



UNAP

**Facultad de Enfermería
Sección de Postgrado**

**SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

TESIS

**PERCEPCIÓN DE LA SALUD, MORBILIDAD Y
SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE PERSONAS
MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR – HRL.**

**Requisito para Optar el Título de Segunda
Especialización Profesional en Gerontología y Geriatria**

Presentado por:

Esperanza, CORAL AMASIFUEN

Sonia, SILVA AMASIFUEN

Vivian Ysela, RÍOS DÍAZ

Carmen Marina, GRATELLE TUESTA

Asesoras:

Dra. Maritza E. VILLANUEVA BENITES

Dra. Zoila E. LEITON ESPINOZA

IQUITOS – PERU

2014



UNAP

Escuela de Post Grado
Oficina de Asuntos Académicos

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Directoral N° 0186-2014-EPG-UNAP, se designa como Jurado evaluador y dictaminador del proyecto de tesis: **“Percepción de la Salud, Morbilidad y Satisfacción con la Vida de Personas Mayores con Hipertensión Arterial del Centro del Adulto Mayor – HRL”**, a los siguientes profesionales:

Dra. Juana Fernández Sánchez	Presidente
Dra. Elena Lázaro Rubio	Miembro
Mgr. Licenia Montes Vásquez	Miembro

A los veinticuatro días del mes de marzo del 2015, a horas 10:00 a.m., en el Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se constituyó el Jurado evaluador y dictaminador, para presenciar y evaluar la exposición de la tesis titulada: **“Percepción de la Salud, Morbilidad y Satisfacción con la Vida de Personas Mayores con Hipertensión Arterial del Centro del Adulto Mayor – HRL”**, presentado por las egresadas: ESPERANZA CORAL AMASIFUEN, SONIA SILVA AMASIFUEN, VIVIAN YSELA RÍOS DÍAZ y CARMEN MARINA GRATELLE TUESTA, como requisito para optar el Título de ESPECIALISTA EN GERONTOLOGÍA y GERIATRÍA, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria y el Estatuto General de la UNAP.

Después de haber escuchado la sustentación y luego de formuladas las preguntas, éstas fueron:

..... *Absueltas en su totalidad*

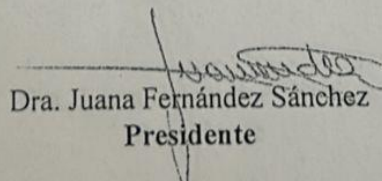
El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones:

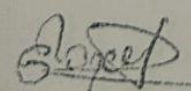
1. La Sustentación es: *Aprobada por Excelencia*
2. Observaciones :

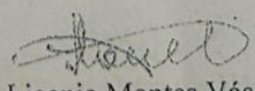
En fe de lo actuado los miembros del Jurado suscriben la presente acta por cuadruplicado.

Seguidamente, el Presidente de Jurado dio por concluida la sustentación, siendo las *11³⁰* m.

Con lo cual, se les declara a las sustentantes..... *Aptas*..... Para recibir el Título de ESPECIALISTA EN GERONTOLOGÍA y GERIATRÍA.


Dra. Juana Fernández Sánchez
Presidente


Dra. Elena Lázaro Rubio
Miembro


Mgr. Licenia Montes Vásquez
Miembro

**INVESTIGACIÓN OPERATIVA APROBADA EN SUSTENTACIÓN
PÚBLICA DE FECHA 24 DE MARZO DE 2015.**

POR EL JURADO CALIFICADOR INTEGRADO POR:

.....

Dra. Juana E. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
Presidenta

.....

Mgr. Elena LÁZARO RUBIO
Miembro

.....

Mgr. Licenia MONTES VÁSQUEZ
Miembro

RESUMEN

Percepción de la salud, morbilidad y satisfacción con la vida de personas mayores con hipertensión arterial.

Autor/es: Coral Amasifuen Esperanza; Silva Amasifuen Sonia, Ríos Díaz Vivian y Gratelly Tuesta, Carmen Marina.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la percepción de la salud, morbilidad y satisfacción con la vida de personas mayores con hipertensión arterial y conocer si existen diferencias en función del género. Se trata de un estudio descriptivo transversal, la muestra determinada por conveniencia estuvo conformada por 117 personas que acudieron al centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto. Se aplicó un cuestionario que contenía las características demográficas, escala de salud auto percibida, características clínicas y laboratoriales y el Test de Satisfacción Vital, se evaluó la presión arterial sistólica y diastólica. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista en el hospital y la otra en su domicilio previa autorización de la persona mayor para ser incluido en el estudio, con una duración promedio de una hora. En el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 20.0, se usó medidas de tendencia central y de dispersión; se aplicó el coeficiente R de Pearson para medir magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables. Los resultados muestran que la edad media de los varones fue de 74.1 ± 7.8 y de las mujeres de 71.5 ± 7.1 años, el 38.5% de la población presentó Hipertensión estadio II, 32.5% Hipertensión estadio I, siendo el grupo de mujeres quienes presentan valores de presión arterial sistólica y diastólica más altos. Con respecto al tiempo de enfermedad, se encontró una mediana equivalente a 5 años. Los síntomas predominantes son las cefaleas (68.4%), mareos (63.2%) y tinnitus (35%). Más de la mitad de la población presenta valores de perfil lipídico en riesgo. La salud percibida fue calificada como “regular” por ambos sexos, siendo los varones quienes califican como buena a la “salud en comparación a hace un año” ($p < 0.05$). Se encontró que no existe diferencias significativas en la satisfacción con la vida en función del sexo, siendo mayor en los varones (20.4 y 18.4 respectivamente). Las variables que muestran correlación positiva con la satisfacción vital fueron la salud percibida y correlación negativa con la edad y valores LDL del perfil lipídico ($p < 0.05$).

Palabras clave: satisfacción vital- ancianos.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha generado un exclusivo interés por la investigación relacionada con el envejecimiento, los determinantes de la calidad de vida y estado de bienestar de los adultos mayores, debido especialmente al cambio de los perfiles demográficos y epidemiológicos con incremento sostenido de la población adulta mayor a escala mundial, especialmente en los países en desarrollo como el nuestro, por sus condiciones de vida y las necesidades específicas de este grupo vital (la situación precaria en la que muchos de ellos viven en pobreza, aislamiento social, enfermedad entre otros).

En el Perú, el ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace unas décadas, desde el año 2001 la esperanza de vida ha aumentado en tres años, llegando a los 74,1 años en el 2011. En el año 2010, se estimó una población de adultos mayores de 60 años del 9.6% para América Latina, 12.0% para Perú y se prevé que para el 2020 será del 12.4% y en el 2050 llegará a 23,4%¹. Esto significa que en los próximos años la población de adultos mayores llegará casi a duplicarse, por lo que la sociedad debe estar preparada para afrontar estos cambios y sus consecuencias, pues las personas que arribarán a la vejez en los próximos años encontrarán abundantes dificultades para vivir de manera decorosa el último tramo de sus vidas.

El estudio del envejecimiento desde una dimensión positiva ha generado el interés científico en los últimos años, surgiendo una nueva línea de trabajo más centrada en el envejecimiento satisfactorio o exitoso que en las características de carácter exclusivamente patológico; de esta manera, el estudio del envejecimiento con éxito puede evidenciar la presencia de modos sanos de envejecer, y conocer los factores que evitan que la persona se deslice hacia un envejecimiento patológico, y así conseguir una adecuada calidad de vida (Meléndez, 2009)².

Según Gutiérrez (2014), el envejecimiento con éxito se caracteriza por cuatro componentes o dimensiones que interactúan con el bienestar y sus indicadores finales: el mantenimiento de la salud física, un buen funcionamiento cognitivo, una participación activa con otras personas y el desarrollo de actividades productivas. Otro componente es el relacionado con la salud, la satisfacción con la vida y el bienestar es la actividad del individuo. Ésta es concebida como el

estado funcional y la capacidad de realizar autónomamente actividades, lo cual está vinculado con la productividad y finalmente con la satisfacción con la vida³.

En esta línea, en forma genérica, los resultados de la satisfacción con la vida o satisfacción vital de la población representan los objetivos clásicos que la política social y el desarrollo social buscan alcanzar a través de la protección social y la inversión social en recursos humanos. Incluye la satisfacción de las necesidades básicas e intermedias, la reducción de la pobreza y la vulnerabilidad y otras medidas de recursos bajos o insuficientes (Wood, 2010)⁴.

