,0
Manifestaciones somáticas	48	48,0	38	38,0	14	14,0	100	100,0
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>79,0</b>	<b>89</b>	<b>89,0</b>	<b>32</b>	<b>32,0</b>	<b>200</b>	<b>200,0</b>

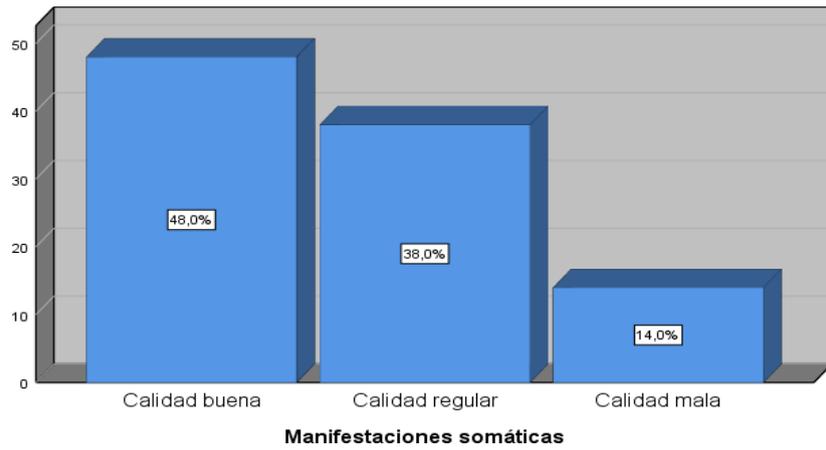
Fuente: Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial elaborado por Roca Cusachs aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

**GRÁFICO DE LAS TABLAS N° 01:**

***CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021***



Fuente: Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial elaborado por Roca Cusachs aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021



Fuente: Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial elaborado por Roca Cusachs aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

**TABLA 2**

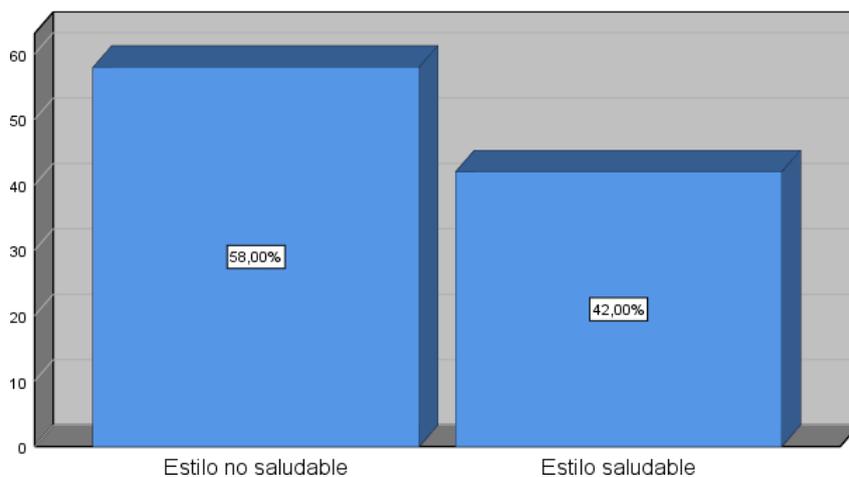
**ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021**

<b>Estilo de vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estilos no saludables	58	58,0
Estilos saludables	42	42,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de estilos de vida elaborado por Serrano M. aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

**GRÁFICO DE LA TABLA N° 02:**

**ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021**



Fuente: Cuestionario de estilos de vida elaborado por Serrano M. aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempo de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

**TABLA 3**

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021**

Calidad	Estilos de vida				Total		Rho de Spearman
	Estilos no saludables		Estilos saludables		N	%	
	N	%	N	%			
Calidad buena	28	28,0	14	14,0	42	42,0	0.103 / 0.309 No existe relación
Calidad regular	15	15,0	17	17,0	32	32,0	
Calidad mala	15	15,0	11	11,0	26	26,0	
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>58,0</b>	<b>42</b>	<b>42,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	

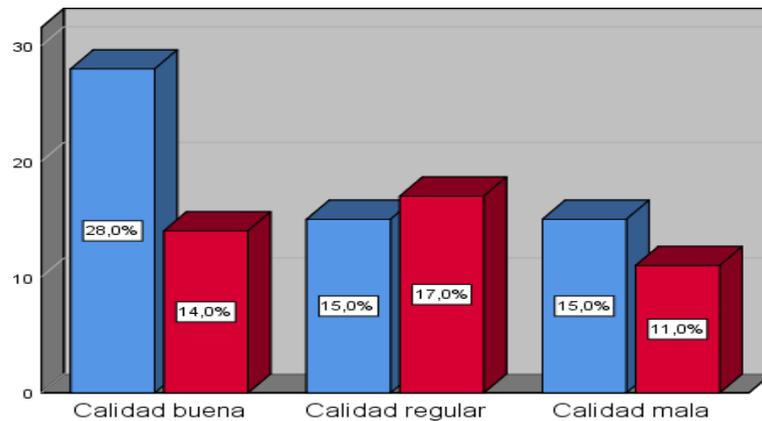
Rho de Spearman		Estilo de vida
CALIDAD	Coefficiente de correlación	0.103
	Sig. (bilateral)	0.309
	N	100

Fuente: Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial elaborado por Roca C. aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

Fuente: Cuestionario de estilos de vida elaborado por Serrano M. aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

**GRÁFICO DE LA TABLA N° 03:**

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021**



Fuente: Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial elaborado por Roca C. aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

Fuente: Cuestionario de estilos de vida elaborado por Serrano M. aplicado en adultos mayores con hipertensión arterial en tiempos de covid-19. Puesto de Salud Santa Ana Costa\_Chimbote, 2021

## 5.2. Análisis de resultados

**En la tabla 1:** Los resultados mostraron que de acuerdo a la percepción del 100% (100) de adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Santa Ana Costa el 42% (42,0) tienen calidad de vida buena, el 32% (32,0) tienen una calidad de vida regular y el 26% (26,0) tienen una calidad de vida mala.

Asimismo, el estudio difiere que la investigación de Alvarado Y y Chávez R, (50). Titulada “Apoyo familiar y calidad de vida del adulto mayor Víctor Larco Herrera. Trujillo-2019”. Que encontró que el 61,54 % de personas adultas mayores presentan un nivel de calidad de vida regular, el 19,23 % un nivel de calidad de vida alta

y, por último, el 19,23 %, cuentan con un nivel de calidad de vida bajo. Otro estudio de Rivero F, (51). Que tiene como título “Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor. Manzanillo. Granma, Cuba – 2018”. Concluye que en la distribución de ancianos según niveles de la calidad de vida. Hubo un predominio de calidad de vida baja, con 112 (67.87 %), seguida por la calidad de vida media con un total de 45 (27.2 %), mientras que sólo un 8.0 % presentó calidad de vida alta.

Asimismo, el estudio que se asemeja de Valdés M, Inostroza D, Valdebenito L, Valenzuela A y Veas C, (52). Lleva de título “Relación entre actividad física, calidad de vida e incontinencia urinaria en una muestra de mujeres adultas mayores de la ciudad de Talca – Chile. 2017”. Donde se observan 120 mujeres entre 60 y 65 años que poseen una muy buena calidad de vida en comparación con las demás edades. Que el 6 (1,6 %) tienen una calidad de vida mala, que el 44 (11,6%) tienen una calidad de vida moderada y que el 336 (87%) tienen una buena calidad de vida.

Entonces según la investigación realizada en el Puesto de Salud Santa Ana Costa se considera que al menos la mitad tienen calidad de vida buena y un porcentaje significativo calidad de vida regular y un porcentaje mínimo calidad de vida mala.

Entonces podemos definir que la calidad de vida abarca en sí diversos factores tanto como el bienestar físico, material, social, emocional y también el desarrollo personal de la persona de este

modo para que pueda satisfacer sus propias necesidades y así poder llevar una calidad de vida buena, regular y mala (53).

Y así vemos en los adultos mayores en relación al estado de ánimo que presentan los adultos mayores se pudo encontrar que la gran mayoría de adultos no pueden conciliar el sueño provocando un problema para su salud ya que no duermen sus horas completas, y básicamente algunos factores externos no ayudan a la conciliación del sueño. Esto también abarca que en algunos casos algunos sueños les asusta y le son desagradables cuyo factor impide otra vez volver a dormirse, lo que con lleva a que al despertarse se levantan cansado, así también abarca una serie de inquietudes por las noches que les agobia y es imposible volver a dormir, siendo así que por el día les suele dar más sueño que lo habitual.

Según D'Hyver C, (54), nos indica que el sueño es un factor importante para nuestra salud, pero se debe cumplir dos aspectos importantes como las horas de sueño y la calidad del sueño que se debe tener en cuenta, asimismo para el adulto mayor de 65 años a más debe por lo menos descansar de 5 a 6 horas diarias.

Al informarnos los adultos mayores nos dicen que no llegan a dormir tantas horas ya que suelen levantarse por la noche, ya sea porque tienen que ir al baño, o los propios ruidos externos que hay cerca a su casa, suelen tener el sueño ligero y ya después les cuesta mucho volver a dormirse. Y ya cuando se dan cuenta ya amaneció y siguen sus labores, pero en cada momento andan cabeceando queriendo dormir por el día, pero no quieren descansar porque

indican que tienen mucho que hacer y así es todos los días, no descansan bien y como que eso también afecta a su salud.

