

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL
MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL
EJERCITO, SAN BORJA – 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

ALFREDO MUÑOZ LEON

JAMES SPENCER RENGIFO MARQUEZ

LUIS EDGARDO RODRIGUEZ PORTILLA

ASESORA:












DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ

**Callao, 2023
PERÚ**

Document Information

Analyzed document	informe para turnitin.docx (D172761842)
Submitted	8/12/2023 6:49:00 PM
Submitted by	
Submitter email	luisedgar.40@outlook.com
Similarity	18%
Analysis address	fcs.investigacion.unac@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://1library.co/document/zkwev1ez-estilos-pacientes-hipertension-arterial-atendidos-centro... Fetched: 6/8/2022 11:44:59 PM		10
SA	13 06.2023_DAGOBERTO MEJÍA_ENF_UNC.docx Document 13 06.2023__DAGOBERTO MEJÍA_ENF_UNC.docx (D170505848)		8
SA	Universidad Nacional del Callao / TESIS HIPERTENSION ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA ENVIAR.docx Document TESIS HIPERTENSION ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA ENVIAR.docx (D157042799) Submitted by: secretaria.academica@unac.edu.pe Receiver: fcs.posgrado.unac@analysis.arkund.com		16
W	URL: http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/178/T117_25718860_T%20%20T117_41054667_T... Fetched: 6/4/2022 9:59:38 PM		9
SA	Universidad Nacional del Callao / TRABAJO APLICATIVO SEGUNDA ESPECIALIDAD.docx Document TRABAJO APLICATIVO SEGUNDA ESPECIALIDAD.docx (D117497002) Submitted by: ZULLYMERAGALEAS@hotmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.arkund.com		2
W	URL: https://1library.co/document/zgg8wgnz-factores-riesgos-presencia-hipertension-arterial-pacient... Fetched: 2/28/2023 10:14:06 PM		2
SA	Universidad Nacional del Callao / TESIS GARAY KONJA GLADYS.docx Document TESIS GARAY KONJA GLADYS.docx (D110432053) Submitted by: gegarayk@unac.edu.pe Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.arkund.com		10
SA	Universidad Nacional del Callao / ROSARIO SONCO PINO TRABAJO ACADEMICO.docx Document ROSARIO SONCO PINO TRABAJO ACADEMICO.docx (D144101603) Submitted by: rsoncop@unac.edu.pe Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.arkund.com		5
SA	TESIS MOREIRA MOREIRA Y ROMERO JORGE.docx Document TESIS MOREIRA MOREIRA Y ROMERO JORGE.docx (D27980893)		3
SA	Universidad Nacional del Callao / REVISION 2 - FARFAN BARRERA MARILU ELIZABETH.docx Document REVISION 2 - FARFAN BARRERA MARILU ELIZABETH.docx (D146374941) Submitted by: mefarfanb@unac.edu.pe Receiver: fcs.investigacion.unac@analysis.arkund.com		3
SA	urgiles autocuidado.docx Document urgiles autocuidado.docx (D55834438)		4

INFORMACIÓN BÁSICA

Facultad

Ciencias de la Salud

Unidad de investigación

Pregrado

Título

“ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA - 2020”

Autores

- MUÑOZ LEÓN, Alfredo
- RENGIFO MÁRQUEZ, James Spencer
- RODRÍGUEZ PORTILLA, Luis Edgardo

Asesora

Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Lugar de ejecución

Lima – Perú

Unidad de análisis

Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército

Tipo / enfoque / diseño de investigación

Descriptivo / cuantitativo / correlacional

Tema OCDE

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • DRA NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTA |
| • MG BRAULEO PEDRO ESPINOZA FLORES | SECRETARIA |
| • MG CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | MIEMBRO |
| • MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE | SUPLENTE |

ASESORA: Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Nº de Libro: 02.

Nº de Folio: 27

Nº de Acta: N°027/2023

Fecha de Aprobación de la tesis:

27 DE OCTUBRE DE 2023

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 405-2023-D/FCS Bellavista - Callao, 24 de octubre de 2023.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE AUTENTICIDAD N° 293 -UI-FCS-2023

La Directora y el Comité Directivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao;

HACEN CONSTAR QUE:

Se ha procedido con la revisión de Tesis

ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA - 2020

presentado por: MUÑOZ LEON ALFREDO
RENGIFO MARQUEZ JAMES SPENCER
RODRIGUEZ PORTILLA LUIS EDGARDO

para la obtención del: **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Al realizar la revisión de la autenticidad mediante el URKUND, se obtuvo un resultado del **18%**, lo cual no supera el máximo establecido en la Directiva N° 013-2019-R "Directiva que Regula y Norma el Uso del Software para la Identificación de la Autenticidad de Documentos Académicos en la Universidad Nacional del Callao", aprobado con Res. N° 704-2019-R del 05 de Julio de 2019.

Se expide la presente constancia, a fin de continuar con el trámite correspondiente.

Bellavista, 18 de agosto de 2023

 **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Unidad de Investigación

Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía
DIRECTORA

Recibo: 784.465.554.6692
Fecha : 4/8/2023

4971311014
4/8/2023

784.465.555.8491
4/8/2023

Misión FCS UNAC

"Formar profesionales competentes en lo científico, cultural y humanístico, desarrollando investigación científica, extensión y responsabilidad social universitaria; contribuyendo al desarrollo sostenible a nivel regional y nacional"

DEDICATORIA

A Dios por haber permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres Secundino y Francisca por poner en mí toda su fe, confianza los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me han influenciado siempre por el valor mostrado para salir adelante.

A mi esposa Pamela y mi hija Mariale por su Amor y apoyo, por estar presente en cada momento. Por darme sus positivos consejos. Infinitas gracias por darme una carrera para mi futuro, son mi soporte juntos por siempre.

A la Universidad Nacional del Callao (UNAC) por permitirme lograr dar un paso más hacia el éxito. Por convertirme en una profesional competitiva llena de conocimientos y expectativas.

Muñoz León

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta. A Dalila, mi esposa, por no soltar mi mano en todo este camino, a la persona más luchadora y fuerte que puedo conocer. En memoria de mis padres y hermanos, quienes me impulsaron a ser mejor buena persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño, todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio. Con mucho a mi esposa Dalila y mis hijos Jhon y Daniel, para que cada una de mis metas alcanzadas les quede como ejemplo.

Rengifo Márquez

Dedico esta tesis en memoria de mis padres María Portilla y Máximo Rodríguez, y a mi esposa Mary Elizabeth e hijos, Luis David, Brandon Steve y Víctor Gabriel, quienes me inspiraron para la conclusión de esta tesis, en estilo de vida y hipertensión arterial del personal militar del cuartel general del ejército. A mis compañeros de trabajo y estudios, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos desde el fondo de mi corazón hago esta dedicatoria.

Rodríguez Portilla

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradezco a mi universidad por haberme permitido formarme y ser parte de ella, gracias a todos los profesores que fortalecieron mis conocimientos y me brindaron todo su apoyo en este proceso, fueron ustedes los responsables que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por la universidad. Gracias a mis padres, mi esposa e hija que fueron mis mayores promotores durante este proceso, gracias a Dios, que fue mi principal apoyo, motivo y permitirme tener y gozar a mis seres queridos y ver que la vida es más hermosa y justa.

Muñoz León

Agradezco a mi alma mater la universidad nacional del callao por formar en mí un profesional competente con valores y principios para ser una mejor persona en el ámbito académico como laboral. No obstante, este esfuerzo también se vio reflejado a mis queridos docentes que a lo largo de mis estudios aportaron con sus conocimientos invaluable, sugerencias y apoyos, y sobre todo por su gran paciencia para lograr que se lleve a cabo este propósito. De igual manera a nuestra asesora de tesis, Dra. Vanessa Mancha Álvarez quien nos brindó su apoyo incondicional durante todo el progreso de la investigación. Mi agradecimiento a dios por darme las fuerzas, los ánimos para cumplir con el objetivo propuesto desde mis inicios en mi etapa universitaria hasta el final superando los obstáculos que a lo largo se presentaron.

Rengifo Márquez

Agradezco a la universidad nacional del callao por formarme profesional y muy competente con valores y principios, agradezco a mi tutora y asesora la Dra. Vanessa manchas, por ayudarme y ser una de las personas que confió en mí para poder concluir esta etapa de mi vida. En memoria a mis señores padres, maría y máximo, a mi esposa e hijos, quienes han sido mi apoyo en todo momento y han confiado creído en mí. mi agradecimiento a dios por darme las fortalezas y guiarme, para continuar y cumplir con el objetivo anhelado, superando todos los obstáculos que a lo largo se presentaron.

Rodríguez Portilla

ÍNDICE

INFORMACIÓN BÁSICA	iii
Facultad	iii
Unidad de investigación.....	iii
Título.....	iii
Autores	iii
Asesora.....	iii
Lugar de ejecución.....	iii
Unidad de análisis.....	iii
Tipo / enfoque / diseño de investigación.....	iii
Tema OCDE	iii
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la realidad problemática	4
1.2 Formulación del problema.....	7
1.3 Objetivos	8
1.4 Justificación	8

1.5	Delimitantes de la investigación.....	9
II.	MARCO TEÓRICO.....	10
2.1	Antecedentes.....	10
2.1.1	Antecedentes internacionales.....	10
2.1.2	Antecedentes nacionales.....	12
2.2	Bases teóricas.....	14
2.2.1.	Teoría de Nola Pender.....	14
2.2.2.	Teoría relacionada a la hipertensión arterial.....	18
2.3	Marco Conceptual.....	23
2.3.1.	Estilo de vida.....	23
2.3.2.	Hipertensión arterial.....	29
2.4	Definición de términos básicos.....	33
III.	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	37
3.1	Hipótesis.....	37
3.2	Definición conceptual de variables.....	37
3.2.1.	Operacionalización de variable.....	39
IV.	METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	41
4.1	Diseño metodológico.....	41
4.2	Método de investigación.....	41
4.3	Población y muestra.....	41
4.4	Lugar de estudio.....	43
4.5	Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	43
4.6	Análisis y procesamiento de datos.....	44
4.7	Aspectos éticos en investigación.....	45
V.	RESULTADOS.....	46
5.1	Resultados descriptivos.....	46