El concepto de satisfacción con la vida, como componente cognitivo del bienestar subjetivo ha sido definido como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre) siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar personal⁵.

Cuando las personas evalúan la satisfacción con la vida, examinan las condiciones de sus vidas, pesan la importancia de esas condiciones, evalúan en una escala cuyos rangos varían de la completa insatisfacción a la completa satisfacción. Los juicios acerca de la satisfacción con la vida de las personas están basados en la información disponible en el momento de la estimación, pero parece que la mayor parte de esta información permanece inalterable a lo largo del tiempo. Así, cuando se les pide a las personas su opinión acerca de su satisfacción vital, el tipo de información que les llegará a la memoria será la basada en los ámbitos relevantes de sus vidas. De igual forma, también se basan en la información procedente de su bienestar afectivo y en el uso de comparaciones con criterios importantes al calcular su satisfacción con la vida. Pero la importancia concedida a esta información varía entre las personas y las culturas (Diener et al., 2004)⁶.

En la tercera edad, la satisfacción con la vida puede definirse como un juicio positivo sobre qué tan a gusto se encuentra ante el envejecimiento, lo que de alguna manera refleja su bienestar⁷. Según Kantún, la apreciación de las características propias supone un juicio de valor y la satisfacción con la vida también contempla juicio sobre los propios logros en función de expectativas, autoconcepto y valía⁸.

Es un constructo que se refiere a un proceso de juicio cognitivo en el que la calidad de vida de la persona es evaluada globalmente según sus propios criterios o estándares. Es decir que la satisfacción con la vida se presenta, como un posible indicador o resultado de la adaptación psicológica y el envejecimiento con éxito, por lo que es importante identificar sus determinantes en la vejez para promover el envejecimiento con éxito.

El logro de la satisfacción con la vida es un componente psicológico que tiene alta relación con la salud y la mortalidad. El riesgo de morir prematuramente por cualquier causa o padecer algún problema de salud es mayor en personas insatisfechas. Las dificultades para realizar actividades de la vida diaria fuera del hogar que implican esfuerzo físico afectan el sentido que se tiene sobre la satisfacción con la vida. Por el contrario, mejores condiciones sociodemográficas, como mayor escolaridad, tener vivienda propia y convivir con otras personas, se relacionan con la satisfacción con la vida⁹.

En el caso de las personas mayores, la valoración personal de la propia salud es más importante que la salud per se (percepción experta) cuando se la relaciona con el bienestar¹⁰. Algunos autores han señalado que la relación entre la salud percibida y bienestar varía con la edad, las personas a medida que envejecen van ajustando sus metas según sus posibilidades¹¹. Así, el impacto de la salud depende de la percepción que tiene la persona de su situación particular, donde una mala salud podría influir negativamente en el bienestar si interfiere en la consecución de las metas personales.

En nuestro país, Horna y Vara informaron algunos factores asociados a la satisfacción con la vida en adultos mayores de la ciudad de Lima, señalando que los ancianos tienen una alta satisfacción vital; sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza. El resentimiento fue el factor que está más asociado a la satisfacción de vida en los adultos mayores, seguido del nivel de instrucción, apoyo social recibido, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad amical¹².

Para Vivaldi (2009), la percepción de la salud percibida es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y se ha probado tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc.¹³

Se ha descrito algunas variables que predicen la Satisfacción Vital durante la vejez, incluyen la edad, sexo, ingresos, raza, ocupación (empleo), educación, estatus socio-económico, religión y matrimonio. A estas variables hay que sumar aquellos aspectos relacionados con la influencia social que existe con los índices de Satisfacción Vital. Ranzijn (2002), señala que existe un creciente reconocimiento de que la salud psicológica, y hasta en cierta medida la salud física, depende al menos en algún grado de sentirse integrado a una comunidad¹⁴.

Esto afirma el sentido de que el apoyo social es una de las fuentes importantes en la predicción de la Satisfacción Vital, la felicidad y las relaciones afectivas cercanas. La necesidad de pertenencia y de relacionarse socialmente está dada por el carácter de protección y de reconocimiento que necesita el ser humano¹⁵.

La salud del adulto mayor ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones en las cuales se ha encontrado que la aparición de ciertas patologías crónicas como la hipertensión arterial se relaciona con los diferentes cambios físicos, y aunque si bien la llegada de la adultez mayor anuncia la disminución de algunas capacidades, existen variables con mayor influencia que afectan el estado de salud, entre ellas la percepción que se tenga de la misma, el acceso a los servicios socio sanitarios, el apoyo familiar y social, en suma el bienestar subjetivo.

Considerando que en nuestro medio no se cuenta con datos sistematizados sobre las variables señaladas, el objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la percepción de la salud, morbilidad y satisfacción con la vida de personas mayores con hipertensión arterial y conocer si existen diferencias en función del género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, la muestra determinada por conveniencia estuvo conformada por 117 personas que acuden al centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto. Los criterios de inclusión fueron: 60 años a más y autonomía para las actividades de la vida diaria.

Se aplicó un cuestionario que contenía las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción), la escala de salud auto percibida de Villalba, un cuestionario de características clínicas y laboratoriales) y el Test de Satisfacción Vital. Para evaluar el estado hipertensivo se tomó la presión arterial sistólica y diastólica y la anamnesis.

Se utilizó la escala de Salud Auto percibida por ser un indicador psicológico de la calidad de salud física y de vida percibida. Es una escala tipo Likert de tres factores (bueno regular y malo), consta de tres preguntas con opción a respuesta cerrada. Se preguntó: ¿Cómo siente su estado de salud en general?, ¿Cómo es su salud si la compara con la gente de su misma edad? y ¿Cómo siente su salud en comparación con hace 1 año? Esta escala ha sido elaborada por Villalba C. (2002), basándose en la importancia de los autos informes para la evaluación de salud física descrita tanto por Fernandez- Ballesteros (1994) como por Izal y Montorio (1993). Posee un Coeficiente alphaCronbach de 0.8334 por lo que cuenta con una gran consistencia interna¹⁶.

Se aplicó el índice LifeSatisfactionIndex: LSI-A de Neugarteny: el cual consta de 18 ítems (afirmaciones), que se responden con "de acuerdo"/ "en desacuerdo" /"?. Se puntúan 0 o 1 según sea la dirección de la respuesta. Si la respuesta era "?" el puntaje es "0". El puntaje total puede obtener fluctúa entre 0 y 20 puntos (a mayor puntaje mayor satisfacción vital). El instrumento se responde de acuerdo o en desacuerdo frente a cada afirmación. Se otorga un punto si se responde de acuerdo a los ítems 1, 2, 4, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, y 19 y en desacuerdo a los ítems 3, 5, 7, 10, 14, 17, 18 y 20.

La escala de satisfacción vital consta de cinco factores o dimensiones, el Factor 1 describe las Congruencias entre logros deseados y obtenidos; está constituido por los ítems 1, 2, 4, 6, 12, 13 y 19 . El Factor 2 incluye los ítems 3, 7, 10 y 18 y se denomina Entusiasmo; el Factor 3

agrupa los ítems 5, 14 y 17 y 20 y se llama Tono Emocional; el Factor 4 consta de los ítems 9, 11 y 15, representa el Autoconcepto; y el Factor 5 incluye los ítem 8 y 16 y corresponde a Resolución y Fortaleza. Se interpreta que a mayor puntaje, mayor grado de bienestar subjetivo y satisfacción vital. El LSI-A se desarrolló originalmente como una medida del bienestar psicológico entre adultos mayores, el instrumento tiene una buena consistencia interna cuando se usa en otros grupos de edad. Se obtuvo un alfa de Cronbach que fluctuó entre 0.78 para el grupo de 30-44 años y 0.83 para el grupo de 60 a 75 años, ambos valores considerados buenos. Su confiabilidad es mejor para el grupo de mayor edad¹⁷.

A los participantes se les entregó las siguientes instrucciones: Aquí hay algunas afirmaciones acerca de la vida en general. Lea cada afirmación de la lista, y si está de acuerdo ponga una X en el espacio que está debajo de la palabra "de acuerdo". Si no está de acuerdo con la afirmación, ponga una X en el espacio que está debajo de la palabra "en desacuerdo". Si no está seguro de ninguna de las alternativas anteriores, ponga una X debajo del espacio "?". Por favor, asegúrese de responder todas las preguntas.