Otro punto a tratar en relación al estado de ánimo es que a los adultos mayores si les cuesta más tiempo hacer sus cosas que hacen habitualmente, como sus tareas del hogar, ya sea regar sus plantas, preparar su ropa de descanso, lavar sus calzones en algunas oportunidades o sino sus hijos lo hacen, preparar su comida, etc., asimismo nos indica que en algunas oportunidades no suelen arreglarse o cuidan su aspecto personal ya que sus hijos están ocupados y suelen algunos contar con la ayuda de ellos, ya sea en su aseo, arreglo personal, también por tener la edad que tienen suelen ser un amigables con otras personas de su edad.

Según Jara P, (55). Indica que los adultos mayores al ser capaz de realizar sus propias actividades cotidianas lo llaman autonomía y cuando necesita el apoyo de alguien lo considera una dependencia ya sea leve, moderada o severa, y lo más probable es que en algún momento se haya necesitado algún tipo de ayuda ya sea propia de la misma vejez.

Si bien en cierto los adultos mayores no tienen la misma destreza que antes, ahora todo lo hacen mas lento, con calma, en algunos casos dependen de ayuda de los propios familiares para realizar su comida, aseo entre otras cosas, pero otros adultos mayores lo realizan por si solos, y dicen que mientras ellos puedan son felices al hacerlo y no estar causando molestias a sus hijos por algo que quiero hacer o necesito.

Asimismo, también Alanya J, (56). Nos dice que el adulto mayor tiene un sin fin de funciones ya sea físico, mental y social, permitiendo así que el adulto mayor pueda realizar sus actividades como vestirse, movilizarse, higiene, eliminación y alimentarse, si se encuentran en un estado de salud favorables son totalmente independientes y si en caso padezcan alguna enfermedad crónica degenerativa su propia capacidad funcional para poder vivir con una calidad de vida sana, aumentando sus posibilidades para subsistir de forma independiente, más no los que su capacidad funcional es de dependencia requerirán de apoyo de parte de sus familiares en especial de sus hijos.

Continuando podemos decir que los adultos mayores la gran mayoría depende de algún familiar para el apoyo de sus actividades, y el otro porcentaje no y se encuentran muy bien y para ellos eso está bien ya que pueden realizar sus propias cosas sin estar incomodando a nadie, se sienten que decirles a sus hijos hacer algo sienten que los molestan, y tratan de ser los más productivos en casa.

Aquí también abarcamos en relación al estado de ánimo cuando el adulto mayor siente que juega un papel útil en la vida en algunos momentos se sienten incapaz de tomar decisiones, lo que con lleva a estar agobiados y tensionados por lo que sucede y que es incapaz de superar sus dificultades, y que probablemente para ellos la vida es una lucha continua, y dado a acontecimientos externos que se da en casa suelen en algunas oportunidades no

disfrutar de sus actividades habituales que realizan y esto suele ponerlos con los nervios a flor de pelo y hasta malhumorados.

Según la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátrica, (57). Se refiere que la autoestima del adulto mayor alta o positiva dependiendo como la persona se define de sí misma, si es importante para ella misma o para los demás, en si el adulto mayor tiene sus propios deseos, los expresa sin cohibirse y más que todo los defiende, en casos como cuando enfrenta situaciones complicadas, las pérdidas, los cambios y ellos mismos suelen buscar apoyo e información, buscan su propia autonomía y los disfruta. Esto también con lleva a una autoestima baja o negativa cuando el adulto mayor no se acepta como es, y que por ser viejo no sirve y es solo un estorbo para los demás, y también cuando no acepta su físico y suelen deprimirse, o son gruñones, pesimistas y no suelen ser afectivos.

Los adultos mayores nos indican que son importantes, y que claro tienen un papel muy útil en su familia como líderes del hogar por ser los mayores y que por eso también es un desempeño o como un peso que llevan ya sea la decisión que tomen siempre será la de ellos, y que a pesar que los hijos no estén de acuerdo se llega a una solución, aunque esa clase de tensiones nos pongan malhumorados.

Tenemos también en relación al estado de ánimo cuando el adulto se siente asustados o tiene pánico sin motivo ya sea por los diferentes problemas que hay en casa, la falta de dinero, los tratamientos médicos, y un sin fin de cosas, y en algunas ocasiones

teme decir las cosas por temor de hacer el ridículo y prefiere callarse así evita alguna reacción o actitud que no les gusta ver en sus propios hijos, así también se han sentido agotados y sin fuerzas ya sea por algún malestar o porque prefieren quedarse en cama, y en muchas oportunidades se han sentido enfermos hasta el punto de tomar algún analgésico por algún malestar de cuerpo que tuvieron, o a veces que no sienten las piernas y por eso no se levantan de la cama, suelen también caminar más lento que otro persona de su misma edad por la misma enfermedad que padecen y que en varias oportunidades se han sentido con una pesadez y un dolor de cabeza por su misma enfermedad que padecen de HTA que olvidaron tomar la pastilla.

Asimismo, los adultos mayores refieren que es cierto en todo hogar hay problemas y que en algunos de ellos lleguemos al punto de enojarnos de no saber que hacer hasta el punto de agobiarnos tanto por algo que pasa, más que todo económicamente por la misma situación que están viviendo en la pandemia, han tenido un giro totalmente en sus vidas y como que eso los ha estado preocupando, a tal punto que parecen viejitos renegones que no quieren comunicarse y solo se quedan callados.

Según Cruz A, (58). Indica que la presión arterial aumenta según el proceso de envejecimiento como bien se sabe por el mismo incremento de la rigidez en las arterias, el remodelado vascular y por cambios en los mecanismos renales y hormonales,

por ello que en los adultos mayores se eleva la incidencia de la hipertensión arterial.

Todos los adultos mayores padecen de hipertensión arterial y ha sido muy complicado para ellos ya que aparte que deben tomar su medicación, y mas que todo es complicado llevar una vida tranquila, por pasar una que otra cosa en casa y ya nos tensionamos y empieza el dolor de cabeza fuerte y sentimos que nos sube la presión y a esa hora pedir que traigan la pastilla o ir a controlarme.

Y al referirnos en relación a las manifestaciones somáticas que presentan los adultos mayores si han tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con otras personas ya que ellos suelen caminar más lento y suelen padecer sofocos cuando realizan mucho esfuerzo ya sea al caminar o realizar alguna actividad, es por ello que en ocasiones suelen sufrir de los tobillos hinchados y por ende no suelen caminar tanto y por la misma edad suelen orinar a menudo o en algunos casos de padecer de incontinencia urinaria, hasta también suelen manchar sus ropas interiores, y por el mismo cambio de clima o algún problema respiratorio les suele picar la garganta.

E incluso hasta tos les da o se les tapa la nariz, y también la sequedad en la boca y hasta incluso se le han puesto los dedos blancos por el frio, por la misma pandemia que no se podía salir la mayoría aumento de peso ya que comían y descansaban.

Por lo tanto, Montañó M y Irigoyen A, (59). Nos indica que en la misma etapa del adulto mayor viene acompañado con una seria

de limitaciones ya sea en la actividad física como también la vida social. Asimismo, dichas situaciones se podrían lograr dependiendo del estado del adulto mayor y su entorno.

Según los adultos mayores que nos indican que no realizan actividad física por el simple hecho que no pueden, realizan si caminatas, pero no requiere tanto esfuerzo, pero si se nos complica porque luego tienen los pies hinchados, les duele el cuerpo y simplemente no sienten sus piernas y se acuestan a descansar hasta el punto de tomar analgésicos para aliviar el dolor.

Asimismo, también Shenot P, (60). Nos habla que la incontinencia urinaria en los adultos mayores suele ser común, claro que no forma parte del proceso, pero en si la incontinencia suele ser repentina o temporal ya se por un tratamiento diurético, o también puede ser crónico de larga duración

Los adultos mayores nos informan que en algunos casos al reír o estornudar se les escapa unas gotas de orina y suelen manchar su ropa interior, y aunque sea incomodo así viven y no pueden acudir al medico porque no hay dinero o no hay con quien ir ya que en algunas oportunidades que han querido ir sus hijos han estado ocupados.

Como también Soria F, (61). Estipula que en la temporada de frío los adultos mayores suelen ser los más afectados y esto convertirse a un factor de riesgo. Tras la llegada de las bajas temperaturas los adultos mayores se exponen la hipotermia, la

deshidratación, las lesiones de la piel, las caídas y el agravamiento de las enfermedades crónicas.

Si bien es cierto los adultos mayores indican que suelen enfermarse mucho con garrasperas, la tos o tener los pies y las manos bien frías por el mismo clima y como son más vulnerables para enfermarse por su misma edad en ocasiones no suelen cuidarse y llegan a enfermarse, y cuando empezó todo esto del COVID-19 a la gran mayoría no los dejaban salir para no enfermarse y si salieron se enfermaron hasta el punto de fallecer.

Concluyendo en relación a las manifestaciones somáticas que presentan los adultos mayores si han tenido dolor de cabeza, pues en momentos por no tomar su medicación o el estrés o algún problema en casa suelen dolerles la cabeza, y también sintieron dolor de pecho sin hacer ningún esfuerzo, suelen también tener dolor muscular porque durmieron mal o porque se sienten mal y como que a veces se les entumece el brazo o la pierna porque les dio frío y calambre.

Cerqueda A, Pag D, Granados F y Galvis M, (62). Nos comenta que a medida que la población va envejeciendo, también va aumentando una serie de afecciones con bajo pronóstico de cura, lo cual dificulta en el desarrollo de actividades diarias, dificultando su independencia y autonomía.

También nos refieren que en el mayor tiempo posible por la misma edad que tiene ellos indican que tienen que cuidarse mas y que a veces no hacemos caso a los hijos y estamos renegando o

peleando lo que esto causa que nos produzca el dolor de cabeza o porque fuimos calladito a la chacra a sembrar o algo llegamos con dolor de cuerpo y estamos mal porque no entendemos que ese trabajo ya no es para nosotros, pero si ellos no se cuidan quien más lo ara.