5.2	Resultados inferenciales	58
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
6.1	Contrastación de la hipótesis	62
6.2	Contrastación de los resultados con estudios similares	67
6.3	Responsabilidad ética	69
VII.	CONCLUSIONES.....	70
VIII.	RECOMENDACIONES	72
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
X.	ANEXOS.....	81
	Anexo N° 1: Matriz de consistencia	82
	Anexo N° 2: Instrumentos	83
	Anexo N° 3: Matriz de datos	86
	Anexo N° 4: Aprobación del proyecto de tesis	98
	Anexo N° 5: Validación por juicio de expertos	99
	Anexo N° 6: Kuder – Richardson	100
	Anexo N° 7: Alfa de Cronbach	101
	Anexo N° 8: Tablas y figuras de la investigación	102
	Anexo N° 9: Fotos.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 1	EDAD DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020 ..	46
Tabla 5.1 2	SEXO DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020.....	47
Tabla 5.1 3	ESTADO CIVIL DEL PACIENTE DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	48
Tabla 5.1 4	LUGAR DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	49
Tabla 5.1 5	GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	50
Tabla 5.1 6	ESTILOS DE VIDA DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	51
Tabla 5.1 7	HIPERTENSION ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	52
Tabla 5.1 8	HABITOS ALIMENTICIOS DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	53
Tabla 5.1 9	ACTIVIDAD FISICA DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	54
Tabla 5.1 10	HABITOS NOCIVOS DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	55

Tabla 5.1 11	PRESIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	56
Tabla 5.1 12	CLASIFICACIÓN IMC DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020	57
Tabla 5.2 1	EL ESTILO DE VIDA Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL EJÉRCITO, SAN BORJA – 2020	58
Tabla 5.2 2	HÁBITOS ALIMENTICIOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES DEL PERSONAL MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL EJÉRCITO, SAN BORJA 2020.....	59
Tabla 5.2 3	ENTRE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES DEL PERSONAL MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL EJÉRCITO, SAN BORJA 2020	60
Tabla 5.2 4	HÁBITOS NOCIVOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES DEL PERSONAL MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL EJÉRCITO, SAN BORJA 202	61
Tabla 6.1 1	CORRELACIÓN DE ESTILOS DE VIDA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	62
Tabla 6.1 2	CORRELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTICIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	64
Tabla 6.1 3	CORRELACIÓN ENTRE ACTIVIDADES FÍSICAS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	65
Tabla 6.1 4	CORRELACIÓN ENTRE HÁBITOS NOCIVOS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	66
Tabla 1:	¿Con qué frecuencia usted come rápido?	108
Tabla 2:	¿Con qué frecuencia usted consume frutas y verduras?	109
Tabla 3:	¿Con qué frecuencia usted bebe agua fuera de las comidas?..	110

Tabla 4:	¿Con qué frecuencia usted come entre comidas?	111
Tabla 5:	¿Con qué frecuencia usted de los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) consume?	112
Tabla 6:	¿Con qué frecuencia usted realiza caminatas en forma diaria?	113
Tabla 7:	¿Con qué frecuencia usted duerme un número de horas adecuado a sus necesidades?	114
Tabla 8:	¿Con qué frecuencia usted hace ejercicios físicos?	115
Tabla 9:	¿Con qué frecuencia usted ve televisión o videos?	116
Tabla 10:	¿Con qué frecuencia usted camina por lo menos dos horas al día?	117
Tabla 11:	¿Usted consume alcohol?	118
Tabla 12:	¿Con qué frecuencia usted consume bebidas alcohólicas?	119
Tabla 13:	¿Cuántos vasos de alcohol consume usted a la semana?	120
Tabla 14:	¿Desde qué edad usted consume alcohol?	121
Tabla 15:	¿Usted fuma?	122
Tabla 16:	¿Con qué frecuencia fuma?	123
Tabla 17:	¿Cuánto cigarrillos fuma usted a la semana?	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Edad del paciente	102
Figura 2:	Sexo del paciente	102
Figura 3:	Estado civil del paciente	103
Figura 4:	Lugar de nacimiento del paciente.....	103
Figura 5:	Grado de instrucción	104
Figura 6:	Estilos de vida	104
Figura 7:	Hipertensión arterial	105
Figura 8:	Hábitos alimenticios.....	105
Figura 9:	Actividad física.....	106
Figura 10:	Hábitos nocivos.....	106
Figura 11:	Presión arterial.....	107
Figura 12:	Clasificación de IMC	107
Figura 13:	¿Con qué frecuencia usted come rápido?	108
Figura 14:	¿Con qué frecuencia usted consume frutas y verduras	109
Figura 15:	¿Con qué frecuencia usted bebe agua fuera de las comidas?.....	110
Figura 16:	¿Con qué frecuencia usted come entre comidas?	111
Figura 17:	¿Con qué frecuencia usted de los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) consume?	112
Figura 18:	¿Con qué frecuencia usted realiza caminatas en forma diaria?	113
Figura 19:	¿Con qué frecuencia usted duerme un número de horas adecuado a sus necesidades?.....	114
Figura 20:	¿Con qué frecuencia usted hace ejercicios físicos?	115
Figura 21:	¿Con qué frecuencia usted ve televisión o videos?	116
Figura 22:	¿Con qué frecuencia usted camina por lo menos dos horas al día?	117
Figura 23:	¿Usted consume alcohol?.....	118
Figura 24:	¿Con qué frecuencia usted consume bebidas alcohólicas?	119
Figura 25:	¿Cuántos vasos de alcohol consume usted a la semana?	120

Figura 26:	¿Desde qué edad usted consume alcohol?	121
Figura 27:	¿Usted fuma?	122
Figura 28:	¿Con qué frecuencia fuma?.....	123
Figura 29:	¿Cuántos cigarrillos fuma usted a la semana?	124

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre estilos de vida con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020". De tipo descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal y correlacional, enfoque cuantitativo, y de tiempo retrospectivo, la muestra fue de 136 usuarios atendidos en el Policlínico Militar del Cuartel General del Ejército del Perú, siendo la técnica para recopilar datos la encuesta y la documental teniendo como instrumento de éste último las notas de enfermería del triaje de los pacientes seleccionados. En los resultados se mostró que el 51.5% tiene entre 45 a 50 años de edad, el 89% fueron hombres, el 80.1% es casado, 43.4% provienen de la sierra, 69.1% posee estudios técnicos superiores, 51.5% casi siempre lleva un estilo de vida saludable, 43.4% no sufre de hipertensión arterial, 30.9% tiene HTA Alta y el 25.7% tiene HTA leve, 72.1% tiene buenos hábitos alimenticios frecuentemente, 52.9% casi nunca hace actividad física, 86% casi nunca realizan hábitos nocivos como fumar o tomar alcohol, el 43.4% tiene presión normal de bajo riesgo, sin embargo el 51.5% tiene sobrepeso. Se concluyó que existe un grado de correlación moderada entre las variables de estudio, aceptando la hipótesis general "El inadecuado estilo de vida se relaciona de manera directa y significativa con la presencia de la hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja – 2020".

Palabras clave: Estilo de vida, hipertensión arterial, hábitos alimenticios, actividad física, hábitos nocivos

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the relationship between lifestyles with arterial hypertension in the patients of the Military personnel of the Military Medical Center of the Army General Headquarters, San Borja 2020". Of a descriptive type, non-experimental, cross-sectional and correlational design, quantitative approach, and retrospective time, the sample was 136 users treated at the Military Polyclinic of the General Headquarters of the Army of Peru, the technique for collecting data being the survey and the documentary having as an instrument of the latter the nursing notes of the triage of the selected patients. The results showed that 51.5% are between 45 and 50 years old, 89% were men, 80.1% are married, 43.4% come from the mountains, 69.1% have higher technical studies, 51.5% almost always wear a healthy lifestyle, 43.4% do not suffer from arterial hypertension, 30.9% have High AHT and 25.7% have mild AHT, 72.1% frequently have good eating habits, 52.9% almost never do physical activity, 86% almost never do harmful habits such as smoking or drinking alcohol, 43.4% have normal low-risk blood pressure, however 51.5% are overweight. It was concluded that there is a moderate degree of correlation between the study variables, accepting the general hypothesis "The inadequate lifestyle is directly and significantly related to the presence of arterial hypertension of the Military personnel of the Military Medical Center of the General Headquarters of the Army, San Borja – 2020".

Keywords: Lifestyle, arterial hypertension, eating habits, physical activity, harmful habits

INTRODUCCIÓN

La presente de tesis trabajo la relación existente entre los estilos de vida del personal Militar del Centro Médico del Cuartel General del Ejército con la hipertensión arterial.

El estilo de vida que desarrolla la persona, va 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 son la obesidad y la diabetes mellitus entre otras. El adoptar hábitos saludables es fundamental para que las personas no desarrollen enfermedades cardiovasculares o diabetes.

El Eighth Joint National Committee (JNC 8) establece que se debe mantener una presión arterial sistólica menor de 140 mm Hg y una tensión diastólica menor de 90 mm Hg. Epidemiológicamente esta patología presenta una tendencia a un aumento en la prevalencia a nivel mundial, esto, debido al aumento en la población en edades mayores y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento humano que desencadenan en situaciones de obesidad, sobrepeso, exposición a alcohol y malos hábitos alimenticios, entre otros (1) (2).

La American Heart Association (AHA) en el año 2017, en su Guía expone que “la presión arterial alta se define ahora como lecturas de 130 mm Hg y superiores para la medición de la presión arterial sistólica o lecturas de 80 y superiores para la medición diastólica. Esto es un cambio de la antigua definición de 140/90 y superior que refleja las complicaciones que pueden producirse en esos números más bajos” (3) por lo que debe evaluarse esta nueva definición y su aplicabilidad en la práctica clínica.

El panorama descrito motiva la realización de estudios de investigación como el presente, donde se espera conocer la relación que existe entre los estilos de vida y la hipertensión arterial. El conocimiento generado servirá para conocer mejor la problemática local y ello se constituya en base para generar estrategias de control. Se elige esta población porque presenta problemas de hipertensión arterial y este Centro de Salud se ha mostrado dispuesto a desarrollar estrategias para mejorar el estilo de vida del personal y disminuir los riesgos que una hipertensión arterial conlleva. El presente proyecto de tesis se divide en los siguientes capítulos:

Planteamiento del problema.- donde se verá la descripción de la realidad problemática, formulación de problema, objetivos, justificación de la investigación y delimitantes del estudio.