La técnica que se utilizó para la toma de la Presión arterial fue la recomendada por la American Heart Association establecida desde 1993, se utilizó un tensiómetro tipo aneroide y un estetoscopio marca Riester. (Pickering et al., 2005)

Una vez seleccionadas la unidad de muestreo la recolección de datos se realizó a través de una entrevista en el hospital y la otra en su domicilio previa autorización de la persona mayor para ser incluido en el estudio, con una duración promedio de una hora. Se recolectó la información de variables demográficas incluyendo el registro del domicilio y el teléfono de los pacientes, luego se recolectó datos referidos a las condiciones médicas, salud percibida y satisfacción con la vida.

La técnica que se utilizó para la toma de la Presión arterial fue la recomendada por la American Heart Association establecida desde 1993. Se ejecutó dos evaluaciones de la presión arterial, una en el consultorio y la segunda en el domicilio de la persona mayor, se registró ambos valores, pero en el análisis final se consideró como válida la presión arterial evaluada en el domicilio.

La información obtenida se incorporó en una base de datos en el paquete estadístico SPSS Versión 20.0, previa codificación. El análisis se realizó en dos etapas; la primera etapa considera la descripción y comparación de los participantes tanto de los hipertensos varones y mujeres, en el análisis descriptivo se usó medidas de tendencia central y de dispersión. En la segunda etapa, con la finalidad de analizar la asociación de todas las variables implicadas en el estudio con la variable dependiente (satisfacción con la vida), se aplicó el análisis de correlación bivariada R de Pearson, este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables.

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas de la muestra

TABLA N° 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Características	Varones		Mujeres		Total		Promedio
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
X (DT)	74.1	(7.8)	71.5	(7.1)	72.1	(7.3)	NS
60 a 74 años	10	47.6	31	32.3	76	65.0	
75 años a mas	11	52.4	65	67.7	41	35.0	
Total	21	100.0	96	100.0	117	100.0	
Estado Civil							
Unión estable	14	66.7	43	44.8	57	48.7	NS
Viuda (o)	7	33.3	42	43.8	49	41.9	
Soltera (o)	0	0	11	11.5	11	9.4	
Total	21	100.0	96	100.0	117	100.0	
Instrucción							
Sin instrucción	0	0	14	14.6	14	12.0	NS
Primaria	17	81.0	72	75.0	89	76.1	
Secundaria	4	19.0	6	6.3	10	8.5	
Superior	0	0	4	4.2	4	3.4	
Total	21	100.0	96	100.0	117	100.0	
Seguro salud							
Si	21	100.0	84	87.5	105	89.7	NS
No	0	0	12	12.5	12	10.3	
Total	21	100.0	96	100.0	117	100.0	

X= media; (DS): desviación estandard. NS= no significativo (P>0.05)

Los resultados muestran que la edad promedio de los adultos de la muestra es de 72.1 \pm 7.3% años, siendo ligeramente mayor en los varones (74.1 \pm 7.8% años) que en las mujeres mayores (71.5 \pm 7.1 años). El 65% de los adultos mayores tenían edades entre 60 a 74 años de edad, mientras que, el 35% restante tenían edades entre 75 años a más.

El 48.7% reportan unión estable, 41.9% viudez/separación y el 9.4% solteras. Cabe indicar que son los varones quienes reportan en forma mayoritaria la unión estable (66.7%), mientras que existe mayor viudez femenina (43.8%).

En cuanto al grado de instrucción se observa que el 76.1%, siendo esta proporción ligeramente mayor en los varones (81%) que en las mujeres (75%). De otra parte, el 12% no poseen instrucción y quienes informan son solamente mujeres. El 89.7% posee acceso al seguro de salud, siendo la totalidad de los varones quienes reportan este acceso.

2. Salud percibida de los adultos mayores

TABLA N° 2
SALUD PERCIBIDA SEGÚN SEXO DE PERSONAS MAYORES

Características	Varones		Mujeres		Estadísticos	
Salud percibida						
Salud en general, M, (DS)					t= 33,43	***
Mala, n (%)	2	9.5	18	18.8	I.C. = 1,16- 1,30	
Regular	14	66.7	65	67.7		
Buena	5	23.8	13	13.5		
Comparación con iguales, M, (DS)					t= 37,79	***
Mala, n (%)	2	9.5	8	8.3	I.C. = 1,33- 1,48	
Regular	13	61.9	64	66.7		
Buena	6	28.6	24	25.0		
Comparación hace 1 año, M, (DS)					t= 30,66	***
Mala, n (%)	3	14.3	23	24.0	I.C.= 1,25- 1,42	
Regular	10	47.6	39	40.6		
Buena	8	38.1	34	35.4		

Al evaluar la salud percibida subjetiva, se encontró que en general las personas mayores de ambos sexos masculino y femenino tienden a calificar como “regular” a los tres parámetros de medición “Salud en general”, “en comparación con iguales” y “en comparación a hace un año”.

Siendo la mujer mayor quien informa en mayor proporción como regular a los ítems “salud en general” (67.7%) y el ítem “en comparación con iguales” (66.7%); mientras que los varones son los que califican como buena a la “salud percibida en comparación a hace un año” (38.1%) a diferencia de las mujeres (35.4%).

La prueba t student mostró que existe diferencias estadísticas significativas entre las medias de los parámetros de la salud percibida de los varones y mujeres ($p < 0,01$).

3. Características clínicas

En la tabla 3 se muestra las características clínicas de las personas mayores con hipertensión arterial, según sexo.

Considerando la clasificación de la severidad de la hipertensión de acuerdo al Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto para la detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial se observó que, el 38.5% de la población hipertensa presentó Hipertensión estadio II ($PA_s > 160$ mm Hg o $PA_d > 100$ mm Hg), el 32.5% presentó Hipertensión estadio I (PA_s 140-159 mm Hg o PA_d 90-99 mm Hg).

Cabe destacar que solo el 15.4% de la población hipertensa presentó Presión Arterial con valores catalogados como normales ($PA_s < 120$ mm Hg y $PA_d < 80$ mm Hg). A pesar que en la muestra predominan mujeres, se observa que son los varones quienes presentan valores de presión arterial sistólica y diastólica clasificados como normal (38.1%), mientras que las mujeres muestran valores anormales catalogados como Estadio I (33.3%) y Estadio II (40.6%), cifras porcentuales estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Con respecto al tiempo de enfermedad, se encontró una mediana equivalente a 4 años, siendo mayor en los varones (5 años) en comparación a las mujeres mayores quienes reportaron una mediana de 3 años.

Los síntomas predominantes son las cefaleas con el 68.4%, seguido de mareos 63.2% y tinnitus 35%. En el grupo de mujeres prevalece la cefalea y mareos, mientras que en los varones la cefalea y fatiga. La prueba estadística chi cuadrado demostró que existe diferencias estadísticas significativas en la manifestación mareos reportada principalmente por las mujeres ($p < 0.05$). El valor de la mediana del número de síntomas es 2 (valor mínimo 0 y máximo 5); de acuerdo a los percentiles calculados, el 75% presentó 3 síntomas o menos, el 50% dos síntomas o menos y el 25% por lo menos 01 síntoma en el momento del estudio.

Respecto a los exámenes de laboratorio, se encontró diferencias porcentuales entre glicemia y el perfil lipídico, el 84% de la muestra presenta valores normales de glucosa (entre 70 a 110 mg/dl); mientras que, más de la mitad de la población presenta valores catalogadas como Riesgo límite y/o riesgo en las cifras del perfil lipídico: Colesterol total (76%), Triglicéridos (75%) y LDL (61%). Datos que son congruentes con las medianas observadas: glucosa 90 mg/dl; colesterol total 215 mg/dl; triglicéridos 167m mg/dl; y LDL 145 mg/dl (Tabla 3).