Asimismo, la Organización mundial de la salud indica que atención primaria de salud es fundamental para ofrecer una cobertura sanitaria universal de alta calidad. Los tres pilares interrelacionados de la atención primaria de salud son: empoderar a las personas e implicar a las comunidades; medidas multisectoriales en materia de salud; y servicios de salud que prioricen la prestación de atención primaria de alta calidad y las funciones esenciales de salud pública. En todos estos elementos hace falta poner especial atención en la calidad (63).

Una estrategia que permitirá mejorar la calidad de vida a los adultos mayores seria que se coordine con las autoridades pertinentes y así mismo con el personal del Puesto de Salud Santa Ana Costa para poder así sensibilizar y orientar con las sesiones educativas, orientándoles con el fin de mejorar o promover un cambio en su calidad de vida, incorporando la actividad física, relaciones interpersonales, una buena alimentación, la motivación, sentirse alegres y sobre todo tener un entorno confortable.

**En la tabla 2:** Del 100% (100) de adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Santa Ana Costa el 58%

(58,0) tienen estilos de vida no saludables y el 42% (42,0) tienen estilos de vida saludables.

Por lo tanto, difiere el estudio de Chávez T y Sánchez N, (64). Titulándose “Nivel de actividad física y su relación con el estilo de vida en el adulto mayor. Lima-Perú, 2021”. Se evidencia que el 57% presentó un estilo de vida saludable y el 43% no saludable. Otro estudio que difiere es de Romero D y Vera E, (65). Que tiene como título “Factores de riesgo de osteoporosis y estilo de vida en mujeres adultas mayores, Hospital Leoncio Prado, Huamachuco-Trujillo, 2021”. Concluyó que el 50% antes de los 45 años, el 90.0% de mujeres adultas mayores su estilo de vida es bueno y solo el 10.0% su estilo de vida es deficiente y existe relación altamente significativa entre la edad y el estilo de vida de las mujeres adultas mayores.

Por lo tanto, tienen similitud el estudio de Jauregui M, (66). En su investigación titulada “Estilos de vida e hipertensión arterial, en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas – 2017”. Indica que se observa que del 100 % (50) de los adultos mayores en estudio, el 54 % (27) tiene un estilo de vida no saludable y un solo un 46 % (23) tiene un estilo de vida saludable.

Más de la mitad tienen estilos de vida saludable y un porcentaje significativo de estilos de vida no saludable.

Asimismo, se define como estilos de vida a aquellas conductas que tenemos como rol propias de nuestra vida cotidiana que son

favorables o no favorables para nuestro bienestar físico, mental y social (67).

En relación al factor responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores pues ellos indican que informan a un doctor o a otros profesionales de salud cuando ven algo inusual o síntoma extraño, en algunos casos tienen hijos que son médicos y recurren a ellos, así mismo también ven programas en la televisión acerca del mejoramiento de la salud un ejemplo en que cuando inicio la pandemia daban instrucciones de cómo cuidarse, y que hacer si en caso llegáramos a contraer COVID-19, y si hacen preguntas a los profesionales para entender las instrucciones es que si ya que a veces en las recetas médicas no se entienden y vuelven a preguntar, y también buscan una segunda opinión cuando ponen en duda las recomendaciones de salud lo hacen más que todo para estar seguros de lo que van hacer y si asisten a programas educativos es que si más que todo para informarse.

De acuerdo a Aliga E, Cuba S y Mar meza M, (68). Nos refiere que los adultos mayores es bueno ofrecerles a través de medios ya se ha de comunicación u otro medio para que ellos estén informados y tomen control sobre su salud y así poder mejorarla, con el fin de poder lograr un envejecimiento exitoso, es decir con la menor cantidad de enfermedades, discapacidades, logrando en si lograr mantener una autonomía y una buena calidad de vida. También hablamos de aquellas condiciones frecuentes en el adulto mayor que pueden deteriorar su estado de salud como la fragilidad,

las caídas, y las complicaciones iatrogénicas; las actividades preventivas en el adulto mayor deben estar dirigidas a todos estos factores.

Asimismo en la misma comunidad el estado no aporta para las actividades que necesita el adulto mayor, según los adultos mayores cuando van al Puesto de salud Santa Ana Costa en algunas oportunidades han sido participes de orientación ya sea de alimentación saludable, o de alguna enfermedad pero que en estos tiempos de COVID-19 la única orientación es la que han recibido por los medios de comunicación y como era peligroso salir de casa por miedo a enfermarse solo en la tele o radio se escucha de que cuidados teníamos que seguir y si en caso que contraigamos la enfermedad ir al médico.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), (69). Recomienda diseñar las políticas y programas desde este enfoque desde el envejecimiento activo que ofrecen la posibilidad de afrontar la mayoría de los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo. Cuando la salud, el mercado de trabajo, las políticas educativas y sanitarias se desarrollen bajo la perspectiva del envejecimiento activo la tendencia será a un descenso de muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida, de discapacidad relacionadas con enfermedades crónicas ligadas al envejecimiento, una reducción del gasto sanitario y farmacéutico y un incremento de la participación social, económica y cultural.

Los adultos mayores indican que para ellos ha sido todo muy complicado en estos tiempos, ya que a pesar que el estado dio prioridad para la vacunación contra el covid-19, aun tenían el temor de que si asistían iban a morir, o que no existe dicha vacuna, otro problema que tuvieron es que algunos adultos mayores al depender de un familiar fueron complicados porque tenían que esperar a que descansan del trabajo para que puedan vacunarse.

En relación al factor actividad física que presentan los adultos mayores pues ellos indican ya que no pueden realizar mucho esfuerzo y con una caminata es suficiente y con el esfuerzo que realizan en la chacra sembrando ejercen más fuerza y tienen miedo a lesionarse a que les duela el cuerpo, por la misma edad ya no pueden realizar actividades que demanden más empeño y a veces en la comunidad hay actividades y suelen ir a mirar muy poco colaboran.

También la Organización Mundial de la Salud, (70). Nos dice que es importante la actividad física en el adulto mayor ya que logra un envejecimiento saludable, aumenta la longevidad, acompañado claro de una buena calidad de vida, si bien es cierto son muchos los beneficios como preservar la fuerza muscular y la función cognitiva, también reduce la ansiedad, depresión y mejora la autoestima así mismo también reduce los riesgos de las enfermedades crónicas y principalmente las vasculares ya sea cerebral, central y periférica.

Por ende, los adultos mayores nos comentan que no realizan actividad física, y no porque no quieren, sino porque creen que estando viejos ya no se hace actividad física, y la única rutina que realizan es las caminatas pero que también no lo realizan con frecuencia porque luego les duele los pies.

Entonces en relación al factor de escala de nutrición en si los adultos mayores escogen, una dieta baja en grasas saturadas y en colesterol, pues según lo que nos comentan es que por su propia edad y por la misma enfermedad de hipertensión comen bajo en sal, en grasas y que en algunas oportunidades no seguimos una alimentación saludable y comemos grasas, gaseosas y hasta bebidas con azúcar, y que si limitan el uso de azúcares y alimentos que contengan azúcar (dulces).

Ya que ellos mismo dicen que no se siente igual tomar con azúcar que con sin azúcar, si comen de 2 a 4 porciones de fruta, nos indican que a veces, ya que no compraron o no les apetece comer, y que en ocasiones se olvidan de tomar desayuno, o no hay dinero o solo toman algo ligero para engañar al estómago, por ende a veces comen de 6 a 11 porciones ya sea de pan, cereales, arroz o pastas dependiendo de lo que decidan cocinar sus hijos incluyendo de 2 a 3 porciones de carne, pescado, frijoles, huevo y nueces.

Por lo general, los pacientes hipertensos creen que al estar medicados la enfermedad está controlada y no les presta importancia a los buenos hábitos alimenticios, desconociendo los beneficios que tiene una alimentación reducida en sal, condimentos

y grasas para su patología. De acuerdo con lo anterior, podemos decir que es de mayor importancia conocer que en la mayoría de los adultos mayores una de las causas de morbilidad es la mala ingesta de consumo de comidas inadecuadas para evitar estos factores de riesgo debemos concientizar a todas las personas a modificar su estilo de vida y elección de alimentos, no es necesario contar con productos caros solo basta aprender a elegir de manera más correcta los alimentos para disminuir el contenido de sodio en muchos de los comidas que se consumen cotidianamente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (71). Nos refiere que los malos hábitos alimenticios desencadenen la hipertensión arterial (140 mm/hg) (90 mm/hg), como uno de los factores principales son el consumo de sal en las comidas, las grasas como las comidas chatarras y el uso de azúcares o los dulces.

Los adultos mayores indican que por padecer hipertensión arterial el médico les indico que consumieran alimentos bajos en sal, bajo en azúcar, y cero condimentos, pero no hacemos caso y seguimos comiendo, la mayoría no se cuida y come comida alto en grasa, no disminuyen el azúcar y aun siguen comiendo comida chatarra, aunque les caiga mal.

Asimismo, Medina G y Salazar V, (72). Nos indica que para que una alimentación sea adecuada para los adultos mayores debe basarse en frutas, verduras, baja en grasa y limitar el uso de azúcares lo que esto conllevaría que la persona hipertensa mantenga en si los niveles de la presión arterial normales, así

permitirá evitar eventos cardiovasculares causados por la presión arterial.

Si bien es cierto los adultos mayores indican que por la misma situación económica y también por la pandemia de límite de muchas cosas y lo único factible fue consumir lo que tenían en casa y aunque estaban conscientes que no estaban siguiendo las indicaciones del médico, igual lo hacían.