Marco teórico.- Donde se verán los antecedentes del estudio, bases teóricas, bases conceptuales y la definición de términos.

Hipótesis y variables.- En donde se muestra las hipótesis del proyecto, las variables de estudio y sus correspondientes dimensiones.

Metodología.- Aquí se verá el diseño de investigación que se usará, la población y muestra del estudio, la técnica e instrumento para la recolección de datos y el análisis de datos.

Resultados.- Aquí se ven las tablas y figuras con sus correspondientes interpretaciones además de la contrastación de las hipótesis

Discusión de resultados. - Se ven las similitudes o diferencias existentes entre los resultados del estudio con los de los antecedentes planteados.

Conclusiones y recomendaciones de la investigación. - de acuerdo a los resultados, objetivos e hipótesis de la investigación.

Referencias.- En donde se ve la bibliografía utilizada

Anexos.- Donde se mostrará la matriz de consistencia, el instrumento a utilizar, matriz de datos y otros que se crean convenientes.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los estilos de vida poco saludables son comportamientos de riesgo para la salud. Los hábitos saludables se refieren al modo de vida de una persona o grupo de individuos en el que intervienen particularidades individuales, patrones de conductas personales que incluye el estado de vida o de salud de manera general y los aspectos socioculturales (4)

La Organización Mundial de la Salud define a los estilos de vida como: Un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social, las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona.

Estudios realizados en la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que entre 10% y 30% de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial y previó que afectará al 25% de toda la población para el año 2025, se estima además que, entre el 50% y 60% de la población, tendría una mejor calidad de vida si redujera sus cifras tensionales no solo con la administración de medicamentos hipertensivos orales, sino también tienen que estar complementados con un estilo de vida saludable y por medio de la educación repetitiva de los pacientes lograremos cambios importantes en la salud. (5)

Se estima que en América Latina y el Caribe, alrededor del 80% de las personas con hipertensión no tienen un control adecuado de su presión arterial. Según el Estudio Epidemiológico Prospectivo Urbano Rural sobre hipertensión (PURE, por sus siglas en inglés) en Argentina, Brasil y Chile, de forma combinada, sólo el 57% de los hipertensos conoce su condición, únicamente el 53% de ellos está bajo tratamiento y sólo el 30% de los tratados tiene su presión arterial controlada. Sin embargo, el porcentaje con su presión

controlada cae al 19% si se tiene en cuenta a los hipertensos independiente de su condición de tratado y del conocimiento de su condición. (6)

En el Perú según la encuesta ENDES 2015, la prevalencia de las personas con hipertensión arterial elevado al momento de la toma es 12.3%, pero aproximadamente es más de 18% de la población con hipertensión, esto significa que aproximadamente solo el 25% de los hipertensos están controlando su presión arterial y el 75% restantes tienen riesgo inminente de sufrir daños cardiovasculares, cerebrales, renales y también pueden ver atacados otros órganos. (7)

La hipertensión arterial se encuentra entre las principales causas de demanda de servicios de salud de la población adulta e inclusive ocupando uno de los primeros lugares como causa de mortalidad. En el Perú según el Ministerio de Salud (MINSa), la hipertensión arterial se encuentra en el 14º lugar de causas de mortalidad, con un 2.3% del total de muertes en el 2000. Se calcula que existen un millón y medio de hipertensos de los cuales sólo 9% están diagnosticados y de estos pocos reciben el tratamiento adecuado. La hipertensión arterial es el resultado de un proceso multifactorial que la persona al conocerlo puede modificarlo o corregirlo en forma positiva y esas acciones se van asociando significativamente para prevenir que la enfermedad aparezca. Ello implica que la prevención mediante la educación y la modificación de los estilos de vida del paciente sigan siendo un desafío para el personal de enfermería. (8)

El predominio de estilos de vida poco saludable se presenta debido a que se encuentran en una etapa en la que se abandonan ciertos hábitos sanos; está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo como el tabaquismo, dieta poco saludable, conducta sedentaria o excesivo consumo de alcohol, son factores de riesgo que pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbimortalidad (9). Las principales causas de muerte provienen de estilos de vida y conductas poco saludables que conllevan a presentar

enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Los factores de riesgo relacionados con el comportamiento, aumentan la prevalencia de estas enfermedades (10). Los factores de riesgo asociados a estilos de vida poco saludables, traen como consecuencia la obesidad, la hipertensión arterial, las dislipidemias y la hiperglucemia (11).

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo principales para el inicio y la progresión de enfermedad coronaria. Se ha estimado que el riesgo relativo de desarrollar infarto agudo de miocardio, cuando existe hipertensión sin otros factores de riesgo cardiovascular es un 59 % mayor. Si se tiene en cuenta la magnitud de la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) en todo el mundo, representa un problema evidente de salud pública. (12)

La alta prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en la población de personal militar que laboran en el Cuartel General del Ejército, especialmente la población de adulto medio (35-60 años), es un problema de salud a nivel de la institución ya que dicho personal; suele pasar un examen de control médico obligatorio anual y en el control de la presión arterial es detectada la elevación de este valor.

Las causas por las que probablemente el personal militar padezca de hipertensión arterial son:

- El personal militar no cumple con las dietas establecidas, en el comedor Central del Cuartel General del Ejército.
- Existe personal que no asiste al entrenamiento físico.
- Consume muchas bebidas energizantes, gaseosas, sporay entre otras después del entrenamiento físico.
- Los entrenamientos físicos son lunes, miércoles y viernes, deporte libre.
- Terminando el entrenamiento físico deporte libre el personal militar consume bebidas, alcohólicas gaseosas, ceviche, arroz con mariscos, parrillas que son los viernes en la tarde.

- El personal no cumple con su respectivo descanso, cumple servicio las 24 horas 2 veces por semana.
- Existe personal que consume cigarro cuando están de servicio, y mandan a pedir pollo a la brasa, consumen café para poder estar despierto en su servicio.
- Existe datos que personal militar a fallecido dando examen de esfuerzo físico en el Cuartel General del Ejército.
- Al realizar la pesada mensual, talla, presión arterial, hay personal que no se presenta a los dichos exámenes porque están excedido de peso. IMC
- El personal militar trabaja en oficina administrativas, casi no se presenta a los entrenamientos físico.

Es por todo esto que consideramos que la presente investigación es de gran importancia para la población de estudio, ya que permito determinar los **estilos de vida e hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico del Cuartel General del Ejército, San Borja - 2020.**

1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020?

Problemas específicos

- ¿Cómo se relacionan los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial de los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020?
- ¿Cómo se relacionan las actividades físicas con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020?

- ¿Cómo se relacionan los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre estilos de vida con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020.

Objetivos específicos

- Establecer la relación de los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020
- Establecer la relación de las actividades físicas con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020
- Establecer la relación entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020

1.4 Justificación

La alta prevalencia e incidencia de hipertensión arterial, especialmente en la población militar adulto medio (35-60 años), es un problema de salud a nivel mundial. En Perú, esta patología se encuentra entre las diez principales causas de morbi-mortalidad, por lo tanto, el personal militar que labora el Cuartel General, así como todo el personal del Ejército Peruano a nivel nacional, no son ajenos a esta enfermedad.

Como futuros profesionales de la salud, existe interés en el tema de investigación antes mencionado, considerando que representa un problema de salud pública evitable, si se trabaja de manera multisectorial en promoción de

la salud y prevención de la enfermedad además de brindar a la población Militar del Cuartel General del Ejército un cuidado de calidad mejorando sus estilos de vida para prevenir la hipertensión arterial, así como fortalecer la imagen del profesional de enfermería promoviendo los estilos de vida saludables para prevenir la hipertensión arterial, asimismo presentar información relevante a los encargados del área de salud de la Institución para la planificación de programas de sensibilización y prevención de estilos de vida e hipertensión arterial, aportando instrumentos metodológicos para la recolección de datos en investigación, validados. (13)

1.5 Delimitantes de la investigación

1.5.1 Teórica: Las variables de estudio son estilos de vida como independiente e hipertensión arterial como dependiente, de ellas se dará la definición conceptual, así como de sus respectivas dimensiones sustentadas por autores de diversas investigaciones, artículos científicos, libros, entre otros.

1.5.2 Temporal: El período de la investigación fue el año 2020.

1.5.3 Espacial: El lugar de la investigación fue el Centro Médico del Cuartel general del Ejército ubicado en San Borja

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

BARAHONA, DUQUE Y RIVERA, COLOMBIA – 2022, realizaron la tesis titulada “Hipertensión arterial en las personas mayores y los estilos de vida saludables”, siendo su objetivo analizar la literatura científica existente respecto a la hipertensión arterial en las personas mayores y los estilos de vida saludables. Estudio de tipo monográfico descriptivo, diseño no experimental de corte transversal, la técnica fue la búsqueda sistemática bibliográfica, se exploraron web grafías y fuentes científicas en salud: Scielo, Repositorio, Minsalud, Bitstream y Google académico entre otras. En el estudio monográfico se evidencio que la hipertensión arterial (HTA) tiene relación con los estilos de vida saludables, pero también se pudo probar que la hipertensión arterial tiene relación con los factores de riesgos no modificables, por lo que se concluyó que los estilos de vida saludables y la hipertensión arterial tienen en gran medida una relación, puesto que se evidencia que las personas que adoptan hábitos no saludables para su vida, tienden a experimentar alteraciones en la presión arterial, desencadenando complicaciones. Al conservar los hábitos de vida saludables a lo largo del ciclo vital, disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y la muerte prematura, lo cual contribuye al mejoramiento de las facultades físicas, mentales y preservando las funciones cognitivas, también reduce la dependencia y revierte la fragilidad del adulto mayor. (14)