TABLA N° 3
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PERSONAS MAYORES
CON HIPERTENSIÓN

CARACTERÍSTICAS	Varones		Mujeres		Total		Promedio
	n	%	n	%	n	%	
Severidad Hipertensión							
Normal	8	38.1	10	10.4	18	15.4	C.C= 0.013
Pre hipertensión	1	4.8	15	15.6	16	13.7	
Estadío I	6	28.6	32	33.3	38	32.5	
Estadío II	6	28.6	39	40.6	45	38.5	
Tiempo de enfermedad, Med	5		3		4		
Manifestaciones clínicas,							
Cefalea	11	52.4	69	71.9	80	68.4	NS
Mareos	7	33.3	67	69.6	74	63.2	X²=0.002
Fatiga	9	42.9	35	36.5	44	37.6	NS
Tinnitus	5	23.8	36	37.5	41	35.0	NS
Dolor precordial	4	19.4	21	21.9	25	21.4	NS
Numero de síntomas, Med	2		2		2		
Bioquímica Sanguínea							
Glucosa, Med	89		90		90		NS
Deseable (70-110 mg/dl)	13	61.9	71	74.0	84	71.8	
Riesgo	8	38.1	25	26.0	16	13.7	
Colesterol total, Med	217		215		215		NS
Deseable (<200mg/dl)	5	23.8	19	19.8	24	20.5	
Riesgo límite (200-239 mg/dl)	9	42.9	57	59.4	66	56.4	
Riesgo (≥240mg/dl)	7	33.3	20	20.8	10	8.5	
Triglicéridos, Med	166		166		167		NS
Deseable (<150mg/dl)	6	28.6	19	19.8	25	21.4	
Riesgo límite (150- 200mg/dl)	9	42.9	60	62.5	69	59.0	
Riesgo (200-400 mg/dl)	6	28.6	17	17.7	6	5.1	
HDL, Med	41		39		39		NS
Deseable (<130mg/dl)	6	28.6	12	12.5	19	16.2	
Riesgo limite (130-159mg/dl)	7	33.3	54	56.3	81	61.2	
Riesgo (160 a mas)	8	38.1	30	31.3			
LDL, Med	134		150		145		NS
Riesgo (<35mg/dl)	3	14.3	16	16.7	18	15.4	
Deseable (>35 mg/dl)	18	85.7	80	83.3			

Negrita (p<0.05)

4. Satisfacción con la vida de los adultos mayores con hipertensión arterial

4.1. Puntuación promedio de la satisfacción con la vida y sus dimensiones:

Los datos mostraron que la puntuación promedio de la satisfacción con la vida de los participantes del estudio fue de 18.8 ± 7.0 puntos. La escala de satisfacción vital consta de cinco factores o dimensiones, las puntuaciones obtenidas en cada uno de ellos se muestran en la tabla 4.

TABLA N° 4
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS EVALUADOS

Dimensiones de satisfacción con la vida	Autoconcepto	Congruencias entre logros deseados y obtenidos	Entusiasmo	Tono emocional	Fortaleza
Media	2.92	5.80	3.85	4.20	2.48
Mediana	3.00	6.00	3.00	4.00	3.00
Moda	4	4	3	4	3
Desv. típ.	1.772	2.724	2.090	1.984	1.291
Varianza	3.141	7.418	4.367	3.935	1.665
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	6	10	8	8	4
Percentiles					
25	2.00	4.00	3.00	3.00	2.00
50	3.00	6.00	3.00	4.00	3.00
75	4.00	8.00	5.50	6.00	4.00

La dimensión o factor que describe las Congruencias entre logros deseados y obtenidos, es el que obtuvo mejor puntuación (5.8 ± 2.7), seguido del factor tono emocional (4.2 ± 1.9), y entusiasmo (3.85 ± 1.9). Mientras que los factores fortaleza y autoconcepto alcanzaron las puntuaciones más bajas.

En la tabla 5 se muestra los valores porcentuales de la escala de satisfacción vital de acuerdo a los factores que mide, observándose que en el factor congruencias entre logros deseados y obtenidos, el ítem que alcanzo el mayor valor porcentual fue “Comparativamente con otra gente de mi edad, tengo buen aspecto” (69.2%).

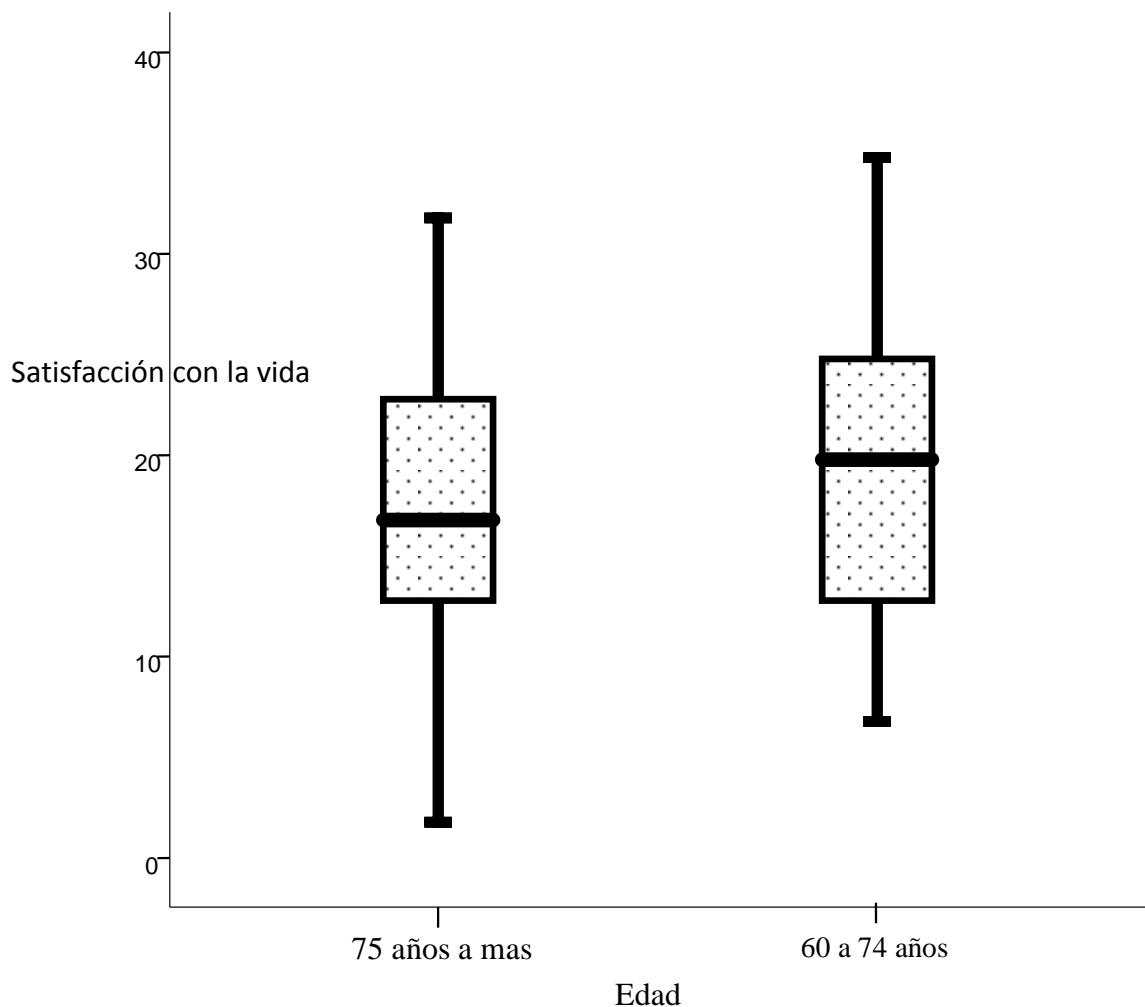
TABLA N° 5
SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES EVALUADOS

	Acuerdo	No está Seguro/a	Desacuerdo
Congruencias entre logros deseados y obtenidos			
1. A medida que envejezco, las cosas parecen mejores de lo que pensé	29.9	8.5	61.5
2. He tenido más suerte en esta vida que la mayoría de la gente.	43.6	14.5	41.9
4. Soy tan feliz como cuando era joven.	40.2	18.8	41.0
6. Estos son los mejores años de mi vida.	40.2	20.5	39.3
12. No cambiaría mi vida pasada, incluso si pudiese.	55.6	10.3	34.2
13. Comparativamente con otra gente de mi edad, tengo buen aspecto	69.2	18.8	12.0
Entusiasmo			
3. Este es el momento más aburrido de mi vida.	34.2	17.9	47.9
7. La mayoría de las cosas que hago son aburridas	20.5	27.4	52.1
10. Me siento viejo/a y cansado/a.	50.4	21.4	28.2
18. A pesar de lo que dice la gente, el hombre de mediana edad está empeorando, no mejorando	47.9	41.9	10.3
Tono emocional			
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.	37.6	17.1	42.7
14. He hecho planes sobre las cosas que haré dentro de un mes o un año	46.2	24.8	29.1
17. He conseguido casi todo lo que esperaba de la vida.	29.1	27.6	45.3
Autoconcepto			
9. Las cosas que hago me parecen tan interesantes como antes.	38.5	29.9	31.6
11. Cuando miro hacia atrás me siento bastante satisfecho/a.	44.4	18.8	36.8
15. Cuando pienso en mi vida anterior, veo que no conseguí la mayoría de las cosas que quería.	44.4	33.3	22.2
Fortaleza			
8. Espero que me pasen cosas interesantes y agradables en el futuro.	51.3	23.9	24.8
16. Comparativamente con otras personas, tengo ideas negativas demasiado a menudo.	20.5	37.6	41.9