Entonces en relación al factor de escala de crecimiento espiritual y relaciones interpersonales en si los adultos mayores sienten que están creciendo y cambiando de una forma positiva ya que solían ser más cerrados, y elogian fácilmente a otras personas por sus éxitos pues si cada logro que alcance mi familia siempre estaré orgulloso, en cuanto a si toman tiempo para relajarse todos los días, muy poco o a veces ya que depende si los hijos quieren sacarlos a pasear, y en cuestión de que si sus vidas tienen un propósito indican que sí que gracias a las experiencias vividas son un ejemplo para mis hijos, y siempre mantienen relaciones significativas con otras personas ya sea por afecto u otras cosas y suelen aceptar aquellas cosas de la vida que no pueden cambiar y siempre mirando hacia el futuro porque nadie sabe que pueda pasar.

Y a veces uno que otro vecino que pasamos un rato conversando cuando se riega las plantas, sienten satisfechos y en paz por todo lo que han logrado y tienen, suelen demostrar su cariño por su familia, aunque a veces que nos olvida decirles que los queremos mucho y para ellos lo más importante son la familia

y siempre que pueden buscan apoyo de los hijos que se preocupan de uno mismo, y si se sienten unidos y cada vez que hay reuniones familiares respetan mi opinión y si hay dificultades se soluciona a través del dialogo.

Según Alfonso L, Soto D y Santos N, (73). Que tienen relaciones interpersonales positivas tienen la capacidad de mantener una calidad de vida saludable, y que gracias al desarrollo de su vida social son capaces de generar procesos de resiliencia. Si bien es cierto algunos adultos mayores reducen su círculo e interacción social lo cual llega afectarles, por ende, muchos adultos mayores necesitan sentirse queridos, deseados y necesitados por su familia o amigos así crean que merca la pena vivir. Aquí radica la importancia de mantener y fomentar la sociabilización en la tercera edad, compartiendo con la familia y con las amistades, porque hace más ameno cada momento, alegra el alma y contribuye con la actividad en la tercera edad.

También los adultos mayores nos informan que si es bueno tener amigos, que les ayuda mucho conversar con alguien que no sea de la familia, como algún vecino de su misma edad que conversan y cada vez que pueden se encuentran sentados afuera de su casa, tomando el sol, y como ahora ya están vacunados por lo menos pueden conversar con la mascarilla colocada, aunque están también apenados porque perdieron a amistades por la pandemia.

Otra estrategia que permitirá mejorar los estilos de vida de los adultos mayores son las sesiones demostrativas y educativas donde

se oriente y ellos puedan adoptar hábitos saludables que les permita sentirse mejor y vivir por mucho más tiempo, aquí abarca también orientarles sobre la hipertensión arterial, sus mismos cuidados que deben cambiar o mejorar ya que permitirá reducir el riesgo de sufrir algún otro problema de salud.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, a través de sus establecimientos de salud que tienen en funcionamiento, promoverá la participación y apoyo de entidades públicas y privadas para que contribuyan con el desarrollo de las actividades programadas (74).

Permitirá que los adultos mayores por la misma pandemia que empiecen a vacunar a la población adulto mayor, que conlleva a que todos estén vacunados.

**En la tabla 3:** Del 100% (100) de adultos mayores con hipertensión arterial del Puesto de Salud Santa Ana Costa el 28% (28,0) tienen estilos de vida no saludables y calidad de vida buena, el 17% (17,0) tienen estilos de vida saludables y calidad de vida regular.

Asimismo, el estudio difiere de Londoño M, (75). Titulándose “Incidencia del estilo de vida sostenible en la percepción individual de la calidad de vida, Medellín-2021”. Indica que se puede ver, el estilo de vida es una categoría que tiene una dimensión objetiva compuesta por elementos físicos, materiales y sociales más marcada o con mayor peso; mientras que, la calidad de vida cuenta tanto con una dimensión subjetiva como objetiva. De acuerdo con

lo anterior, se puede afirmar que existe una relación directa entre la dimensión objetiva de la calidad de vida representada en el nivel de vida, y la dimensión objetiva y material presente en el estilo de vida, que está enmarcada de una manera más fuerte.

Otro estudio que difiere es de Burbano D, (76). Que lleva de título “Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso. Bogotá - Colombia 2017”. En consecuencia, los resultados permiten describir que los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I, donde se encontró que el 62,0 % de los participantes presentan excelentes y buenos estilos de vida, catalogados como estilos de vida saludable y un 22,0 % tienen estilos de vida regulares y malos catalogados como estilos de vida no saludable.

Al realizar la prueba del chi cuadrado entre la calidad de vida y estilos de vida se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Según Del Aguilar R, (77). Indica que los estilos de vida saludables son una serie de comportamientos y actitudes que realiza la persona para así tener un cuerpo y mente adecuados a diferencia de la calidad de vida que se refiere a la satisfacción de las necesidades, las metas en la vida, la satisfacción de autoimagen y la buena actitud en la vida.

A partir de los hallazgos encontrados, se obtuvo que no existe relación por eso nuestra hipótesis. Asimismo, podemos decir que no existe relación en cuanto al comportamiento que los adultos

mayores adoptan ya sea buena o mala no hay relación en su calidad de vida buena o mala.

## VI. CONCLUSIONES

- En la investigación de calidad de vida consideramos que al menos la mitad tienen la calidad de vida buena y un porcentaje significativo calidad de vida regular y un porcentaje considerable calidad de vida mala.
- Como bien sabemos los adultos mayores no toman conciencia sobre el cuidado de su salud por ende presentan enfermedades no transmisibles, es por ello que se espera la contribución de la municipalidad, los mismos y de los mismos sectores por medio de actividades ayudar a contribuir con la mejora de su calidad de vida.
- Más de la mitad tienen los estilos de vida saludables y un porcentaje significativo estilos de vida no saludables
- Asimismo, se espera que los adultos mayores empiecen a mejorar sus estilos de vida con la participación del personal de salud del Puesto Santa Ana Costa que les pueda brindar a través de la educación que puede conllevar a tener conductas saludables.
- En cuanto en la relación de calidad de vida y estilos de vida al realizar la prueba del chi cuadrado entre la calidad de vida y estilos de vida se encontró que no existe relación estadísticamente entre ambas variables
- Asimismo, también pedir ayuda al gobierno a contribuir con la mejora de la salud de los adultos mayores, que se siga

mejorando el programa de salud y les permita mejorar su calidad de vida y estilos de vida.

## **ASPECTOS COMPLEMENTARIOS**

- Se debe difundir los resultados de esta investigación para dar a conocer a las autoridades locales, como también a las autoridades del centro de Salud Santa Ana Costa, y como también a las autoridades de la comunidad para que en si se proyecten a futuro actividades de promoción y prevención para poder mejorar la calidad de vida y sus estilos de vida de los adultos mayores.
- También permitirá que fomentar la implementación del programa adulto mayor del Puesto de Salud Santa Ana Costa tomando en consideración los factores que condicionan la calidad y estilos de vida del adulto mayor, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, brindando así una atención integral al adulto mayor.
- Y es importante también promover a que otros estudiantes de salud investiguen y ahonden mas sobre la calidad y estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Castro C. Propuesta Didáctica de Educación Física para Mejorar la Calidad de Vida en Adultos Mayores de 60 a 65 años Durante la Pandemia. [Tesis de pregrado]. Universidad Libre de Colombia. Bogotá. Junio-2021.

**Disponible URL:**

<https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/19355/Propuesta%20Did%3%a1ctica%20de%20Educaci%3%b3n%20F%3%adsica%20para%20Mejorar%20la%20Calidad%20de%20Vida%20en%20Adultos%20Mayores%20de%2060%20a%2065%20a%3%b1os%20Durante%20la%20Pandemia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Arias J. Factores biosociales y estilos de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Alianza I-4 Azángaro [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional del Altiplano. Puno - Perú.2019.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/10491/Arias\\_Infantes\\_Jennifer\\_Yelvetia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/10491/Arias_Infantes_Jennifer_Yelvetia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

3. Worth Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. WHO. Situation Report number: 1, January. Lima. 2020.

**Disponible en URL:**

[https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4)

4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC), “Los pueblos indígenas de América Latina - Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial”, Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/47), Santiago, 2020.

**Disponible en URL:**

[http://www.filac.org/wp/wpcontent/uploads/2020/06/LosPueblosIndigenasdeAméricaLatina-y-la\\_Agenda2030-para-el-Desarrollo-Sostenible.pdf](http://www.filac.org/wp/wpcontent/uploads/2020/06/LosPueblosIndigenasdeAméricaLatina-y-la_Agenda2030-para-el-Desarrollo-Sostenible.pdf)

5. Organización Panamericana de la Salud. Informes de situación de la COVID-19 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Informes. 2020.

**Disponible en URL:**

<https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>

6. Pinzón Y. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que asisten a la E.S.E Hospital Local del municipio de Sucre, Santander, un estudio transversal. [Maestría]. Universidad de La Sabana. Bogotá-Colombia. 2021.

**Disponible en URL:**

<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/47069/calidad%20de%20vida%20relacionada%20con%20la%20salud%20en%20pacientes%20diagnosticados%20con%20hipertensi%C3%B3n%20arterial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. El impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas mayores. Nota informativa. Sede Subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe en México [Internet]. 2020.

**Disponible en URL:**

<https://www.cepal.org/es/eventos/impactolapandemiacovid19personasmayores>

8. Antúnez F. Estilos de vida y su relación con los niveles de tensión arterial en personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial del Hospital Santa Isabel, El Porvenir - Trujillo. [Tesis de pregrado]. Universidad Cesar Vallejo; 2017.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25439/antunez\\_rf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25439/antunez_rf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

9. Unidad de Salud. Riesgo de covid-19 para adultos mayores en Colombia es mayor que otros países, según estudio - Salud – El tiempo casa editorial [Internet]. El Tiempo. 2020.