CAJACHAGUA, VARGAS, INGLES Y CHÁVEZ, VENEZUELA 2021, realizaron el estudio titulado “Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos”, siendo el objetivo determinar la asociación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Estudio analítico transversal, conformado por 250 pacientes hipertensos, 150 pertenecientes al Centro de Salud La Era-Lima, Perú y 100 al Programa de “Salud Cardiovascular” de San Miguel-Arica, Chile, elegidos

mediante muestreo no probabilístico y por conveniencia. Para la recolección de datos se empleó el cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) y la escala de Morisky-Green previamente validados. Para el análisis multivariado se utilizó la regresión de varianza robusta de Poisson. El 58,8% de los pacientes hipertensos practicaron un inadecuado estilo de vida y el 58,4% no fueron adherentes al tratamiento. Al análisis multivariado, una adecuada práctica de los estilos de vida en las dimensiones: nutrición (RPa=1,56; IC 95%=1,14-2,14), relaciones interpersonales (RPa=1,58; IC 95%=1,05-2,36) y responsabilidad en salud (RPa=1,54; IC 95%=1,02-2,30) se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Conclusiones: Tener una nutrición, relaciones interpersonales y responsabilidad con la salud adecuadas se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo. (15)

SUAREZ, NAVARRO, CARABALLO, LÓPEZ Y RECALDE, COLOMBIA 2020, realizaron el estudio titulado “Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular en estudiantes ciencias de la salud”, el objetivo fue determinar los estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular en Estudiantes de Ciencias de Salud. Estudio de tipo descriptivo transversal, población de 3070 estudiantes, el muestreo probabilístico estratificado por afijación proporcional con 294 estudiantes, se recolectó la información por medio de encuesta estructurada, se tomaron medidas antropométricas como talla, peso y circunferencia abdominal. En conclusión, la mayoría de estudiantes de las ciencias de la salud de la universidad de Barranquilla presentan estilos de vida que son factores de riesgo enfermedades cardiovasculares. (16)

BARZALLO, EN ECUADOR EL 2018, realizó la tesis titulada “Estilo de vida en pacientes hipertensos del hospital José Carrasco Arteaga marzo a julio de 2017”, siendo el objetivo determinar los estilos de vida y caracterizar esta población mediante variables demográficas y el tiempo de evolución; además de relacionar las variables estilos de vida con tiempo de diagnóstico. Se realizó un estudio transversal con 228 pacientes que reciben atención en el hospital

José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. En esta población se determinaron los estilos de vida, mediante el cuestionario FANTASTIC, además se recolectaron datos demográficos, así como el tiempo de diagnóstico. La mediana de edad de la población fue de 62 años y el nivel de estilos de vida encontrado fue: bajo 8,8%; regular 12,3%; bueno 54,8% y excelente 24,1%; sin encontrar relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad ($p=0,230$). Concluyendo que los pacientes hipertensos requieren intervenciones adecuadas para aumentar la frecuencia de estilos de vida saludables, disminuyendo de esta manera, las complicaciones y mortalidad. (17)

2.1.2 Antecedentes nacionales

DÍAZ, LIMA – PERÚ, 2019, realizó la tesis “Estilos de vida y cuidados preventivos en la hipertensión arterial del adulto mayor, Centro de Salud Carlos Protzel, 2018”, siendo el objetivo determinar la relación que existe entre los estilos de vida y los cuidados preventivos en la hipertensión arterial del adulto mayor, Centro de Salud Carlos Protzel, 2018. Investigación de tipo descriptiva y cuantitativa, de diseño correlacional. La población fue 185 pacientes y la muestra 125. Como instrumento se utilizó el cuestionario, evaluado por juicio de expertos, y con una confiabilidad del Alfa de Crombach del 0,878 y 0,861. En los resultados el 28.00% presentó un buen estilo de vida, el 48.00% uno regular y el 24.00% uno malo, Asimismo el 26.40% presentan buenos cuidados preventivos de la hipertensión arterial, el 48.80% regulares y el 24.80% malos. Se concluyó que existe una relación significativa entre los estilos de vida y los cuidados preventivos en la hipertensión arterial. Se recomendó a los profesionales de enfermería del Centro Salud Carlos Protzel, desarrollar talleres donde se proporcione información clave a los pacientes en la prevención de la hipertensión arterial, tratando de concientizar la importancia de mejorar sus estilos de vida en relación a su salud y a posibles complicaciones como la hipertensión arterial que puedan provocar su deceso. (18)

ORTEGA, ORELLANA, TRIGOS Y RAMÍREZ, HUANCAYO – PERÚ 2018, realizaron el estudio “Estilos de vida e hipertensión arterial en docentes de la Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo – 2018”, siendo el objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y la hipertensión en docentes universitarios de la Universidad Nacional del Centro del Perú (Huancayo) el 2018; con este fin, se realizó un estudio trasversal correlacional considerando una población de 644 docentes de donde se eligió una muestra de 61 docentes que presentaban pre hipertensión o hipertensión. Entre los resultados se destaca que el 18 % llevan un peligroso estilo de vida y el 31.1 % de los docentes tienen hipertensión arterial alta; asimismo, se encontró que existe una relación inversa entre el estilo de vida en general y la hipertensión arterial (coeficiente de correlación de Spearman - 0.285 y p value 0.026); esto indica que la mejora del estilo de vida en general reduce la prevalencia de hipertensión arterial en los docentes. (19)

LIC. CHINCHAYAN ANGULO, ALEXANDRA DEL ROCÍO LIC. RODAS CCOPA, NEIVHA LIC. VON BANCELS ANGULO, BONNIE. 2018 LIMA-PERÚ, “Estilos de vida no saludables y grados de hipertensión arterial en pacientes adultos maduros. Perú 2018”. Su objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida no saludables y los grados de hipertensión arterial en pacientes adultos maduros que acuden a los consultorios externos de cardiología en la Clínica Jesús del Norte. Diseño Metodológico: Estudio cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes adultos maduros (45 a 60 años) de ambos sexos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Un 52.5% de la población que no realiza actividad física presento hipertensión estadio I, un 38.1% que no realiza actividad física presenta pre hipertensión, un 62.4% que consume alimentos con grasa en su dieta diaria presento hipertensión estadio I y un 31.2% que consume alimentos con grasa en su dieta presenta el grado de pre hipertensión, un 50.6% de la población que consume alcohol como habito nocivo presento pre hipertensión y un 44.9% que consume alcohol presenta hipertensión estadio I, un 47.4% que tuvo el hábito nocivo de fumar presento

hipertensión estadio I y un 40.8% que fuma presenta pre hipertensión. En conclusión se confirmó que los estilos de vida no saludables se relacionan con los grados de hipertensión arterial. (20)

SANDOVAL y ROJAS, EN TARAPOTO, PERÚ – 2018, realizaron la tesis titulada “Relación entre hipertensión arterial y estilos de vida de los adultos atendidos en el centro de salud nueve de abril. enero – junio 2017”, Tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre hipertensión arterial y estilos de vida de los adultos atendidos en el centro de salud nueve de abril. Enero – junio 2017. Estudio fue de tipo descriptivo correlacional, cuantitativo con recolección de datos retrospectivo. La muestra fue de 53 adultos atendidos en el Centro de Salud Nueve de Abril que presentaron hipertensión arterial, a los que se les aplico un cuestionario tipo Likert; se creó una base de datos en Excel para luego ser exportado al paquete estadístico SPSS versión 24, de donde se generó tablas y gráficos de frecuencia según escala de clasificación. La muestra se caracterizó por estar comprendido en la edad de 41 - 51 con el 28,3 %; estado civil casado 50,9 %, procedentes de zona urbana 60,4 %, con grado de instrucción secundaria 50,9 %; de los cuales el 56,6 % presenta Hipertensión Grado 1. El 64,2 % refieren tener un estilo de vida poco saludable. Al correlacionar las variables; el nivel de Estilo vida poco saludable se relaciona con una hipertensión grado 1 con 39,6%. Cuando existe una vida poco saludable en los adultos atendidos en el Centro de Salud Nueve de Abril; este se relaciona con un nivel de hipertensión grado 1, con un p valor menos de 0,05. (21)

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Teoría de Nola Pender

Según Nola Pender, la enfermera constituye el principal agente encargada de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal de manera responsable y modifiquen conductas en los estilos de vida, también este modelo desarrolla instrumentos teóricos para intervenir en los comportamientos y estilos de vida de las personas sanas y enfermeras identificando prácticas en

salud, relacionados con temas de nutrición saludables, actividad física, además evalúa la influencia de los mismos sobre prácticas saludables dentro de la vida diaria (22).

En la Teoría Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud” se identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación. La era moderna ha traído consigo cambios en los estilos de vida de la población mundial favorecidos por los medios publicitarios, la tecnología, el ambiente laboral, el estrés, las migraciones y la transculturación, entre otros. Estos elementos van generando la lenta pérdida de hábitos relacionados con estilos de vida saludables por otros, que ofrecen pocos beneficios a la salud individual y colectiva. Lo descrito hasta ahora, demuestra la importancia que tienen los estilos de vida en la aparición de enfermedades crónicas que bien pudieron ser prevenidas con el solo hecho de asumir conductas sanas como la reducción de la ingesta de alcohol, la buena alimentación, el ejercicio, el rechazo al tabaco. (23)

Modelo de promoción de la salud

Las bases que Nola Pender poseía en enfermería, desarrollo humano, psicología experimental y educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermera y el aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de Promoción de la Salud.

El modelo de promoción de la salud es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud. De modo distinto ocurre en los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería.

Este modelo identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales y son entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud. Esto las lleva o induce a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

El modelo tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud.

Además sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Hoy en día esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores, ya que se cree que influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

En definitiva, el modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. (24)

Los metaparadigmas

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio. La responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (25)

Principales supuestos de la teoría

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta. (26)

Definiciones y conceptos principales

Conducta previa relacionada: frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

Factores personales: son factores predictivos de cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

- Factores personales biológicos: Edad, Sexo, Estado de menopausia, Capacidad aeróbica, Fuerza, Agilidad, Equilibrio
- Factores personales psicológicos: Autoestima, Automotivación, Competencia personal, Estado de salud percibido, Definición de salud
- Factores personales socioculturales: Raza Etnia, Formación Estado socioeconómico. (27)

2.2.2. Teoría relacionada a la hipertensión arterial

Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem, enfermera creadora de esta teoría, la presentó por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en 1972.

Aplicar la teoría de Dorothea Orem en el proceso de atención enfermero a paciente hipertenso ofrece varias opciones, ya que la patología puede ser esencial o secundaria y por lo tanto implica que se adopten medidas y acciones, individualizadas para cada paciente. La define como déficit de autocuidado, compuesta por tres teorías relacionadas:

El autocuidado: consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar (28).