En cuanto al factor entusiasmo se encontró que el 52.1% expresa su desacuerdo a los ítems “La mayoría de las cosas que hago son aburridas y 47.9% “Este es el momento más aburrido de mi vida”. Respecto al Tono emocional, 46.2% refiere “He hecho planes sobre las cosas que haré dentro de un mes o un año”, un 42.7% señala desacuerdo al ítem “Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora”.

4.2. Satisfacción con la vida y sus dimensiones según edad

GRÁFICO N° 1
PUNTUACIÓN PROMEDIO DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEGÚN
EDAD DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Como se aprecia en el Gráfico 1, los adultos mayores entre 60 a 74 años de edad obtuvieron mayores puntuaciones promedio de la satisfacción con la vida (19.41 ± 7.32), que los adultos mayores de 75 años a más (17.68 ± 6.37); es decir que la población considerada como gerontológica joven tiene mayor satisfacción vital que la población adulta vieja; sin embargo la prueba t student demostró que no existe diferencias estadísticas significativas ($t = -1.33$, $p = 0.188$). Con respecto a las dimensiones o factores de la satisfacción vital, en la Tabla 6, se observa que en todas ellas, los adultos gerontológicos jóvenes mostraron mejor puntuación que los adultos mayores de 75 años, sin diferencias estadísticas significativas ($p > 0.05$), a excepción de la dimensión “entusiasmo” en la que los adultos entre 60 a 74 años alcanzaron 4.21 puntos mientras que los de 75 años a más lograron 3.20 puntos ($t = -2.62$, $p = 0.010$).

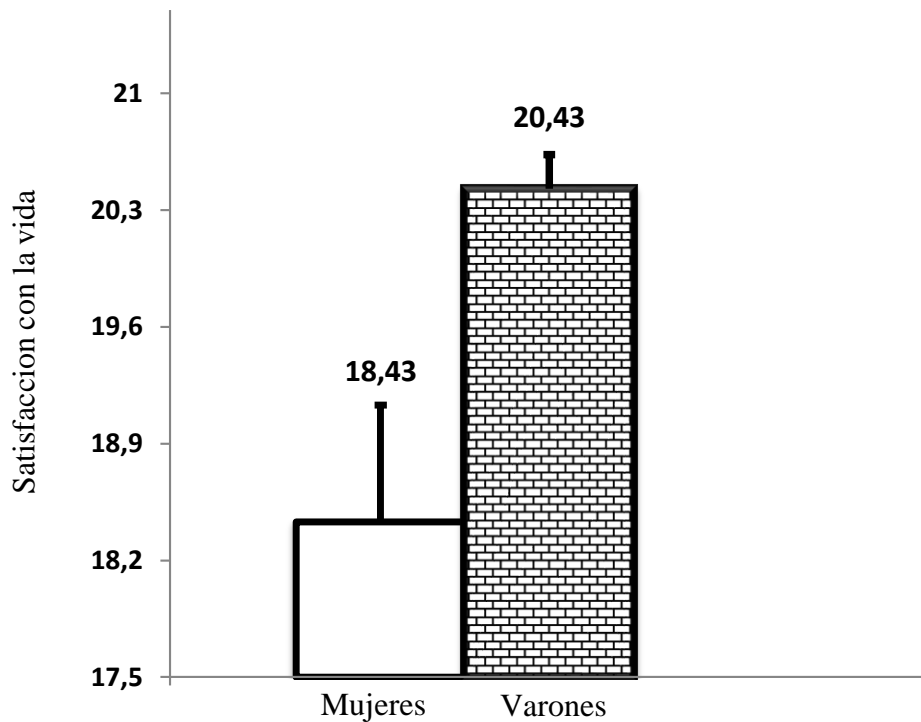
TABLA N° 6
COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES PROMEDIO DE LA
SATISFACCIÓN VITAL Y SUS DIMENSIONES SEGÚN LA EDAD
DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO

	Edad	X	D.T	<i>Prueba T para la igualdad de medias</i>						
				t	gl	p	dif. X	E. T. dif	I.C. 95% Ls	Li
Satisfacción con la vida	≥75 años	17.68	6.37	-1.33	92.37	0.188	-1.72	1.30	-4.31	0.86
	60 a 74 años	19.41	7.32							
Autoconcepto	≥75 años	2.66	1.54	-1.26	96.61	0.211	-0.40	0.32	-1.04	0.23
	60 a 74 años	3.07	1.88							
Congruencia entre logros deseados y obtenidos	≥75 años	5.76	2.70	-0.14	83.48	0.890	-0.07	0.52	-1.12	0.97
	60 a 74 años	5.83	2.75							
Entusiasmo	≥75 años	3.20	1.95	-2.62	86.91	0.010	-1.01	0.38	-1.78	-0.24
	60 a 74 años	4.21	2.09							
Tono emocional	≥75 años	3.88	1.99	-1.28	81.43	0.206	-0.49	0.38	-1.25	0.27
	60 a 74 años	4.37	1.97							
Fortaleza	≥75 años	2.54	1.21	0.37	89.81	0.71	0.0	0.24	-0.39	0.57
	60 a 74 años	2.45	1.34							

* $p < 0.05$ Li: límite inferior Ls: límite superior t: t student

4.3. Satisfacción con la vida y sus dimensiones según edad

GRÁFICO N° 2
SATISFACCIÓN VITAL DE LOS ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS SEGÚN SEXO



El grafico 2 muestra las diferencias de la satisfacción con la vida global según el sexo de los adultos mayores con hipertensión arterial evaluados, los varones refieren mayor puntuación de satisfacción con la vida (20.43 ± 6.4 puntos en la escala de satisfacción vital), mientras que las mujeres informan una puntuación de 18.45 ± 7.1 .

En la tabla 7, se observa que utilizando la prueba t de student para establecer la comparación de medias por grupos independientes de las puntuaciones globales de la satisfacción con la vida y las puntuaciones parciales de acuerdos a los dominios: Autoconcepto, Congruencias entre logros deseados y obtenidos, Entusiasmo, Tono emocional y Fortaleza.

Se encontró que no existe diferencias significativas entre las puntuaciones de la satisfacción con la vida en forma global según sexo ($t=0.61$, $gl=33.62$, $p=0.54$); esto significa que si bien los varones mayores alcanzaron puntuaciones medias de 20.43 ± 1.41 cifras más altas que las mujeres mayores de 18.45 ± 0.72 , la prueba t de student demostró que no existe diferencias estadísticas significativas ($p > 0.05$).

Similar situación se observó al comparar las puntuaciones medias de las demás dimensiones de la satisfacción con la vida según sexo a excepción de la dimensión “Tono emocional” en la que los varones alcanzaron puntuaciones medias ligeramente más altas equivalentes a 4.52 puntos, mientras que las mujeres 4.13 puntos ($p=0.04$). Es decir que los varones presentan mejor satisfacción que las mujeres, expresando: “mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora , he hecho planes sobre las cosas que haré dentro de un mes o un año, he conseguido casi todo lo que esperaba de la vida ($t=2.11$, $gl=27.77$, $p=0.04$).

TABLA N° 7
COMPARACIÓN DE LAS PUNTACIONES DE LA SATISFACCION CON LA VIDA Y SUS DIMENSIONES
DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO.