**Disponible en URL:**

<https://www.eltiempo.com/salud/riesgodecovid19paradultosmayoresen-colombia-es-mayor-que-otros-paises-segun-estudio-502738>

10. Canello R, Soranna D, Zambra G, Zambon A, Invitti C. Determinants of the Lifestyle Changes during COVID-19 Pandemic in the Residents of Northern Italy. Int J Environ Res Public Health. 28 de 2020.

**Disponible en URL:**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7504331/>

11. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2020.

**Disponible en URL:**

<https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

12. Calcina C. Influencia de la hipertensión arterial en la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al centro de salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2017 [Tesis de pregrado] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017.

**Disponible en URL:**

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4333/60.1296.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. El cronista. Los adultos mayores temen al contagio de covid-19. Apertura Negocio. El Cronista [Internet]. Argentina. 2020.

**Disponible en URL:**

<https://www.cronista.com/apertura-negocio/columnistas/El60-de-losadultos-mayores-temealcontagiodecovid19202004230011.html>

14. Chimbote: Reportan 350 casos nuevos de diabetes en lo que va del año. [Internet] Ancash: RPP Noticias; 2017. [Citado 2018 Sept 20].

**Disponible en URL:**

<https://rpp.pe/peru/ancash/chimbote-reportan-350-casos-nuevos-dediabetes-en-lo-que-va-del-ano-noticia-1088645>

15. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Perú tiene más de cuatro millones de adultos mayores. Noticias. Agencia Peruana de Noticias Andina [Internet]. Andina Agencia de Noticias. 2020 [cited 2020 Sep 28]. p. 245.

**Disponible en URL:**

<https://andina.pe/agencia/noticiaineiperutienemascuatromillonesadultos-mayores-811396.aspx>

16. Agencia Andina. Coronavirus: Ancash identifica a 8 distritos de “alto riesgo” por índice de contagios [Internet] [Consultado 27 Sep. 2020].

**Disponible en URL:**

<https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-ancash-identificaa-8distritos-alto-riesgoindice-contagios-799884.aspx>

17. Red Pacifico Norte. MicroRed Magdalena Nueva. Puesto de Salud Santa Ana Costa. Oficina Estadística. 2021.

18. Arocha J y Castellón K. Intervención Educativa sobre estilos de vida saludables en adultos mayores con factores de riesgo coronario mayores. [Convención Internacional de Salud, Cuba Salud]. Cuba,2018.

**Disponible en URL:**

<file:///C:/Users/Steffany/Downloads/521-5042-1-PB.pdf>

19. Celis A y Lima L. Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. [Tesis de

pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de México, México.  
2017

**Disponible en URL:**

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4576/457653227004/457653227004.pdf>

20. López C y Toapanta L. Factores socioeconómicos que determinan la calidad de vida de los adultos mayores en Ecuador. [Tesis de pregrado]. Universidad Central del Ecuador. Ecuador-Quito. 2021.

**Disponible en URL:**

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24066/1/UCEFCELOPEZCHRISTIANOAPANTA%20LUIS.pdf>

21. Vélez M, Gurumendi M y Castillo J. “Importancia de estilos de vida en adultos mayores hipertensos. Centro del adulto mayor “Renta Luque”. Ecuador. 2019.

**Disponible en URL:**

<https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/182/2>

22. Herazo Y, Quintero M y Pinillos Y. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. [Tesis de pregrado]. Universidad Simón Bolívar, Colombia, 2017.

**Disponible en URL:**

<http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2454/Calidad%20de%20vida%2c%20funcionalidad%20y%20condici>

[%c3%b3n%20f%c3%adsica%20en%20adultos%20mayores.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

23. Ventura A y Zevallos A. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo. Perú. 2017.

**Disponible en URL:**

<https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/218/628>

24. Neyra D. “Estilos de vida del adulto mayor que acuden a medicina complementaria del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. [Tesis de pregrado]. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima- Perú. 2019.

**Disponible en URL:**

[http://190.187.227.76/bitstream/handle/123456789/3748/TESIS\\_NEYRA20RODRIGUEZ\\_DIANA%20MAGDALENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://190.187.227.76/bitstream/handle/123456789/3748/TESIS_NEYRA20RODRIGUEZ_DIANA%20MAGDALENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

25. Tineo J. Calidad de vida en el adulto mayor: revisión teórica. [Tesis de pregrado]. Universidad Señor de Sipán-Chiclayo, Pimentel-Perú.2019

**Disponible en URL:**

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6927/Tineo%20Carrero%20Jeferson%20Smith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Flores E. Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos mayores, del Centro poblado de Vicos del Distrito de Marcará Provincia de Carhuaz. [Tesis de pregrado]. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. Huaraz. 2020.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/23204/ESTILO\\_DE\\_VIDA\\_FACTORES\\_BIOSOCIOCULTURALES\\_FLORES QUIJANO ESTHER JENY.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/23204/ESTILO_DE_VIDA_FACTORES_BIOSOCIOCULTURALES_FLORES QUIJANO ESTHER JENY.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

27. Huamán F. Información Preventiva sobre Hipertensión Arterial y Estilo De Vida, En Adultos Mayores Del Centro De Salud Los Aquijes. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú. 2019.

**Disponible en URL:**

<http://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/390/541>

28. Hernández Y y Palacios S. Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. [Tesis de pregrado]. Universidad San Pedro. Chimbote-2017.

**Disponible en URL:**

[http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPE/DRO/5939/Tesis\\_58390.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPE/DRO/5939/Tesis_58390.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

29. Corcuera Y. Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos mayores del Pueblo Joven Florida Alta Sector III. [Tesis de pregrado]. Universidad Uladech Católica. Chimbote-2020.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/20568/ADULTOS\\_MAYORES\\_ESTILO\\_VIDA\\_CORCUERAFLORESYOMIRA\\_DESCIRET.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/20568/ADULTOS_MAYORES_ESTILO_VIDA_CORCUERAFLORESYOMIRA_DESCIRET.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

30. Dongo K. Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor. Urbanización Las Brisas II Etapa. [Tesis de pregrado]. Universidad Uladech Católica. Nuevo Chimbote, 2019.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/16351/ADULTO\\_MAYOR\\_ESTADO\\_NUTRICIONAL\\_DONGOMORALES\\_KATHERINE\\_KENNY.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/16351/ADULTO_MAYOR_ESTADO_NUTRICIONAL_DONGOMORALES_KATHERINE_KENNY.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

31. Morales A. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Asentamiento Humano Fraternidad. [Tesis de pregrado]. Universidad Uladech Católica. Chimbote, 2020.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/20322/ADULTO\\_MAYOR\\_ESTILOS\\_DE\\_VIDA\\_Y\\_FACTORES\\_BIOSOCIOCULTURALES\\_MORALES\\_ELIAS\\_ALBERTO\\_JAVIER.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/20322/ADULTO_MAYOR_ESTILOS_DE_VIDA_Y_FACTORES_BIOSOCIOCULTURALES_MORALES_ELIAS_ALBERTO_JAVIER.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

32. Obeso J. Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos mayores. Pueblo Joven Miraflores Alto Sector 1. [Tesis de pregrado]. Universidad Uladech Católica. Chimbote, 2017.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/18170/ADULTOS\\_MAYORES\\_OBESO\\_HUERTA\\_JENIFFER\\_ANGELICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/18170/ADULTOS_MAYORES_OBESO_HUERTA_JENIFFER_ANGELICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

33. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes y salud mental [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017 [acceso 3 de agosto de 2018].

**Disponible en URL:**

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental).

34. Muñoz J y Losada L. Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales. Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación [revista en Internet] 2017.

**Disponible en URL:**

<http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.11.2113>

35. Sahuanay S. Calidad de vida y Autorregulación afectiva emocional de los adolescentes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jauregui [tesis de post grado]. Arequipa:Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa ;2017.

**Disponible en URL:**

[http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6166/ENM\\_sasiss.pdf](http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6166/ENM_sasiss.pdf)

36. Galván M. ¿Qué es la Calidad de Vida? [sede Web]. México: Univesidad Autónoma del Estado de Hidalgo ; 2017

**Disponible en URL:**

<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.htm>

37. Villar M, Artículo de opinión Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención Factores determinantes en salud: importancia de la prevención, vol:28 (4) pp 2017.

**Disponible en URL:**

<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

38. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. [Documento en internet]. Canadá. 1974.

Disponible en URL:

[http://www.hcsc.gc.ca/hcssss/alt\\_formats/hpbdcgps/pdf/pubs/1974\\_lalonde/laloneeng.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/hcssss/alt_formats/hpbdcgps/pdf/pubs/1974_lalonde/laloneeng.pdf)

39. Rodríguez Z. Los determinantes sociales y su importancia para los profesionales de la salud (Generación de contenidos impresos N.º 17). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. 2020.

**Disponible en URL:**

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20532/3/2020\\_NC\\_Determinantes%20sociales\\_Zuly\\_VF.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20532/3/2020_NC_Determinantes%20sociales_Zuly_VF.pdf)

40. Galli A, Pagés M, Swieszkowski S, Residencias de cardiología contenidos transversales - Factores determinantes de la salud, [Documento en internet]. Buenos Aires, 2017.

**Disponible en URL:**

<https://www.sac.org.ar/wpcontent/uploads2020/10/factoresdeterminantesdelasalud.pdf>

41. De Arco C, Puenayan Y y Vaca L. Modelo de promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Colombia- 2018.

**Disponible en URL:**

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n2/0121-4500-aven-37-02-227.pdf>

42. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostihuín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Univ ENEO-UNAM [Internet]. 2018.