El déficit de autocuidado descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado

desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente (28). Aquí actúan los sistemas de enfermería.

Sistemas de enfermería: son las acciones que realiza la enfermera de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los mismos (28).

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar. Esta autora considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la salud, la vida y el bienestar. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia (29).

En las variadas aplicaciones prácticas de esta teoría, entre las que se destaca el área de la promoción y el cuidado de la salud, está la oncología, donde la enfermera realiza actividades educativas para la detección precoz del cáncer, observando los factores de riesgo, y para mantener el autocuidado del paciente después de haberse diagnosticado. Se ha encontrado el efecto de la consultoría en enfermería en ansiedad y, por otro lado, el efecto del autocuidado de los pacientes que están recibiendo terapia de irradiación, y el autocuidado en el manejo paliativo del dolor. Aquí el sistema de enfermería

apoya al paciente oncológico, y opera brindando cuidados a los pacientes cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas al paciente oncológico buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tendrá en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.

Teoría de los sistemas de enfermería

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera supe al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.
(30)

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
 - Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
 - Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
 - Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
 - Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.
- (30)

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa el déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (30).

El rol de la enfermera, pues, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su auto cuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.

La persona es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo auto cuidados que son de tres tipos: los auto cuidados universales, los auto cuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los auto cuidados unidos a desviaciones

de salud. La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Por último, el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los auto cuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (30).

Por lo tanto para aquellos pacientes que presentan Hipertensión arterial , el autocuidado va orientado a la búsqueda del bienestar propio, mediante la importancia de reconocer signos y síntomas es muy importante, la adaptación al tratamiento, el aprendizaje que requiere para convivir con esta patología; la aceptación del propio estado de salud y la capacidad de autocuidado guarda relación con la adherencia terapéutica, definida como el comportamiento que tiene una persona al seguir un régimen terapéutico y alimentario, ejecutando cambios en su modo de vida. (31)

Del mismo modo son actividades que incluyen el control periódico adecuado de la presión arterial, toma adecuada de medicación prescrita, consumo de alimentos apropiados, control de peso, ejercicio y reposo necesario, control de las emociones incluyendo información actualizada sobre su enfermedad. (32) Sin embargo, el autocuidado se ve influenciado por el grado de información y el tiempo de conocimiento de su enfermedad. (33)

En consecuencia, los pacientes con HTA deben abandonar hábitos antiguos y comportamientos inadecuados para la salud. Entre estas se encuentra el abandono del alcohol y tabaco, el sedentarismo, la reducción del consumo de sal, comidas con elevada cantidad de grasas, manejo inadecuado del estrés psicosocial y los problemas personales. De tal manera que, para el autocuidado es importante la educación a los pacientes y familiares de las personas con esta patología, que permitirá desarrollar conductas que no sólo beneficien su estado de salud, sino que contribuyan a la formación de una persona responsable, actividad desarrollada por los enfermeros. (34)

De tal manera, el profesional de enfermería realiza acciones importantes, centrandose su objetivo en la atención y la promoción para la solución de los problemas identificados en el usuario con HTA; orientándose en una base teórica enfermera que constituye un aspecto esencial de pensamiento lógico para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado a los usuarios que no pueden ejercer en un momento determinado de su vida. (35)

2.3 Marco Conceptual

2.3.1. Estilo de vida

Estilos de Vida. Según López (2009) (36) hace referencia a autores como: Mendoza y otros (1994) (37) "El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo". También a Casimiro y cols. (1999) (38) definen estilo de vida como "los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes"; así mismo a Gutiérrez (2000) (39), quien define estilo de vida como "la forma de vivir que adopta una persona o grupo, la manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos". Según la OMS (2014) (40) mencionó que: El estilo de vida de una persona está "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones". Partiendo de las definiciones anteriores se puede considerar que el estilo de vida de un sujeto se encuentra determinado por tres tipos de particularidades que interactúan entre sí:

Alimentación

Proceso que aporta los nutrientes y energía para el crecimiento y desarrollo de las personas, una alimentación sana y natural conllevan a un tipo de vida más

saludable. En la mente de los consumidores, la alimentación se está convirtiendo en una herramienta para prevenir enfermedades y encontrar bienestar y calidad de vida en el futuro, más que en un medio para cubrir las necesidades inmediatas de nutrición. Según la teoría de las necesidades humanas propuesta por Abraham Maslow en la obra Una teoría sobre la motivación humana (A Theory of Human Motivation) escrita en 1943, la alimentación se encuentra en la base de la pirámide de necesidades, junto con respirar, descansar, tener relaciones sexuales y mantener el equilibrio en nuestro organismo. Estas son las necesidades fisiológicas imprescindibles para la supervivencia. A partir de ahí, y una vez estas están cubiertas, el ser humano aspira a alcanzar otras necesidades más elaboradas individual y colectivamente: de seguridad, afiliación al grupo, reconocimiento y, finalmente, autorrealización. (41)

Actividad Física (Ejercicios)

El ejercicio es la actividad física planificada, estructurada y repetitiva, realizada para mantener o mejorar una forma física, empleando un conjunto de movimientos corporales que se realizan para tal fin.

Por consiguiente, se considera ejercicio al conjunto de acciones motoras musculoesqueléticas.

El ejercicio puede estar dirigido a resolver un problema motor concreto.

Las acciones motoras pueden ser agrupadas por la necesidad de desarrollar alguna cualidad física como la fuerza, la velocidad, coordinación, flexibilidad y resistencia.

La práctica de ejercicio consume energía y requiere por tanto el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos de acuerdo a esto el ejercicio se puede dividir en varios tipos

El ejercicio se distingue en: aeróbico y anaeróbico de acuerdo al tipo de metabolismo muscular (de sustrato) requerido para su realización, en isométrico o isotónico según las características del esfuerzo de la contracción, y desde un enfoque psicopedagógico, se clasifica en deporte de resistencia, de conjunto, de coordinación y arte competitivo, de combate, de fuerza y fuerza rápida. (42)

Efectos del ejercicio

Opera cambios en la mente de la persona hacia direcciones más positivas independientemente de cualquier efecto curativo. Un programa de ejercicio adecuado fortalece la psiquis humana, produciendo moderados efectos positivos y continuados sobre ciertos estados depresivos, ansiedad, estrés y bienestar psicológico. (43)

Aumenta la circulación cerebral, lo que hace al individuo más despierto y alerta, y mejora los procesos del pensamiento

Mejora y fortalece el sistema osteomuscular (huesos, cartílagos, ligamentos, tendones) contribuyendo al aumento de la calidad de vida y grado de independencia especialmente entre las personas con más edad

Prolonga el tiempo socialmente útil de la persona así como al mejorar su capacidad física, cardio-vascular, ósea y muscular eleva sus niveles productivos, por lo que retarda los cambios de la vejez.

Asegura una mayor capacidad de trabajo y ayuda al aseguramiento de la longevidad al favorecer la eliminación de toxinas y oxidantes

Mejora el aspecto físico de la persona

Algunas de las alteraciones o enfermedades en las que se ha demostrado que el ejercicio físico es beneficioso, sobre todo como prevención primaria son:

- Asma
- Estrés
- Infarto
- Diabetes mellitus
- Diabetes gestacional
- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Osteoporosis
- Distintos tipos de cáncer, como el cáncer de próstata y el cáncer colorrectal (44)

Ejercicio y bienestar

El ejercicio atenúa la sensación de fatiga, baja los niveles de colesterol y refuerza la capacidad de la sangre para disolver los coágulos que pueden conducir a una trombosis. (45)

Es sumamente eficaz en trastornos psicológicos ligados con emociones depresivas.

Libera endorfinas, secreciones semejantes a la morfina, producidas por el cerebro; las cuales amortiguan dolores en el plano corporal y facilitan sentimientos de placer y hasta de euforia.

Las personas que han adoptado como estilo de vida la gimnasia, generalmente duermen mejor, tienen menores ansiedades y tensiones. Están prácticamente inmunizados contra el estrés.

El ejercicio regular, más que las dietas, ayudan en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Además, en el control de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las dislipidemias y las enfermedades cardiovasculares.

Se considera un factor de longevidad que contribuye a la calidad de vida en la vejez.

Para el sistema cardiorrespiratorio se recomienda el ejercicio aeróbico.

Para el refuerzo de articulaciones y musculatura, está prescrita la calistenia y, de modo más avanzado, para la incrementación de la fuerza, los ejercicios con aparatos y pesas.

Para un buen ejercicio no se recomienda realizar más de 20 minutos las primeras semanas. A medida de que el cuerpo tome como hábito el ejercicio físico, podrá irse agregando más tiempo de ejercicio. (46)

Hábitos Nocivos

Son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves. (47)

Clasificación

Se clasifican en dos tipos:

Hábitos de Riesgo: Se incrementa el riesgo de contraer una enfermedad por la práctica de una conducta contraria a la salud sin que intervengan agentes tóxicos

Hábitos Tóxicos: El daño producido por agentes tóxicos tales como el alcohol, tabaco o las drogas. (47)

Consumo de alcohol.

Se define a partir de patrones de comportamiento y las consecuencias del consumo, el abuso se define por un patrón repetitivo de consumo de alcohol que tiene efectos adversos sobre las actividades laborales, sociales, familiares

o de salud del individuo. El consumo de bebidas alcohólicas en las reuniones sociales es frecuente en muchos lugares del mundo, pero puede tener consecuencias sanitarias y sociales negativas relacionadas con sus propiedades tóxicas y la dependencia que puede producir, además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas. (48)

Consumo de tabaco.

Es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. Dejar el tabaco no es fácil, ya que la dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos. Muy pocos consumidores de 22 tabacos pueden dejar el hábito con éxito al primer intento. Pero existen indicios sólidos de que puede lograrse. (49).

Adicción a las drogas.