Satisfacción con la vida	Autoconcepto		Congruencia logros deseados y obtenidos		Entusiasmo		Tono emocional		Fortaleza		Satisfacción global	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Media	3.43	2.81	5.48	5.88	4.76	3.66	4.52	4.13	2.62	2.45	20.43	18.45
	0.28	0.19	0.62	0.28	0.48	0.21	0.44	0.20	0.24	0.14	1.41	0.72
IC 95% Li	2.84	2.44	4.18	5.33	3.76	3.25	3.61	3.72	2.11	2.18	17.49	17.00
Ls	4.01	3.19	6.77	6.42	5.77	4.07	5.44	4.53	3.13	2.72	23.36	19.89
Media al 5%	3.47	2.79	5.53	5.90	4.84	3.62	4.52	4.13	2.69	2.50	20.37	18.27
Mediana	4.00	3.00	6.00	5.50	5.00	3.00	4.00	4.00	3.00	3.00	19	18
Varianza	1.66	3.42	8.06	7.33	4.89	4.08	4.06	3.92	1.25	1.77	41.56	50.76
Desv. típ.	1.29	1.85	2.84	2.71	2.21	2.02	2.02	1.98	1.12	1.33	6.45	7.12
Mínimo	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	10	2
Máximo	6	6	10	10	8	8	8	8	4	4	32	35
Rango	6	6	10	9	8	8	7	8	4	4	22	33
Comparación medias (t)	t=1.82, gl=40.38, p=0.08		t=31.6, gl=1.25, p=0.22		t=-0.59, gl=28.51, p=0.56		t=2.11, gl=27.77, p=0.04*		t=0.82, gl=29.07, p=0.42		t=0.61, gl=33.62, p=0.54	
	Li: límite inferior		Ls: límite superior		t: t student							

Al analizar la tabla 8, se aprecia la comparación de la satisfacción con la vida de los adultos mayores con hipertensión arterial de acuerdo a las manifestaciones clínicas informadas en el estudio:

En cuanto al reporte de cefaleas (principal manifestación clínica informada por el 68.4% de los adultos mayores), se observó que, no existen diferencias significativas en la satisfacción vital y sus dimensiones salvo en la dimensión entusiasmo ($t=2.35$, $p=0.021$). Esto significa que el adulto mayor hipertenso que no reporta cefalea tiene mayor entusiasmo que aquel que no manifiesta cefalea.

Cabe resaltar el efecto de los mareos en la satisfacción con la calidad de vida y dimensiones. Los adultos mayores que no informaron mareos mostraron mejores puntuaciones promedio de la calidad de vida y dimensiones. Al aplicar la prueba t de muestras independientes se encontraron diferencias significativas en el Índice de Satisfacción Vital y sus dimensiones entre los que tenían y los que no tenían mareos ($p<0.05$), a excepción de la dimensión “Fortaleza” ($p>0.05$). Es decir que los mareos influyen negativamente en la satisfacción con la vida y la mayoría de sus dimensiones.

Situación similar se aprecia en cuanto a la variable “Fatiga” observándose mejores puntuaciones en la satisfacción vital y dimensiones cuando no el adulto no manifiesta fatiga ($p<0.05$), salvo en las dimensiones “autoconcepto”, “Congruencias entre logros deseados y obtenidos” y “Fortaleza” ($p>0.05$).

A continuación se presenta la continuación de la tabla 9, con la media de las puntuaciones para cada una de las puntuaciones medias según las manifestaciones tinnitus y dolor pre cordial.

TABLA N° 8
COMPARACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y SUS DIMENSIONES,
SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN ADULTOS MAYORES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

		X	D.T	Prueba T para la igualdad de medias							
				t	gl	p	dif. X	E. T. dif	I.C. 95% Superior	Inferior	
Tinnitus											
Satisfacción con la vida.	No	19.50	6.92	1.46	80.17	0.149	1.988	1.365	-0.729	4.704	NS
	Si	17.51	7.11								
Autoconcepto.	No	3.07	1.77	1.19	82.04	0.238	0.407	0.343	-0.275	1.089	NS
	Si	2.66	1.77								
Congruencias entre logros deseados y obtenidos.	No	5.95	2.78	0.79	85.76	0.432	0.411	0.521	-0.624	1.446	NS
	Si	5.54	2.64								
Entusiasmo.	No	4.13	1.95	1.89	72.17	0.063	0.790	0.418	-0.044	1.624	NS
	Si	3.34	2.27								
Tono emocional.	No	4.43	1.80	1.67	68.15	0.100	0.678	0.407	-0.134	1.490	NS
	Si	3.76	2.24								
Fortaleza.	No	2.59	1.27	1.28	79.02	0.204	0.324	0.253	-0.179	0.827	NS
	Si	2.27	1.32								
Dolor precordial											
Satisfacción con la vida.	No	18.66	7.12	-0.43	39.62	0.673	-0.657	1.545	-3.780	2.466	NS
	Si	19.32	6.77								
Autoconcepto.	No	2.88	1.81	-0.53	41.62	0.599	-0.200	0.377	-0.961	0.562	NS
	Si	3.08	1.63								
Congruencias entre logros deseados y obtenidos.	No	5.77	2.71	-0.23	36.87	0.816	-0.148	0.632	-1.429	1.133	NS
	Si	5.92	2.83								
Entusiasmo.	No	3.89	2.10	0.37	38.54	0.717	0.171	0.469	-0.777	1.120	NS
	Si	3.72	2.07								
Tono emocional.	No	4.15	1.98	-0.46	37.56	0.649	-0.208	0.454	-1.126	0.711	NS
	Si	4.36	2.02								
Fortaleza.	No	2.48	1.30	-0.01	38.11	0.995	-0.002	0.292	-0.593	0.590	NS
	Si	2.48	1.29								

5. Asociación entre salud percibida, morbilidad y satisfacción con la vida de adultos mayores.

El objetivo de este apartado es conocer si existen asociación entre la Satisfacción con la vida (medida a través del Índice de Satisfacción Vital-LSI) y las diferentes variables estudiadas en los adultos participantes de la muestra, para ello se aplicó el análisis de correlación bivariada de R de Pearson, este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables.

Se realizaron correlaciones bivariadas entre las puntuaciones obtenidas para evaluar la asociación entre la edad, salud percibida, severidad de la hipertensión arterial y datos laboratoriales, con la variable dependiente: satisfacción con la vida global y sus dimensiones (autoconcepto, congruencias entre logros deseados y obtenidos, entusiasmo, tono emocional, fortaleza).

En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la variable edad, y la medida de satisfacción vital (LSI) mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, obteniéndose una correlación significativa y negativa solamente con la dimensión entusiasmo ($r=-0.237$; $p<0,05$), esto significa que según aumenta la edad del adulto mayor, la puntuación media de la dimensión entusiasmo del Índice de Satisfacción Vital va disminuyendo.

En segundo lugar, se encontró que la salud percibida en general, salud percibida en comparación con iguales y salud percibida en comparación a hace un año, mostraron correlación positiva con la satisfacción con la vida.

Así, se observa que la salud percibida en general se asocia en forma positiva con la satisfacción con la vida global ($r =0.220$; $p<0.05$), además con las dimensiones autoconcepto ($r = 0.243$; $p<0.01$) y tono emocional ($r =0.216$; $p<0.05$). Esto quiere decir, que cuando el adulto mayor comunica mejor salud percibida en general, tiende a informar mejor satisfacción con la vida.

Así mismo, se encontró que la salud percibida en comparación con iguales es la variable que mostró asociación positiva con la satisfacción con la vida global y tres de sus dimensiones a excepción de la dimensiones autoconcepto y fortaleza. Se obtuvo correlaciones positivas con la calidad de vida global ($r=0.271$; $p<0,01$), tono emocional

($r=0.380$; $p<0,01$), entusiasmo ($r=0.345$; $p<0,01$) y congruencias entre logros deseados y obtenidos ($r=0.186$; $p<0,05$).

Los resultados descritos revelan que cuando el adulto mayor compara su salud percibida con la de personas de su misma edad y la califica como mejor que la de ellos, tiende a obtener mejores puntuaciones en la escala de satisfacción vital o a señalar mejor satisfacción con la vida global, además muestra más entusiasmo, tono emocional y satisfacción con los logros deseados y obtenidos.

La salud percibida en comparación hace un año solamente mostró asociación positiva con la dimensión entusiasmo ($r=0.276$; $p<0,01$); es decir que los adultos mayores con mejor salud percibida de hace un año, muestran mejor entusiasmo.