**Disponible en URL:**

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n2/0121-4500aven-3702-227.pdf>

43. Álvarez A. Clasificación de las investigaciones. Universidad de Lima. Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas Carrera de Negocios Internacionales. Lima- 2018.

**Disponible en URL:**

<https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10818/Nota%20Acad%c3%a9mica%202%202818.04.2021%29%20.pdf>

[20-%20Clasificaci%c3%b3n%20de%20Investigaciones.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.researchgate.net/profile/FredyMendivelso/publication/329051321_DisenodeinvestigaciondeCorteTransversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/DisenodeinvestigaciondeCorteTransversal.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

44. Rodríguez M y Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. Tópicos en investigación clínica. Revista Médica Sanitas. 2018.

**Disponible en URL:**

[https://www.researchgate.net/profile/FredyMendivelso/publication/329051321\\_DisenodeinvestigaciondeCorteTransversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/DisenodeinvestigaciondeCorteTransversal.pdf](https://www.researchgate.net/profile/FredyMendivelso/publication/329051321_DisenodeinvestigaciondeCorteTransversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/DisenodeinvestigaciondeCorteTransversal.pdf)

45. Maldonado J. Metodología de la investigación social: Paradigmas: cuantitativo. Ediciones de la U: Bogotá. 2018.

**Disponible en URL:**

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FTSjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA23&dq=tipo+cuantitativo+definicion&ots=6l7KZMMEY9&sig=vpC1S\\_O3CEOuRi5e3Ljh2DlowE#v=onepage&q=tipo%20cuantitativo%20definicion&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=FTSjDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA23&dq=tipo+cuantitativo+definicion&ots=6l7KZMMEY9&sig=vpC1S_O3CEOuRi5e3Ljh2DlowE#v=onepage&q=tipo%20cuantitativo%20definicion&f=false)

46. Ruiz J y Cruz M. Elementos para una crítica de las tendencias recientes de medición del desarrollo y la calidad de vida investigación. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México. 2017.

**Disponible en URL:**

<http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/2970/18703925regsoc2970-00301.pdf>

47. Guerrero L y León A. Estilo de vida y salud Educere, vol. 14, núm. 48, enero-junio pp. 13-19 Universidad de los Andes Mérida, Venezuela. 2017.

**Disponible en URL:**

<https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>

48. Roca C. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Responsable de la Unidad de Resultados en Salud. Departamento de Epidemiología i Salud Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Consultor científico. Barcelona.2002.

**Disponible en URL:**

<https://www.elsevier.es/esrevistaatencionprimariaarticulocuestionariocalidadvidahipertension-arterial-13026230>

49. Código de ética para la investigación. Aprobado por acuerdo del Consejo Universitario con Resolución N° 0973-2019-CU-ULADECH Católica, de fecha 16 de agosto del 2019. Chimbote-Perú

**Disponible en URL**

<https://campus.uladech.edu.pe/mod/folder/view.php?id=1589249>

50. Alvarado Y y Chávez R. Apoyo familiar y calidad de vida del adulto mayor Víctor Larco Herrera. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional de Trujillo Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería. Trujillo. 2019.

**Disponible en URL**

<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15940/1923.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

51. Rivero F. Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor. Manzanillo. [Tesis de pregrado]. Universidad de Ciencias Médicas De Granma, Cuba – 2018.

**Disponible en URL**

<file:///C:/Users/Steffany/Downloads/777-3633-1-PB.pdf>

52. Valdés M, Inostroza D, Valdebenito L, Valenzuela A y Veas C. Relación entre actividad física, calidad de vida e incontinencia urinaria en una muestra de mujeres adultas mayores de la Ciudad de Talca – Chile. 2017.

**Disponible en URL**

<file:///C:/Users/Steffany/OneDrive/Documentos/141-667-1PB.pdf>

53. Westreicher G. Calidad de vida. Economipedia. Copyright. Este sitio se publica bajo Licencia Creative Commons. 2021.

**Disponible en URL**

<https://economipedia.com/definiciones/calidad-de-vida.html>

54. D'Hyver de las Deses C. Valoración geriátrica integral. Jefe del Departamento de Geriátrica. Facultad de Medicina. UNAM. Ciudad de México. 2017.

**Disponible en URL**

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S002617422017000300038&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S002617422017000300038&script=sci_arttext)

55. Jara P, División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo en la oficina de Chile. 2017.

**Disponible en URL**

<https://blogs.iadb.org/salud/es/familia-estado/>

56. Alanya J. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán [Tesis de pregrado] Lima, Perú, 2019.

**Disponible en URL**

[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2707/SENF\\_T030\\_46923592\\_T%20%20%20ALANYA%20CHIPANA%20JENNIFER%20SUSN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2707/SENF_T030_46923592_T%20%20%20ALANYA%20CHIPANA%20JENNIFER%20SUSN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

57. Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria. Miembro de la International Association of gerontology and geriatrics. Mexico 2017- 2018.

**Disponible en URL**

<https://www.amgg.com.mx/sobreel envejecimiento/laimportancia-de-la-autoestima-en-el-adulto-mayor/>

58. Cruz J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México.

**Disponible en URL**

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim2019/mim194g.pdf>

59. Montaña M y Irigoyen A. Reflexiones sobre el anciano y la cultura del envejecimiento. Archivos en Medicina Familiar. [Internet]. Abril-junio 2017 [consultado: 16/08/2018]; 19(2):27-30.

**Disponible en URL**

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf2017/amf172a.pdf>

60. Shenot P. Incontinencia Urinaria. Thomas Jefferson University Hospital. Última revisión completa abril 2020.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262019000200158](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262019000200158)

61. Soria F. Los mayores necesitan preocupaciones especiales ante el frío. Cómo prevenir y tratar los efectos de las bajas temperaturas en ancianos 2021.

**Disponible en URL**

<https://www.tucanaldesalud.es/es/tusaludaldia/articulos/mayores-necesitan-precauciones-especiales-frio>

62. Cerquera A, , Pab K, GranadosF, Galvis M, Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial/ Burden in caregivers of Alzheimer's disease patients, and its relation with their incomes , Psicogente: Vol. 19 Núm. 36-2017.

**Disponible en URL**

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2561>

63. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Organización Mundial de la Salud - OMS. Oficina Regional para las Américas. 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud [Internet]. Washington DC. OMS; 2017.

**Disponible en URL**

<https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/4449/3327>

64. Chavez T y Sanchez N. Nivel de actividad física y su relación con el estilo de vida en el adulto mayor [Tesis de pregrado]. Universidad Femenina del Sagrado Corazón Facultad de Nutrición y Alimentación. Lima – Perú 2021

**Disponible en URL**

[https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/758/Ch%C3%A1vez%20Espinoza\\_S%C3%A1nchez%20Donayres\\_2021\\_resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/758/Ch%C3%A1vez%20Espinoza_S%C3%A1nchez%20Donayres_2021_resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

65. Romero D y Vera E. Factores de riesgo de osteoporosis y estilo de vida en mujeres adultas mayores, Hospital Leoncio Prado, Huamachuco. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Trujillo – Perú 2021.

**Disponible en URL**

<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/16378/1946.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

66. Jauregui M. Estilos de vida e hipertensión arterial, en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Chachapoyas – 2017.

**Disponible en URL**

<http://181.176.222.66/bitstream/handle/UNTRM/1287/Maribel%20Jauregui%20Sanchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

67. Organización Mundial de la Salud. Informe del grupo cuantitativo. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Colombia. 2017. Pg; 76-98.

**Disponible en URL**

<https://www.redalyc.org/journal/1702/170265475013/html/>

68. Aliaga E, Cuba S y Marmeza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Instituto de Gerontología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2017.

**Disponible en URL**

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342016000200017](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342016000200017)

69. Ministerio de Sanidad y Servicios sociales. IMSERSO. Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018–2021 Aprobado por el Pleno del Consejo Estatal de Personas Mayores en la sesión extraordinaria del día 30/11/2017.

**Disponible en URL**

<https://www.algec.org/wpcontent/uploads/2017/12/EstrategNacde-PM-2018-Imsero.pdf>

70. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra. Informe Mundial sobre envejecimiento. 2015 [consultado: 04/04/2018].

**Disponible en URL**

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1)

71. Organización Mundial de la Salud. La Hipertensión Arterial. Informe del grupo cuantitativo. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Colombia. 2017. Pg; 77-99.

<https://www.redalyc.org/journal/1702/170265475013/html/>

72. Medina G y Salazar V. La alimentación y su incidencia en la hipertensión arterial en pacientes mayores a 40 años que acuden al centro de salud Tipo A de la ciudad de Baños. 2017.

**Disponible en URL**

<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7054>

73. Alfonso L, Soto D y Santos N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Revista Ciencias Médicas, Feb 2016, vol.20.

**Disponible en URL**

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942016000100012&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942016000100012&lng=es&nrm=iso)

74. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones para la cuarentena de los contactos de casos de COVID-19: orientaciones provisionales; 2020.

**Disponible en URL**

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333968/WHO2019-nCoV1HQuarantine-2020.3spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

75. Londoño M. Incidencia del estilo de vida sostenible en la percepción individual de la calidad de vida. [Tesis de pregrado]. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Departamento de Sociología Universidad de Antioquia Medellin-2021.

**Disponible en URL**

[http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/19092/6/Londo%C3%B1oM%C3%B3nica\\_2021\\_IncidenciaEstiloCalidad.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/19092/6/Londo%C3%B1oM%C3%B3nica_2021_IncidenciaEstiloCalidad.pdf)

76. Burbano D. Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Colombia Posgrado en Enfermería Bogotá, Colombia 2017.