Hábito de una persona que se deja dominar por el impulso al consumo, la dependencia a la droga implica ciertos comportamientos que generan un deterioro físico, psicológico y social. Es importante tener en cuenta que no existe una única causa que explique el comienzo de una adicción a las drogas. Problemas personales, familiares y laborales pueden causar depresión, ansiedad u otro tipo de patología mental, llevando a que la persona busque una forma de evadirse a través de las drogas. Algunos expertos creen que las drogas blandas (como la marihuana) constituyen el primer paso hacia una drogadicción más grave con drogas pesadas (como la cocaína). (50)

2.3.2. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se define como la elevación persistente de las cifras de presión arterial por encima de los límites establecidos por convenio. En el adulto se considera HTA la presencia de cifras de presión arterial (PA) iguales o superiores a 140/90 mm Hg. La medición de la PA se debe realizar en varias ocasiones, por lo menos tres veces, repartidas en un periodo de tiempo de dos semanas a tres meses, con el paciente en reposo, sentado o decúbito al menos durante cinco minutos, y con el brazo en el que realice la toma de PA. (51)

Apoyando en una superficie fija y a la altura del corazón. Hay que medir la PA en ambos miembros superiores y si se encuentra una diferencia superior a 10mmHg, se deben valorar las posibles causas y considerar las cifras de PA más elevadas. La PA sistólica coincide con la aparición de los tonos de 30 Korotkoff, que son los sonidos circulatorios pulso-síncronos oídos a través del estetoscopio en la auscultación de la presión arterial y la diastólica con su desaparición.

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados. Hay algunos factores no modificables de la hipertensión arterial tales como: la edad, las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo. (52)

El sexo, la hipertensión y el accidente cerebrovascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

El origen étnico la hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra y la herencia La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2ª grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

El consumo de una copa de alcohol aumenta la presión arterial sistólica (PAS) en 1 mmHg, y la presión arterial diastólica (PAD) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total. (53)

La hipertensión arterial al igual que al resto de las enfermedades crónicas requiere por parte del paciente la modificación y adquisición de una serie de hábitos y comportamientos para garantizar una mayor calidad de vida. Sin embargo, hay factores modificables comportamentales tales como: El tabaquismo, el tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos tres millones de personas en el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA. (54)

El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1- 3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia, etc . El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión. La diabetes mellitus aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad. (55)

El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL la vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión. (54)

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional de hipertensión (SIH) clasificaron la hipertensión arterial de la siguiente forma: La categoría sistólica y diastólica óptima debe ser inferior a 120/80 mmHg. Un nivel normal comprende niveles inferiores a 130/85 mmHg y se considera alta cuando supera 130-139 / 85-89 mmHg. Una persona padece hipertensión sistólica aislada cuando el valor de la tensión arterial sistólica supera 140 mmHg (56)

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

Para toda persona es conveniente realizarse un control médico y para el paciente hipertenso mucho más, ya que se podría producir una elevación de la presión arterial muchas veces sin que la persona se dé cuenta, lo cual pone en riesgo la vida del paciente. El examen sobre todo las en las personas mayores de 40 años y que presentan factores de riesgo y estilos de vida no saludables son las personas en mayor riesgo de padecer hipertensión arterial y mucho más si hay antecedentes familiares. La hipertensión arterial constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Afecta a un 20% al 30% de la

población entre los 18 y 65 años; su prevalencia aumenta con la edad, alcanzando el 30% al 50% en mayores de 65 años. (54)

Tipos de hipertensión arterial

A) Hipertensión primaria o esencial El facultativo determina esta forma cuando no haya ninguna causa directa de la hipertensión arterial, es decir, no tiene un origen detectable externamente. Aunque fuera de esta clasificación mencionamos, por su gran prevalencia, la hipertensión clínica aislada (también denominada hipertensión de bata blanca). En este caso los valores de presión arterial registrados por el médico son más elevados que los medidos en casa por el propio paciente. Esto se debe probablemente a la tensión emocional que experimentan algunas personas al entrar en una consulta médica y hablar con el facultativo o el personal sanitario, tensión emocional que provoca un aumento de la presión arterial. (57)

B) Hipertensión secundaria Puede desarrollarse a causa de determinados medicamentos (por ejemplo, preparados hormonales como la píldora anticonceptiva o de otras patologías que provocan un incremento de la presión arterial. Por ejemplo, una enfermedad renal o un trastorno metabólico como el llamado síndrome de Cushing. (57)

Enfermería frente a la hipertensión

La enfermería como profesión de servicio brinda los cuidados de atención directa al enfermo que le permitan recobrar su estado de salud, en caso de que las condiciones propias de la patología que padezca así los permitan, adaptarse a los efectos residuales de una enfermedad como Hipertensión Arterial y/o prevenir las complicaciones que pudieran derivarse del manejo inadecuado de su cuadro clínico. La enfermera es el recurso visible y competente para los pacientes intentan mejorar su situación de salud lograr el bienestar físico y psicológico. El objetivo de la presente investigación es analizar la problemática de los pacientes Hipertensos en su familia y acompañante, acerca del cuidado de su salud como en la práctica de estilos de

vida saludable de esta manera favorecer a los pacientes, familias y sus comunidades a conseguir niveles óptimos de salud. (58)

Las enfermeras enfatizan en la promoción de la salud, estrategia fundamental para el logro del bienestar, así como las actividades de prevención, formas importantes de atención sanitaria, dado que ayudan a los pacientes a mantener y a mejorar su salud. Una de las funciones importantes que desempeña la enfermera en los pacientes del programa de hipertensión arterial es de supervisión, enseñanza como de apoyo emocional para definir un plan que les resulte aceptable para seguir viviendo con la hipertensión y el régimen de tratamiento. La consejería en cuanto a su alimentación suele resultar útil para analizar las diversas formas posibles de modificar la ingestión de sal y grasas. (58)

2.4 Definición de términos básicos

- **Actividad física.**- cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud. (42)
- **Antecedentes familiares.**- En relación con la medicina, se refieren al registro de enfermedades y afecciones de salud de una persona y los familiares biológicos de la persona, tanto vivos como muertos. Los antecedentes familiares pueden ayudar a determinar si alguien tiene un mayor riesgo de tener o desarrollar ciertas enfermedades, trastornos o afecciones. Se suele registrar trazando el linaje (o árbol genealógico) que ilustra las relaciones entre las personas. (59)

- **Consumo de alcohol.**- El consumo de alcohol en exceso o de alto riesgo se define como más de tres bebidas en cualquier día o más de siete bebidas a la semana para las mujeres y los hombres mayores de 65 años, y más de cuatro bebidas en cualquier día o más de 14 bebidas a la semana para los hombres de 65 años o menos. (60)
- **Consumo de tabaco.**- El tabaco es perjudicial en todas sus modalidades y no existe un nivel seguro de exposición al tabaco. Fumar cigarrillos es la forma de consumir tabaco más extendida en todo el mundo. Otros productos de tabaco son: el tabaco para pipa de agua o narguile, diferentes productos de tabaco sin humo, cigarros, puritos, tabaco de liar, tabaco picado, *bidis* y *kreteks*. (61)
- **Dieta.**- Una dieta es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego *díaita*, que significa “modo de vida”. La dieta, por lo tanto, resulta un hábito y constituye una forma de vivir. (62)
- **Ejercicios.**- Es una actividad planificada, estructurada y repetitiva, cuyo fin es mantener y mejorar nuestra forma física; entendiendo por forma física el nivel de energía y vitalidad que nos permite llevar a cabo las tareas cotidianas habituales, disfrutando activamente de nuestro ocio, disminuyendo las enfermedades derivadas de la falta de actividad física y desarrollando al máximo nuestra capacidad intelectual. (63)
- **Estilos de vida.**- El estilo de vida de una persona es aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son

interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones. (64)

- **Hábitos alimenticios.**- Conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. (65)
- **Hipertensión arterial.**- La hipertensión arterial se define como una elevación continuada de la presión en las arterias. A menudo no es posible identificar la causa de la hipertensión, pero algunas veces se produce a consecuencia de una enfermedad renal subyacente o de un trastorno hormonal. (57)
- **Hipertensión arterial alta.**- Cuando su presión arterial se mantiene alta, hace que el corazón bombee con más fuerza y trabaje demasiado, lo que puede ocasionar serios problemas de salud, como ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, e insuficiencia renal. (66)
- **Hipertensión arterial leve.**- La hipertensión arterial leve se define como una presión arterial sistólica (PAS) de 140 - 159 mm Hg o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 - 99 mm Hg. El término "leve" se refiere a las cifras de la presión arterial (PA) y no a su grado de importancia clínica o sanitaria. Debido a que en la actualidad la mayor parte de las personas con hipertensión sufren hipertensión "leve", es importante saber cómo atender a estos pacientes. (67)
- **Infarto al miocardio.**- El infarto agudo de miocardio es un síndrome coronario agudo. Se caracteriza por la aparición brusca de un cuadro de sufrimiento isquémico (falta de riego) a una parte del músculo del corazón producido por la obstrucción aguda y total de una de las arterias coronarias que lo alimentan. (68)

- **Infarto cerebral.-** Se produce por la obstrucción del flujo sanguíneo de una arteria (trombosis, embolia), lo que origina una disminución del riego sanguíneo en esa parte del cerebro. Aproximadamente, el 75% de todos los ictus son infartos cerebrales. (69)
- **Presión arterial.-** La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta. (70)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Hipótesis General

Existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja - 2020”.

Hipótesis Específicas

Existe relación significativa entre los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020.

Existe relación significativa entre las actividades físicas con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020.

Existe relación significativa entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020.