En cambio se observó correlación negativa entre los valores de LDL y la satisfacción vital ($r=-0.209$; $p<0,05$), es decir que los adultos mayores que obtuvieron mayores valores de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en el perfil lipídico, informaron peor satisfacción con la vida.

TABLA N° 9
MATRIZ DE CORRELACIÓN ENTRE LA SALUD PERCIBIDA, MORBILIDAD Y SATISFACCIÓN
VITAL DE ADULTOS MAYORES (N=117)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Edad	-															
2 Salud percibida en general	0.058	-														
3 Salud comparación	0.027	.519(**)	-													
4 Salud hace 1 año	-0.083	.246(**)	.331(**)	-												
5 Severidad HTA	-0.024	0.012	-0.012	-0.150	-											
6 Glicemia	-0.095	-0.078	-0.143	0.155	0.092	-										
7 Colesterol	0.123	0.009	-0.040	-0.148	0.099	-0.076	-									
8 Triglicéridos	0.050	0.003	-0.077	-0.090	-0.087	-0.191	0.009	-								
9 HDL	-0.032	-0.030	0.106	0.102	0.072	0.113	-0.086	-.316(**)	-							
10 LDL	-0.104	-0.028	-0.111	0.020	-0.004	0.159	0.079	0.158	-0.055	-						
11 Autoconcepto	-0.071	0.033	-0.065	0.079	-0.089	0.128	-0.063	-0.024	0.070	-0.190	-					
12 Congruencias entre logros deseados y obtenidos	0.048	0.125	<u>.186(*)</u>	0.059	0.034	-0.015	-0.123	-0.053	0.017	-0.141	.461(**)	-				
13 Entusiasmo	<u>-.237(*)</u>	.243(**)	.345(**)	.276(**)	-0.039	0.093	-0.085	0.060	0.189	-0.114	.390(**)	.371(**)	-			
14 Tono emocional	-0.070	.216(*)	.380(**)	0.016	0.026	-0.125	-0.064	0.094	0.059	-0.165	<u>.188(*)</u>	.427(**)	.498(**)	-		
15 Fortaleza	-0.040	0.128	0.088	0.118	0.027	0.020	0.021	-0.195	0.138	-0.138	.465(**)	.468(**)	.378(**)	<u>.195(*)</u>	-	
16 Satisfacción vital global	-0.074	<u>.220(*)</u>	.271(**)	0.162	-0.039	0.036	-0.109	-0.016	0.105	<u>-.209(*)</u>	.696(**)	.815(**)	.709(**)	.632(**)	.644(**)	-

***. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).*

**. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).*

DISCUSIÓN

Se ha descrito que el bienestar subjetivo es una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida¹⁸. En este sentido la satisfacción con la vida es un indicador complejo del desarrollo humano y social, entendiéndolo como un resultado interpretado subjetivamente por las personas y refrendado socialmente por tener alineación con metas colectivamente valoradas¹⁹.

Los resultados provenientes de los análisis descriptivos e inferenciales de los datos recolectados en 117 personas mayores con hipertensión arterial indican que se trata de población gerontológica joven, mayoritariamente de sexo femenino; sin embargo es una población homogénea con respecto a la edad, estado civil, instrucción y acceso al seguro de salud ($p > 0,05$).

En cuanto a posibles diferencias de género en la satisfacción vital de los adultos mayores la evidencia no es consistente. En el presente estudio fueron los varones quienes informaron mejor satisfacción con la vida en comparación con las mujeres (puntuaciones medias de 20.43 ± 1.41 y 18.45 ± 0.72 respectivamente), a pesar de estos valores, la prueba t student demostró que no existe diferencias estadísticas significativas en las puntuaciones obtenidas entre mujeres y varones a excepción de la dimensión tono emocional. Estos resultados difieren de los reportados por Moyano y Ramos, quienes en su estudio identificaron que las mujeres están más satisfechas que los hombres²⁰; uno de los aspectos que puede explicar los resultados es que culturalmente, las mujeres pueden haber aprendido más actitudes de indefensión en edades más jóvenes que los hombres y esto explicaría en parte las puntuaciones más bajas obtenidas por ellas en relación a los hombres.

Algunos estudios han encontrado que las mujeres reportan menores niveles de bienestar, mayores niveles de agotamiento y menor actividad física que los hombres, lo cual podría explicarse por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad, y la comparación social que realiza la persona en la evaluación de las circunstancias objetivas que vive. Otra posible explicación sería que al envejecer se tornan más dependientes ante la pérdida del rol

laboral que los define socialmente, en tanto que los varones mantienen en mayor medida su rol social. Según la Organización Mundial de la Salud (2001)²¹, esto se debe a los roles que desempeñan los hombres y mujeres dentro de la sociedad, en donde el papel del hombre se caracteriza por el constante trabajo, su papel activo y su imagen ante los demás de masculinidad, y la mujer con actividades que requieren de menor esfuerzo y asumiendo un papel más pasivo frente a los demás.

De acuerdo con los resultados del análisis comparativo en la matriz de correlación establecida en el presente estudio, se observa que la edad no muestra asociación la satisfacción con la vida global y las dimensiones que la conforman, a excepción de la dimensión entusiasmo ($r = -0.237$; $p < 0,05$). En línea con lo anterior, diversas investigaciones realizadas con personas de edad mayor demuestran que los descensos que experimentan con la edad, el bienestar subjetivo y satisfacción vital o felicidad, son muy pequeños, o inexistentes; sin embargo, en la muestra las personas de mayor edad tienen menor entusiasmo que los adultos gerontológicos jóvenes.

Como señala González, aunque en épocas pasadas se veía a la juventud como un fuerte predictor del bienestar subjetivo, los hallazgos más recientes parecen no sostener dicha visión. Diversos estudios constatan que la satisfacción vital no decae con la edad e incluso que aquella, a menudo, suele incrementarse, experimenta ligeros incrementos entre los 20 y los 80 años. La mayor parte de los estudios realizados en la edad mayor demuestra que existe un descenso muy pequeño, o bien inexistente, en el bienestar subjetivo y la felicidad²².

La asociación positiva observada entre los ítems que miden la salud percibida con la satisfacción vital y sus dimensiones ($p < 0.05$), puede fundamentarse en que la salud constituye un estado global de bienestar y no simplemente de ausencia de enfermedades, de ahí su asociación con la satisfacción global, dimensiones entusiasmo y tono emocional. Se considera la salud percibida o subjetiva como una característica multidimensional del individuo, dado que cada persona valora su estado de salud en función de una serie de atributos que estima conjuntamente como pueden ser el dolor, el estado emocional, la fatiga, las capacidades visuales o auditivas, la movilidad, la capacidad de relacionarse socialmente, etc., y a partir de esta estimación, hace una valoración subjetiva de su estado de salud.

En el presente estudio los sujetos de estudio fueron adultos mayores con una enfermedad crónica, la hipertensión arterial, solamente el 15.4% de la muestra tuvo valores de presión arterial sistólica y diastólica catalogados como normales, más de dos terceras partes informó cefaleas y mareos (68.4% y 63.2%), y fueron las mujeres mayores quienes informaron mayor sintomatología que los varones; de otra parte más de la mitad de la muestra presentó valores del perfil lipídico como de riesgo límite y/o riesgo de otro lado, ($p < 0.05$).

Sin embargo, no se puede obviar la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas en mujeres en comparación con los hombres (Uribe y Molina, 2005)²³ causada por estilos de vida más polifuncionales en las mujeres que en los hombres, porque no sólo deben trabajar, sino también realizar las labores del hogar.

Cuando se analiza la satisfacción vital, según las manifestaciones clínicas que informaba el adulto mayor en el momento del estudio, se encontró que el adulto mayor que no informa cefaleas muestra mejor satisfacción vital en la dimensión entusiasmo ($p < 0,05$); así mismo, se encontró que los adultos mayores que reportaron mareos, presentaron peores puntuaciones en la satisfacción con la vida global y cuatro de sus dimensiones, a excepción de fortaleza.