**Disponible en URL**

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62063/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

77. Del Águila R. Promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Organización Panamericana de la Salud.2017.

**Disponible en URL**

<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>



## ANEXOS

### ANEXO 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL (CHAL)

Roca Cusachs

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-13026230>

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

CONTENIDO DE ÍTEMS	No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
<b>Estado de ánimo (EA)</b>				
1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2. ¿Ha tenido un sueño que la asusten o le son desagradables?				
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?				
4. ¿Se despierta y es incapaz de volver a dormir?				
5. ¿Se despierta cansado?				
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?				
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?				
8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?				
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?				
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?				
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?				
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades				

habituales de cada día?				
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?				
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?				
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?				
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?				
25. ¿Ha notado de que desea estar muerto y lejos de todo?				
26. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?				
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?				
28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
30. ¿Ha notado flojedad en las piernas?				
31. ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?				
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?				
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?				
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?				
35. ¿Ha sufrido visión borrosa?				
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
<b>Manifestaciones somáticas (MS)</b>				
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?				
38. ¿Ha padecido sofocos?				
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?				
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?				
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?				
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?				
43. ¿Ha notado sequedad de boca?				
44. ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?				
45. ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?				
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?				
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?				
48. ¿Ha disminuido su apetito?				
49. ¿Ha aumentado de peso?				
50. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?				
51. ¿Ha tenido dolor de cabeza?				
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?				
54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
55. ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?				

## **ANEXO N°02**

### **VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:**

El cuestionario de salud para la HTA fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca-Cusachs et al<sup>12</sup> e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y la depresión. De la revisión de los datos de su estudio se excluyeron algunos ítems que se consideraron poco sensibles y se volvieron a redactar otros, con la finalidad de aumentar la validez de contenido. Se obtuvo finalmente una versión de 55 ítems (anexo 1) agrupados en 2 dimensiones: estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems, con un marco temporal de referencia de 15 días.

### **VALIDEZ:**

La validez convergente se evaluó mediante la correlación entre las dimensiones del CHAL y el nivel de problemas en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D (EQ-5D) y la puntuación de la Escala Visual Analógica (EVA), esperándose una correlación más alta entre las dimensiones comunes de ambos cuestionarios. Se seleccionó el EQ-5D para evaluar la validez convergente del CHAL por tratarse de un instrumento genérico ampliamente validado en la población española tanto en población general como en grupos de pacientes, y que dispone de valores poblacionales de referencia para la comparación de distintos grupos de población.

Además, el EuroQol-5D es un cuestionario muy sencillo y rápido de administrar que contiene las dimensiones más importantes de la calidad de vida como otros cuestionarios genéricos más largos (SF-36 o el SIP).

Para evaluar la validez discriminante se compararon las puntuaciones del CHAL (recodificadas a una escala de 0-100, indicando 100 peor calidad de vida) entre pacientes y controles y entre distintos grupos de pacientes con distintos niveles de gravedad de la HTA.

#### **FIABILIDAD:**

Se evaluó en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest. Para el análisis de fiabilidad test-retest se incluyeron únicamente aquellos pacientes que declaraban no haber cambiado su estado de salud entre las 2 visitas de estudio.

Después de que los pacientes hipertensos y los sujetos controles hubieran dado su consentimiento para participar en el estudio, los entrevistó el médico (investigador) que les atiende habitualmente. El investigador recogió las características sociodemográficas y clínicas de cada sujeto (presión arterial sistólica y diastólica, años con el diagnóstico y gravedad de la HTA, tratamiento para la HTA, frecuencia cardíaca, afectación orgánica, índice de masa corporal y presencia de enfermedades crónicas concomitantes).

Además, se mejoraron las instrucciones de administración del cuestionario y el formato de respuesta con el fin de facilitar la

comprensión y la realización del mismo por parte del paciente. La respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permiten obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones.

### **EVALUACIÓN CUANTITATIVA:**

**Validez de contenido:** Se evaluó mediante la correlación entre las dimensiones del CHAL y el nivel de problemas en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D (EQ-5D) y la puntuación de la Escala Visual Analógica (EVA), esperándose una correlación más alta entre las dimensiones comunes de ambos cuestionarios. Se seleccionó el EQ-5D para evaluar la validez convergente del CHAL por tratarse de un instrumento genérico ampliamente validado en la población española tanto en población general como en grupos de pacientes, y que dispone de valores poblacionales de referencia para la comparación de distintos grupos de población. Además, el EuroQol-5D es un cuestionario muy sencillo y rápido de administrar que contiene las dimensiones más importantes de la calidad de vida como otros cuestionarios genéricos más largos (SF-36 o el SIP).

Con el objetivo de evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario, se realizó una segunda visita al cabo de un mes de la inclusión. Se discriminó entre los pacientes que no declararon cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la

fiabilidad test-retest, y los pacientes que declararon cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la sensibilidad al cambio del cuestionario. En esta segunda visita se registraron de nuevo las características clínicas de los pacientes y se volvieron a administrar los cuestionarios (CHAL y EuroQol-5D) y una pregunta sobre el cambio en el estado de salud global del paciente. Para los controles normotensos sólo se realizó una visita de inclusión, en la que se recogió la misma información que los pacientes, a excepción de las variables clínicas no aplicables a individuos normotensos.

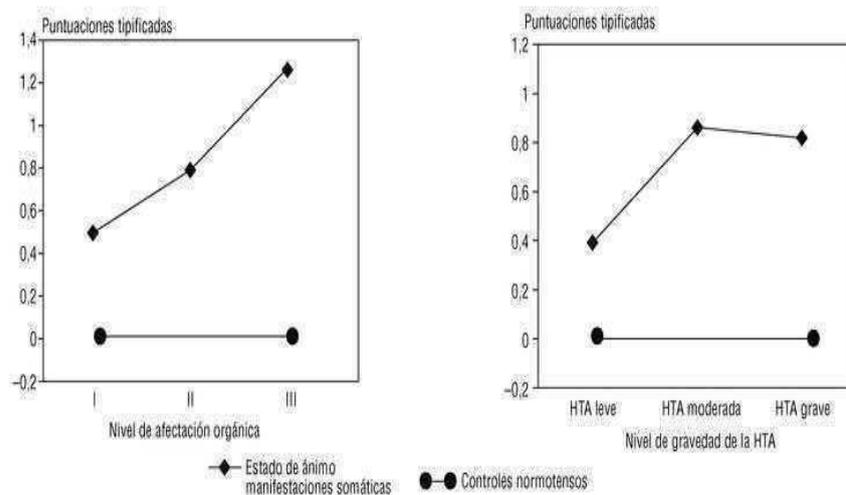
**TABLA N° 01**

La tabla 1 muestra los coeficientes de correlaciones entre las dimensiones del CHAL y las dimensiones del EQ-5D y la EVA. Las 2 dimensiones del CHAL presentaron una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) con todas las dimensiones del EQ-5D. Las dimensiones de EA y MS del CHAL presentaron una correlación superior con las dimensiones de ansiedad/depresión (0,64) y dolor/malestar (0,55), respectivamente. La puntuación de la EVA presentó una correlación superior con la puntuación global y de EA del CHAL que con la puntuación de MS (0,62 y 0,65 frente a 0,44).

<b>Correlaciones de las dimensiones del CHAL con las del EQ-5D y la escala visual analógica</b>			
	<b>Puntaciones del CHAL</b>		
	<b>Total</b>	<b>Estado de ánimo</b>	<b>Manifestaciones somáticas</b>
Eruqol-5D			
Movilidad	0,501	0,490	0,451
	N	326	246
Cuidado personal	0,375	0,363	0,295

		N	236	246	254
Actividades cotidianas		0,536	0,563	0,412	
		N	235	245	253
Dolor/malestar		0,589	0,569	0,552	
		N	236	246	254
Ansiedad/depresión		0,623	0,643	0,457	
		N	236	246	254
Escala Visual Analógica		-0,624	-0,655	-0,443	
		N	235	246	256

La puntuación de las 2 dimensiones del CHAL obtenidas entre pacientes y controles presentó diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) tras ajustar por las características de los pacientes correspondientes. La puntuación obtenida en la muestra control fue inferior, indicando mejor calidad de vida: mejor EA y menos MS que los pacientes (fig. 1).



**TABLA N° 02**

La tabla 2 muestra las puntuaciones obtenidas para la puntuación global y por dimensiones del CHAL, entre las 2 visitas de estudio, así como la diferencia de las puntuaciones entre visitas, para el total de la muestra y estratificando por la percepción del paciente de los cambios en su propio estado de salud global entre visitas. Los pacientes que declaraban haber mejorado su estado de salud presentaban una reducción en la puntuación global, en estado de ánimo y manifestaciones somáticas de 15, 11 y 5 puntos, respectivamente. Los pacientes que declaraban mantener más o menos el mismo estado de salud entre visitas presentaban un ligero decremento de 2-5 puntos en la puntuación global y por dimensiones.