3.2 Definición conceptual de variables.

V1: Estilos de vida

Es un modo de vida individual que se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por lo tanto ayuda a que el hombre se realice como ser social en condiciones concretas y particulares dentro de la definición de estilo de vida saludable e incluye los aspectos de alimentación actividad física y consumo de sustancias psicoactivas. (71)

V2: Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede

dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. (72)

3.2.1. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR
Estilos de vida	Es un modo de vida individual es la forma de vivir de las personas se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por lo tanto ayuda a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares dentro de la definición de estilo de vida saludable se incluye los aspectos de alimentación actividad física y consumo de sustancias	Son las acciones hábitos y o comportamientos que refieren practicar diariamente los usuarios hipertensos que acuden al Centro Médico Militar del Cuartel General pudiendo ser estilos de vida saludable y no saludables, serán medidas a través de un cuestionario. a) Se considera estilo de vida saludable cuando la persona pone en práctica actividades que no causan efectos negativos sobre la salud entre los cuales se encuentran hábitos alimenticios práctica de actividad física y el no consumo de sustancias adictivas. b) Se considera estilo de vida no saludable cuando la persona pone en práctica actividades que causan efectos negativos sobre la salud entre los cuales se encuentran hábitos alimenticios inadecuados no práctica de actividad física y consumo de sustancias adictivas encuentran hábitos alimenticios inadecuados no práctica de actividad física y consumo de sustancias adictivas encuentran hábitos alimenticios inadecuados no práctica de actividad física y consumo de sustancias adictivas	Hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingesta de líquidos ➤ Consumo de alimentos salados ➤ Consumo de dulces ➤ Consumo de verduras y frutas ➤ Consumo de carnes rojas ➤ horario en las comidas ➤ consumo de dieta
			Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de ejercicios. ➤ Practica deportes. ➤ Participación en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.
			Hábitos nocivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fuma cigarro o tabaco. ➤ Consumo de bebidas alcohólicas. ➤ Consumo de drogas ilegales.

	psicoactivas.	encuentran hábitos alimenticios inadecuados no práctica de actividad física y consumo de sustancias adictivas encuentran hábitos alimenticios inadecuados no práctica de actividad física y consumo de sustancias adictivas		
Hipertensión Arterial	La hipertensión arterial es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.	La hipertensión arterial puede ocasionar enfermedades cardiacas y cerebrales muy peligrosas para el ser humano y pueden provenir de enfermedades como la obesidad así como también estar propensos a padecerla por antecedentes familiares.	Hipertensión arterial alta	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infarto cerebral ➤ Infarto de miocardio
			Hipertensión arterial leve	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antecedentes familiares ➤ Presencia de retinopatías

IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

4.1 Diseño metodológico

El diseño que se aplicó en la investigación fue diseño no experimental, de corte transversal, retrospectivo y correlacional; según Hernández, Fernández y Baptista (73), los de diseño no experimental, se caracterizan porque las variables no fueron objeto de manipulación; respecto a la secuencia y periodo de estudio, la investigación de enfoque transversal, es donde las variables fueron estudiadas simultáneamente en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo; las investigaciones de alcance correlacional asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, el cual tiene como finalidad de conocer la relación o grado de asociación entre 2 o más variables.

En cuanto al tipo, la investigación es de tipo explicativa y descriptiva; explicativa porque que intenta encontrar las causas del problema; descriptiva porque desea especificar forma exacta respecto a las variables de estudio (74)

4.2 Método de investigación.

El presente estudio se utilizó el método de enfoque cuantitativo, procedimiento deductivo según Hernández Sampieri y otros. (73)

Además será cuantitativo, ya que los resultados serán obtenidos a través de datos numéricos, con los cuales se obtendrán tablas y figuras que posteriormente serán interpretadas y analizadas a fin de hallar los resultados de la investigación, contrastarlas con trabajos similares y obtener las conclusiones del estudio. (75)

4.3 Población y muestra.

Población:

Para Arias, la población es un conjunto finito o infinito de elementos con

características comunes para las cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. (74)

La población fueron los usuarios atendidos en el Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército del Perú, periodo Agosto – octubre 2020. Los pacientes atendidos en el período Agosto – Octubre fueron 200 usuarios.

Muestra:

La muestra fue realizada bajo la fórmula de las cantidades finitas:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

N: Total de elementos que integran la población = 200

Z: Nivel de confianza = 1.96 = 95% (según tabla)

E: Error muestral. Falta que se produce al extraer la muestra de población = 5% = 0.05

p: Porción de elementos que presentan una determinada característica a ser Investigada = 0.5 = 50%

q: = (1-p) Porción de elementos que no presentan la característica que se investiga = 0.5 = 50%

Solución:

$$N = \frac{200 * 1.96 * 1.96 * 0.5 * 0.5}{0.05 * 0.05 (200 - 1) + 1.96 * 1.96 * 0.5 * 0.5}$$

$$N = \frac{192.08}{0.4975 + 0.9604}$$

$$N = \frac{192.08}{1.4579} = 135.87$$

$$N = 136$$

La muestra según los parámetros elegidos nos da un total de **136** **participantes**

La muestra fueron 136 usuarios que acuden al Policlínico Militar del Cuartel General del Ejército del Perú y cuyo control de Presión Arterial a la medición se encuentren por encima de los parámetros normales periodo Agosto – octubre 2020. El muestreo fue aleatorio simple siguiendo como criterios la medida de presión arterial que está por encima de los parámetros regulares.

4.4 Lugar de estudio

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Militar del Cuartel General del Ejército, los cuales cuentan con los estándares propios de las más reconocidas clínicas y la coloca a la vanguardia del sistema de salud del país, permitiendo atender a los pacientes con calidad y calidez.

Este centro médico proporciona atención de salud primaria al personal militar y civil que labora en las instalaciones del Cuartel General del Ejército, de acuerdo a su capacidad resolutive I-3, cuenta para ello con los servicios de medicina, odontología, psicología, entre otros.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

El triunfo de toda investigación está dado por la solución de un problema científico, en alcanzar los objetivos y en la evidencia de las hipótesis planteadas, lo que significa que el triunfo de la investigación depende de la selección de los métodos, los procedimientos y técnicas de la investigación de forma rigurosa. En toda investigación científica, en la etapa de recolección de datos se utiliza la encuesta como instrumento que permite obtener y medir, información sobre un grupo de parámetros que se quiere determinar, partiendo

del diseño de investigación, la muestra adecuada en concordancia con el problema científico a resolver y las hipótesis planteadas, teniendo muy en cuenta las variables seleccionadas. Este instrumento de investigación recopilará datos mediante un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno, ni el fenómeno donde se recoge la información, ya sea para entregarlo en forma de gráficos o tablas. Desafío (76).

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta para la variable Estilos de Vida, el cual consta de 22 preguntas, donde las primeras cinco son de características generales y de la 6 a la 22, son preguntas con alternativas cerradas, bajo una escala tipo Likert en su mayoría de 4 alternativas: Nunca, Casi nunca, Frecuentemente y siempre; el cual fue validado a través de jueces expertos y cuya confiabilidad es de 0.89, lo que demuestra su alta confiabilidad para su aplicación.

Para la variable Hipertensión Arterial la información se obtuvo a través del triaje, para la interpretación se consideró los valores de acuerdo a la Organización Americana de corazón realizado en el Centro Médico Militar del Cuartel general del Ejército en San Borja.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

Se procedió a dar lectura a los pacientes participantes de los objetivos de la investigación, aspectos éticos del estudio y por último se solicitará la firma del consentimiento informado, luego se procederá a aplicar el cuestionario que mide la variable de los estilos de vida no saludables. Este cuestionario se aplica en forma individual siendo supervisados. La información recogida fue ingresada en una base de datos que se creó con el software SPSS 22,0, luego se procedió a la interpretación de los resultados los cuales se realizó mediante gráficos estadísticos descriptivos.

4.7 Aspectos éticos en investigación

Se utilizaron los aspectos bioéticos:

Autonomía. - Se aplica al velar por la voluntad de los participantes, para elegir su participación dentro de la investigación en curso.

Beneficencia. - La cual será determinado por los beneficios que recibirá la empresa, las cuales se expresarán como recomendaciones en la investigación.

No maleficencia. - Por lo cual, ningún participante será afectado negativamente, debido a su aporte en dicha investigación.

Justicia. - Todos los participantes serán tratados con respeto, cordialidad y equidad. (77)

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Datos demográficos

Tabla 5.1 1
EDAD DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL
GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	45-50	70	51,5	51,5	51,5
	51-56	49	36,0	36,0	87,5
	57-60	17	12,5	12,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.1.1 se observa del total de participantes, el 51.5% tiene entre 45 a 50 de edad, el 36% tiene entre 51 a 56 años y el 12.5% tiene entre 57 a 60 años de edad.

Tabla 5.1 2
SEXO DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL
GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	121	89,0	89,0	89,0
	Femenino	15	11,0	11,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.2, referente al sexo de los encuestados, se puede observar que del total de participantes, el 89% es de sexo masculino y el 11% es de sexo femenino.

Tabla 5.1 3

**ESTADO CIVIL DEL PACIENTE DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO
MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020**

Estado Civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	2	1,5	1,5	1,5
	Casado	109	80,1	80,1	81,6
	Conviviente	10	7,4	7,4	89,0
	Viudo	2	1,5	1,5	90,4
	Divorciado	13	9,6	9,6	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.3 referente al estado civil del encuestado, se observa que del total de participantes, el 80.1% es casado, 9.6% es divorciado, 7.4% es conviviente, 1.5% es viudo y 1.5 es soltero.

Tabla 5.1 4
LUGAR DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DEL PERSONAL MILITAR DEL
CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA
– 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Costa	51	37,5	37,5	37,5
	Sierra	59	43,4	43,4	80,9
	Selva	26	19,1	19,1	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.4, referente al lugar de nacimiento del encuestado, del total de participantes, el 43.4% es de la sierra, el 37.5% es de la costa y el 19.1% es de la selva.

Tabla 5.1 5
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO
MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Secundaria	2	1,5	1,5	1,5
	técnico superior	94	69,1	69,1	70,6
	Educación superior	40	29,4	29,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.5, referente al grado de instrucción que tiene el encuestado, que del total de participantes, el 69.1% estudió hasta técnico superior, el 29.4% tiene educación superior y el 1.5% tiene hasta secundaria completa.

Tabla 5.1 6
ESTILOS DE VIDA DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL
CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	10	7,4	7,4	7,4
	A veces	52	38,2	38,2	45,6
	Casi siempre	70	51,5	51,5	97,1
	Siempre	4	2,9	2,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.6, referente a los estilos de vida del personal militar, del total de participantes, el 51.5% casi siempre tiene estilos de vida saludable, 38.2% a veces, 74% nunca y 2.9% siempre tiene estilos de vida saludable

Tabla 5.1 7
HIPERTENSION ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO
MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tiene	59	43,4	43,4	43,4
	Tiene Hipertensión leve	35	25,7	25,7	69,1
	Tiene Hipertensión Alta	42	30,9	30,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.7, referente a si sufre de hipertensión arterial y cuál de ellas tiene, del total de participantes, el 43.4% no tiene hipertensión arterial, 30.9% sufre de hipertensión arterial alta y 25.7% sufre de hipertensión arterial leve.