Parece ser que la percepción que el adulto mayor con hipertensión arterial tiene de su satisfacción con la vida, trasciende la salud física y el proceso de padecer una enfermedad crónica, es decir que además de los factores anteriormente citados, la importancia que cada persona mayor le concede a ésta puede determinar y modificar el bienestar personal y la satisfacción vital. Por tanto las personas que se valoren como saludables, verán incrementada la posibilidad de llevar a cabo actividades gratificantes para ellos y harán una valoración positiva de su satisfacción personal con la vida. También es importante señalar que la satisfacción con la vida, constituye la valoración relacionada con la forma como los individuos evalúan su desempeño a lo largo de su vida a la luz de unas metas y logros personales y de valores sociales determinados, es decir es un atributo personal que valora más allá de la salud física. Estos aspectos actuarán como recursos que permitirán a las personas afrontar las dificultades diarias y cobrarán mayor importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes para la propia existencia, como la presencia de una enfermedad crónica.

Por otra parte, otros autores han descrito que existen una serie de variables externas relacionadas con la satisfacción vital como el nivel de satisfacción con el trabajo, la pareja, los ingresos, el lugar donde se vive, entre otros (Diener et al., 2004), aspectos que pueden estar incidiendo en la satisfacción vital de los adultos entrevistados.

Durante la vejez el adulto mayor tiene como tarea de desarrollo la Integridad del Yo vs. Desesperación, es la etapa en la que el adulto mayor mira la vida en retrospectiva, viéndola, ya sea como una experiencia significativa, productiva y feliz o como una decepción importante llena promesas sin cumplir y metas sin realizar. Las experiencias propias relacionadas a la enfermedad crónica, de hecho estarían influenciadas por esta tarea de desarrollo; al respecto Erikson describe que la experiencia es única para cada persona y el procesamiento que cada persona hace de sus experiencias se traduce en un resultado único para cada individuo, el adulto mayor reduce las responsabilidades que asumía durante la edad adulta y aprende una nueva relación entre él mismo y la sociedad, aprende el sentido final de lo que es la vida. Este proceso tiene lugar a través de lo que se conoce como revisión de vida, proceso en el que la persona mayor evalúa el pasado y separa los acontecimientos buenos de los malos²⁴.

Finalmente, los hallazgos muestran que los participantes de este estudio son personas que, en término medio, sienten bienestar personal, se hallan satisfechas con sus vidas, y que han desarrollado más afecto positivo que negativo. Asimismo, tienden a ser optimistas y a tener una alta autoestima. También sugiere que las personas que experimentan mayor bienestar personal, tienden a estar más satisfechas con sus vidas, a ser más felices y a desarrollar más afecto positivo y menos negativo. Por tanto, confirma lo descrito por algunos investigadores sobre envejecimiento con éxito, tener un buen estado de salud física y mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino de disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007)²⁵.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La edad promedio de la muestra fue de 72.1+ 7.3 años, 41.9% declara estado civil viudo especialmente las mujeres, las mismas que están en desventaja frente a los varones mayores quienes tienen mayor nivel de instrucción.
- Las mujeres mayores califican en mayor proporción a la salud percibida como regular “salud en general” (67.7%) y el ítem “en comparación con iguales” (66.7%); mientras que los varones son los que califican como buena a la “salud percibida en comparación a hace un año” (38.1%).
- Los varones mayores son quienes presentan valores normales de presión arterial sistólica y diastólica (38.1%), mientras que las mujeres muestran Estadio I (33.3) y Estadio II (40.6%), en el grupo de mujeres prevalece la cefalea y mareos, mientras que en los varones cefalea y fatiga ($p<0.05$). Más de la mitad de la población presenta valores catalogadas como Riesgo límite y/o riesgo en las cifras del perfil lipídico
- La puntuación promedio de la satisfacción con la vida fue de 18.8±7 puntos, siendo el grupo de 60 a 74 años y el sexo masculino quienes alcanzaron mejores puntuaciones que las mujeres (20.43 y 18.43 respectivamente; $p>0.05$).
- Las variables que muestran correlación negativa con la satisfacción vital fueron la edad en la dimensión entusiasmo y los valores más altos de LDL; mientras que la salud percibida en comparación con iguales, salud percibida en comparación a hace un año correlacionaron en forma positiva con la satisfacción vital ($p<0.05$).

De acuerdo a los hallazgos, se debe tener en cuenta que, a la hora de evaluar la salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, no sólo se deben priorizar los indicadores más propios de ésta, sino que también deben tenerse en cuenta indicadores de carácter psicológico, que están relacionados con la propia auto - percepción, como es el caso de la satisfacción vital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martina M. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Demanda de atención del adulto mayor por Problemas de salud 2006-2010. [Serial online] noviembre 2012 [citado 19 abril 2014]. Disponible en URL:<http://www.inei.gob.pe>
2. Meléndez J.C., Navarro E., Oliver A. y Tomás J.M. La satisfacción vital en los mayores Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, No. 95, Marzo 2009, 29-42.
3. Gutiérrez M., Galiana L., Tomás J., Sancho P. y Sanchís E. La predicción de la satisfacción con la vida en personas mayores de Angola: El efecto moderador del género *Psychosocial Intervention*. 2014, 23. 17-23.
4. Wood G. Regímenes de bienestar: problemáticas y fortalezas en la búsqueda de la satisfacción vital de las personas. Universidad del País Vasco. Cuadernos de Trabajo de Hegoa. Diciembre 2010. Número 53. Pp:11-14.
5. Moyano E. y Ramos N. Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum* [online]. 2007, vol.22, n.2 [cited 2014-03-24], pp. 177-193. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-23762007000200012&lng=en&nrm=iso. ISSN 0718-2376. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>.
6. Diener E., Scollon, C y Lucas R. The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*. 2004, 15, 187-219.
7. Carmona-Valdés SE. El bienestar personal en el envejecimiento. *Ibero Forum*. 2009;IV(7):48-65.
8. Kantún Marín, M. A., Moral de la Rubia, J., Gómez Meza, M. V., Salazar González, B. Validación del índice de satisfacción con la vida en la tercera edad. *Aquichan*. 2013)Vol. 13, No. 2, 148-158.
9. Mendoza MI, Revilla C, Feria A, Bernal JM, Barbero M, Parody T. La calidad de vida de las personas mayores en una zona de salud de Huelva. *Portularia*. 2004;4:199-208.

10. Arita, B. "Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar", *Psicología y Salud*, 15 (1), 121-126, 2005
11. García, M. "El bienestar subjetivo", *Escritos de Psicología*, 6, 18-39, 2002
12. Aranda IJ, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima, Perú. *UnivPsicol*.2006;5(3):475-485.
13. Vivaldi F. y Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Ter Psicol* [online]. 2012, vol.30, n.2 [citado 2014-03-25], pp. 23-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
14. Ranzijn, R. "The potential of older adults to enhance community quality of life: Link between positive psychology and productive aging". *Ageing internacional*, 2002, Vol. 27 n° 2, pp. 33-55.
15. Cuadra, H. y Florenzano, R. "El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva", *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. . 2003, Vol. 12 n° 1, pp. 83-96.
16. Villalba C. *Abuelas cuidadoras*. Editorial Altaban. España. 2005.
17. Zegers B.; Rojas-Barahona C. y Forster C. Validity and Reliability of the Neugarten, Havighurst & Tobin's Life Satisfaction index (LSI-A), in a Sample of Adults and Older Adults in Chile. *Ter Psicol* [online]. 2009, vol.27, n.1 [citado 2014-03-25], pp. 15-26 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100002>.
18. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjectivewell-being: Threedecades of progress. *PsychologicalBulletin*, 125, 276-302.
19. Londoño S. Aproximaciones a un modelo de desarrollo a partir de la satisfacción con la vida *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, N°11, 2008, pp. 13-28
20. Moyano, E. y Ramos, N . "Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en la población chilena de la Región del Maule". *Revista electrónica Universum*, . 2007, Vol. 22.

21. Organización Mundial de la Salud. (2001). Hombres, envejecimiento y salud. Recuperado noviembre noviembre 30, 2006, de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf>
22. Gonzalez V. Bienestar personal. y actividades en la edad adulta tardía. 2008. [Tesis Doctoral] Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.
23. Uribe, A. F., y Molina, M. (2005). Calidad de vida y enfermedad crónica en la tercera edad. En Rubio, R., Molina, J.M y Del Pino, M (Eds.). Avances y nuevas investigaciones en gerontología (pp.113-124). Granada: Editorial Universitario.
24. Satorres E. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. Universidad de Valencia. Programa de doctorado en psicogerontología. [tesis doctoral]. 2013
25. Almedom, A. M. y Glandon, D. (2007). Resiliencisnottheabsence of PTSD anymorethanhealthistheabsence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.