<b>Puntuación media del CHAL obtenida para los pacientes en la visita basal y en la visita final según declararon presentar mejor, igual o peor estado de salud y el tamaño en efecto de las visitas</b>				
N		Media (DE) basal	Media (DE) al mes	Media (IC del 95%) del cambio
<b>Puntuación global</b>				
Peor	5	28,8 (12,5)	36,0 (14,5)	7,2 (-5,6;20,2)
Igual	96	25,6 (19,0)	20,5 (17,7)	-5,1(-6,8; -3,4)
Mejor	98	35,8 (27,7)	20,9 (16,9)	-14,9 (-18,6; -11,2)
Tamaño del efecto = 0,42				
<b>Estado de ánimo</b>				
Peor	5	18,4 (11,2)	24,0 (9,9)	5,6 (-4,7; 15,9)
Igual	102	19,0 (15,8)	15,2 (14,4)	-3,8 (-5,1; -2,5)
Mejor	102	26,6 (18,4)	15,8 (12,5)	-10,8 (-13,4; -8,2)
Tamaño del efecto = 0,40				
<b>Manifestaciones somáticas</b>				
Peor	6	12,0 (4,9)	13,0 (5,4)	1,0 (-3,9; 5,9)
Igual	107	7,7 (6,4)	5,9 (5,6)	-1,7 (-2,4; -1,0)
Mejor	113	9,9 (8,7)	5,3 (5,1)	-4,6 (-5,9; -3,3)

**TABLA N° 03**

Al analizar la evolución de la calidad de vida entre la primera y segunda visita (después de intensificar el tratamiento antihipertensivo) pudo observarse que las 3 puntuaciones del CHAL muestran un descenso (es decir, una mejoría) entre las 2 visitas ( $p < 0,001$ ), obteniéndose un mayor coeficiente de correlación intraclass en aquellos pacientes que aseguraban no haber cambiado su estado de salud global durante el período de seguimiento (tabla 3).

<b>Puntuación obtenida en el CHAL y retest y coeficiente de correlación intraclass (CCI) para el total de la muestra y seleccionando aquellos pacientes que declaran no haber cambiado su estado de salud</b>						
<b>Puntuaciones L del CHA</b>	<b>Puntuaciones test, media (DE)°</b>	<b>Puntuaciones retest, media (DE)°</b>	<b>Diferencia media (DE) entre puntuaciones°</b>	<b>Significación</b>	<b>CCI°</b>	<b>CCI°</b>
<b>Dimensiones</b>						
Estado de ánimo	19,1 (15,8) 0,66	15,2 (14,4) 0,88	3,8 (6,5)	<0,01		
	N	102	102	102		
Manifestaciones somáticas	7,7(6,4) 0,56	5,9 (5,6) 0,76	1,7 (3,8)	<0,01		
	N	107	107	107		
Puntuación global	25,6 (19) 0,63	20,5 (17,7) 0,86	5,1 (8,4)	<0,01		
	N	96	96	96		

Estadísticos calculados para el total de la muestra de pacientes



## ANEXO 03



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

### CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA

Autores Serrano-Fernández, M. J., Boada-Grau, J., Vigil-Colet, A., & Gil- Ripoll, C.(2016). Adaptación española de la escala HPLP-II con una muestra de empleados.

Universitas Psychologica, 15 (4).

[http://dx.doi.org/10.11144/](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.aem)

[Javeriana.upsy15-4.aem](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.aem)

CONTENIDO ÍTEMS	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	
<b>Matriz de saturaciones de los factores de la escala HPLP-II de la solución de cuatro factores</b> F1. Responsabilidad hacia la salud, F2. Actividad física, F3. Nutrición, F4. Crecimiento Espiritual y Relaciones Interpersonales					
1.-Escojo una dieta baja en grasa, grasas saturadas y en colesterol.					
2.-Informo a un doctor (a) a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o sintoma extraño.					
3.-Sigo un programa de ejercicios planificados					
4.-Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.					
5.-Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.					
6.- Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces)					
7.-Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.					

8.-Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)					
<b>Matriz de saturaciones de los factores de la escala HPLP-II de la solución de cuatro factores.</b>					
9.-Tomo algún tiempo para relajarme todos los días					
10.-Creo que mi vida tiene un propósito					
11.-Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras					
12.-Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.					
13.-Acepto aquellas cosas de mi vida que yo no puedo cambiar.					
14.-Miro adelante hacia al futuro.					
15.-Paso tiempo con amigos íntimos.					
16.-Como de 2 a 4 porciones de fruta todos los días.					
17.-Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.					
18.-Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como: nadar, bailar, andar en bicicleta).					
19.-Me siento satisfecho y en paz conmigo (a)					
20.-Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.					
21.-Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.					

22.- Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mi					
<b>Matriz de saturaciones de los factores de la escala HPLP-II de la solución de cuatro factores.</b>					
23.-Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados					
24.-Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal.					
25.-Alcanzo mi pulso cardiaco objetivo cuando hago ejercicios.					
26.- Mantengo un balance para prevenir el cansancio.					
27.- Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.					
28.-Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo					
29.-Tomo desayuno					
30.-Busco orientación o consejo cuando es necesario.					
31.-Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.					
32.- Discuto mis problemas y preocupaciones con personas Allegadas					
33. Duermo lo suficiente					
34. Como de 6 a 11 porciones de pan, cereales, arroz, o pastas(fideos) todos los días					
35. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.					

## ANEXO N°04

### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

El Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II; Walker & Hill-Polerecky, 1996), en la versión en español con una muestra de estudiantes (Hulme et al., 2003), está compuesto por 52 ítems y 6 subescalas y utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (de 1 = nunca a 4 = rutinariamente). Los factores que componen la escala de este estudio F1: Actividad física: de 8 ítems ( $\alpha = 0.81$ ; e. g., “4.- Sigo un programa de ejercicios planificados”); F2: Crecimiento espiritual de 9 ítems ( $\alpha = 0.77$ ; e. g., “12.- Creo que mi vida tiene propósito”); F3: Manejo del estrés de 8 ítems ( $\alpha = 0.59$ ; e. g. “17.- Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar”); F4: Nutrición de 9 ítems ( $\alpha = 0.64$ ; e. g., “20.

Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días”; F5: Relaciones interpersonales de 9 ítems ( $\alpha = 0.77$ ; e. g., “25.- Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros” y F6: Responsabilidad hacia la salud, compuesto por 9 ítems ( $\alpha = 0.74$ ; e. g., “21.- Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud”).

En la presente escala, el AFE se obtuvo empleando el método de extracción Promin (Lorenzo-Seva, 1999). Se usó el programa FACTOR 7.2 (Ferrando, 2005 y Lorenzo-Seva & Ferrando, 2006), dado que permite realizar el análisis utilizando matrices de correlación policóricas, que son más apropiadas cuando los ítems presentan un formato de respuesta tipo Likert (Muthen & Kaplan,

1992). Además, proporciona la posibilidad de decidir el número de factores que se deben retener a partir del análisis paralelo (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). Los análisis relativos a la fiabilidad de las subescalas y a las correlaciones de los indicios de validez de la escala HPLP-II, a partir de las correlaciones de Pearson, se realizaron con el programa SPSS 20.0.

#### **VALIDEZ:**

La validez de consistencia interna mediante el Análisis Factorial Exploratorio con método promin, el cual reportó 4 dimensiones y 48 ítems (ya que excluyó los otros 8 ítems por cargas factoriales de los ítems menores a 0.30). Concluyen, que el instrumento con 48 ítems es validado como versión en español.

#### **CONFIABILIDAD:**

La confiabilidad del instrumento estuvo dada en 4 dimensiones fue reportada mediante el índice de Alfa de Cronbach mostrando una buena confiabilidad por dimensiones: Responsabilidad hacia la salud ( $\alpha=0.81$ ), Actividad física ( $\alpha=0.86$ ), Nutrición ( $\alpha=0.7$ ), Crecimiento Espiritual y Relaciones interpersonales ( $\alpha=0.88$ ).



**ANEXO N°05**

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**TÍTULO**

**CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS**

**MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN**

**TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA**

**ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021**

Yo,.....

.....acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

**FIRMA**

.....



## DECLARACIÓN DE COMPROMISO ÉTICO Y NO PLAGIO



Mediante el presente documento denominado declaración de compromiso ético y no plagio el autor(a) del presente trabajo de investigación titulado: **CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TIEMPOS DE COVID-19. PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA\_CHIMBOTE, 2021**

Declaro conocer las consecuencias por la infracción de las normas del Reglamento de Investigación de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote y el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos su elaboración no hay copia, ni uso de ideas, apreciaciones, citas parafraseadas o citas textuales, etc. Tomadas de cualquier fuente sean en versión física o digital, sin mencionar de forma clara y exacta su origen o autor, por el contrario, en todos los casos se ha incorporado la cita y referencias respectivas conforme orienta las normas Vancouver, previsto en la Universidad.

En conformidad del presente contenido y como su legítimo autor se firma el presente documento profesionales – RENATI; que exigen veracidad y originalidad de todo trabajo de investigación, respeto a los derechos de autor y la propiedad intelectual. Asimismo, cumplo con precisar que éste trabajo forma parte de una línea de investigación denominado “Determinantes de la salud de las personas” dentro del cual se tiene como objeto de estudio desarrollar investigaciones orientadas

al cuidado de la salud de las personas por grupo etario, a partir de los determinantes de la salud de la persona, se aplicó un diseño metodológico común, por lo tanto, es posible que tenga similitud en ese sentido y se explica, porque forma parte de dicha línea.

También se declara que al recolectar los datos se tuvo acceso a nombres, apellidos, a cada uno se les asignó un código para preservar su identidad y proteger los derechos constitucionales, siendo el único aspecto inserto en los instrumentos. Finalmente se declara que: el presente trabajo es auténtico, siendo el resultado el producto de un trabajo personal acorde con la línea de investigación del cual se deriva, trabajado bajo los principios de la buena fe y respeto de los derechos de autor y propiedad intelectual, de modo que al utilizar las fuentes para su elaboración no hay copia, ni uso de ideas, apreciaciones, citas parafraseadas o citas textuales, etc.

Tomadas de cualquier fuente sean en versión física o digital, sin mencionar de forma clara y exacta su origen o autor, por el contrario, en todos los casos se han incorporado la cita y referencias respectivas conforme orienta las normas Vancouver, previsto en la Universidad. En conformidad del presente contenido y como su legítimo autor se firma el presente documento.

Urbina Lucio Stefany Lizbeth

---

**APELLIDOS Y NOMBRES**