Tabla 5.1 8
HABITOS ALIMENTICIOS DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO
MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,5	1,5	1,5
	Casi nunca	4	2,9	2,9	4,4
	Frecuentemente	98	72,1	72,1	76,5
	Siempre	32	23,5	23,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.8, referente a los hábitos alimenticios que tiene el personal militar, del total de participantes, el 72.1% tiene buenos hábitos alimenticios frecuentemente, 23.5% los tiene siempre, 2.9% casi nunca y 1.5% nunca.

Tabla 5.1 9
ACTIVIDAD FISICA DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL
CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,5	1,5	1,5
	Casi nunca	72	52,9	52,9	54,4
	Frecuentemente	56	41,2	41,2	95,6
	Siempre	6	4,4	4,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.9, referente a la actividad física del personal militar, del total de participantes, el 52.9% casi nunca realiza actividad física, 41.2% frecuentemente realizan actividad física, 4.4% siempre lo hacen y el 1.5% nunca realiza actividad física.

Tabla 5.1 10
HABITOS NOCIVOS DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL
CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	2,9	2,9	2,9
	Casi nunca	117	86,0	86,0	89,0
	Frecuentemente	15	11,0	11,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.10, referente a los hábitos nocivos del personal militar, del total de participantes el 86% casi nunca cometen hábitos nocivos, 11% frecuentemente tienen hábitos nocivos y 2.9% nunca han cometido hábitos nocivos.

Tabla 5.1 11
PRESIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO
DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal Riesgo bajo	59	43,4	43,4	43,4
	Elevada Riesgo alto	35	25,7	25,7	69,1
	Elevado riesgo muy alto	42	30,9	30,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.11, referente a si el personal militar tiene presión arterial de riesgo bajo, alto o muy alto, del total de participantes, el 43.4% tiene una presión normal de bajo riesgo, 30.9% tiene una presión elevada de riesgo muy alto y 25.7% tiene la presión elevada de riesgo alto.

Tabla 5.1 12
CLASIFICACIÓN IMC DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO
DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA – 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	45	33,1	33,1	33,1
	Sobrepeso	70	51,5	51,5	84,6
	Obesidad	21	15,4	15,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5.1.12, respecto a si el personal militar tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) de riesgo, del total de participantes, el 51.5% sufre de sobrepeso, 33.1% tiene un peso normal y 15.4% sufre de obesidad

5.2 Resultados inferenciales

Tablas cruzadas

Tabla 5.2 1
EL ESTILO DE VIDA Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL EJÉRCITO, SAN BORJA – 2020

Tabla cruzada Variable Estilos de Vida*Variable Hipertensión arterial					
Recuento					
		Variable Hipertensión arterial			Total
		No tiene	Tiene Hipertensión leve	Tiene Hipertensión Alta	
Variable Estilos de Vida	Casi nunca	27	14	17	58
	Frecuentemente	32	21	25	78
Total		59	35	42	136

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,415 ^a	2	,812
Razón de verosimilitud	,415	2	,813
Asociación lineal por lineal	,310	1	,577
N de casos válidos	136		
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,93.			

Siendo el P-value = 0.812, determinando que existe una correlación altamente significativa entre las variables estilos de vida e hipertensión arterial, por lo que se acepta la hipótesis general planteada.

Tabla 5.2 2
HÁBITOS ALIMENTICIOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
PACIENTES DEL PERSONAL MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL
EJÉRCITO, SAN BORJA 2020.

Tabla cruzada Dimensión hábitos alimenticios*Variable Hipertensión arterial					
Recuento					
		Variable Hipertensión arterial			Total
		No tiene	Tiene Hipertensión leve	Tiene Hipertensión Alta	
Dimensión hábitos alimenticios	Nunca	1	0	1	2
	Casi nunca	2	2	0	4
	Frecuentemente	42	24	32	98
	Siempre	14	9	9	32
Total		59	35	42	136

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,278 ^a	6	,773
Razón de verosimilitud	4,787	6	,571
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	136		
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,51.			

Siendo el P-value = 0.773, determinando que existe una correlación altamente significativa entre la dimensión hábitos alimenticios y la variable hipertensión arterial, por lo que se acepta la hipótesis específica 1 planteada.

Tabla 5.2 3
ENTRE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN LOS PACIENTES DEL PERSONAL MILITAR DEL CUARTEL GENERAL
DEL EJÉRCITO, SAN BORJA 2020

Tabla cruzada Dimensión actividad física*Variable Hipertensión arterial					
Recuento					
		Variable Hipertensión arterial			Total
		No tiene	Tiene Hipertensión leve	Tiene Hipertensión Alta	
Dimensión actividad física	Nunca	0	1	1	2
	Casi nunca	35	15	22	72
	Frecuentemente	20	19	17	56
	Siempre	4	0	2	6
Total		59	35	42	136

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,221 ^a	6	,301
Razón de verosimilitud	9,333	6	,156
Asociación lineal por lineal	,002	1	,967
N de casos válidos	136		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,51.

Siendo el P-value = 0.301, determinando que existe una correlación moderadamente significativa entre la dimensión actividad física y la variable hipertensión arterial, por lo que se acepta la hipótesis específica 2 planteada.

Tabla 5.2 4
HÁBITOS NOCIVOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
PACIENTES DEL PERSONAL MILITAR DEL CUARTEL GENERAL DEL
EJÉRCITO, SAN BORJA 202

Tabla cruzada Dimensión hábitos nocivos*Variable Hipertensión arterial					
Recuento					
		Variable Hipertensión arterial			Total
		No tiene	Tiene Hipertensión leve	Tiene Hipertensión Alta	
Dimensión hábitos nocivos	Nunca	2	1	1	4
	Casi nunca	50	31	36	117
	Frecuentemente	7	3	5	15
Total		59	35	42	136

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,382 ^a	4	,984
Razón de verosimilitud	,398	4	,983
Asociación lineal por lineal	,011	1	,918
N de casos válidos	136		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,03.

Siendo el P-value = 0.984, determinando que existe una correlación altamente significativa entre la dimensión hábitos nocivos y la variable hipertensión arterial, se acepta la hipótesis específica 3 planteada.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Hipótesis general

HG: Existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja - 2020”.

H0: NO Existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja - 2020”.

Escala de valores del Rho de Spearman

RANGO	RELACIÓN
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.100	Correlación negativa debil
0.00	No existe Correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva debil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

Tabla 6.1 1
CORRELACIÓN DE ESTILOS DE VIDA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Correlaciones				
			Variable Estilos de Vida	Variable Hipertensión arterial
Rho de Spearman	Variable Estilos de Vida	Coefficiente de correlación	1,000	,429
		Sig. (bilateral)	.	,569
		N	136	136
	Variable Hipertensión arterial	Coefficiente de correlación	,049	1,000
		Sig. (bilateral)	,569	.
		N	136	136

En el resultado de la prueba de Hipótesis General que se aprecia en la tabla 6.1.1, mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.429 lo cual significa que existe una correlación positiva moderada entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis General “Existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial del personal militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja - 2020”.

Hipótesis específica 1

H1: Existe relación significativa entre los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020

H0: NO existe relación significativa entre los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial del personal Militar en Cuartel General del Ejército, San Borja 2020

Tabla 6.1 2

CORRELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTICIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Correlaciones				
			Variable Hipertensión arterial	Dimensión hábitos alimenticios
Rho de Spearman	Variable Hipertensión arterial	Coeficiente de correlación	1,000	,395
		Sig. (bilateral)	.	,998
		N	136	136
	Dimensión hábitos alimenticios	Coeficiente de correlación	,395	1,000
		Sig. (bilateral)	,998	.
		N	136	136

En el resultado de la prueba de Hipótesis Específica 1, que se aprecia en la tabla 6.1.2, mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.395 lo cual significa que existe una relación positiva moderada entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis Específica “Existe una relación significativa entre los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial del personal Militar en Actividad del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”.

Hipótesis específica 2

H2: Existe relación significativa entre las actividades físicas con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020

H0: NO existe relación significativa entre las actividades físicas con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020

Tabla 6.1 3

CORRELACIÓN ENTRE ACTIVIDADES FÍSICAS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Correlaciones				
			Variable Hipertensión arterial	Dimensión actividad física
Rho de Spearman	Variable Hipertensión arterial	Coeficiente de correlación	1,000	,301
		Sig. (bilateral)	.	,767
		N	136	136
	Dimensión actividad física	Coeficiente de correlación	,301	1,000
		Sig. (bilateral)	,767	.
		N	136	136

En el resultado de la prueba de Hipótesis Específica 2, que se aprecia en la tabla 6.1.3, mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.301 lo cual significa que existe una moderada relación positiva entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis Específica “Existe una relación significativa entre las actividades físicas con la hipertensión arterial en el personal Militar en Actividad del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”.

Hipótesis específicas 3

H3: Existe relación significativa entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020

H0: NO existe relación significativa entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020

Tabla 6.1 4

CORRELACIÓN ENTRE HÁBITOS NOCIVOS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Correlaciones				
			Variable Hipertensión arterial	Dimensión hábitos nocivos
Rho de Spearman	Variable Hipertensión arterial	Coeficiente de correlación	1,000	,451
		Sig. (bilateral)	.	,945
		N	136	136
	Dimensión hábitos nocivos	Coeficiente de correlación	,451	1,000
		Sig. (bilateral)	,945	.
		N	136	136

En el resultado de la prueba de Hipótesis Específica 3, que se aprecia en la tabla 6.1.4, mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.451 lo cual significa que existe una alta relación positiva entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis Específica “Existe una relación significativa entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en el personal Militar en Actividad del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

Dentro de los datos descriptivos se muestra que del total de participantes, los cuales fueron 136, el 51.5% tenía entre 45 y 50 años de edad, el 36% tiene entre 51 a 56 años y el 12.5% tiene entre 57 a 60 años de edad, asimismo el 89% es de sexo masculino y el 11% es de sexo femenino, siendo el 80.1% casado, 9.6% divorciado, 7.4% conviviente, 1.5% viudo y 1.5 soltero, también el 43.4% es proveniente de la sierra, el 37.5% de la costa y el 19.1% de la selva, por último el 69.1% estudió hasta técnico superior, el 29.4% tiene educación superior y el 1.5% tiene hasta secundaria completa. En el estudio de Barzallo, (2018) La mediana de edad de la población fue de 62 años y el nivel de estilos de vida encontrado fue: bajo 8,8%; regular 12,3%; bueno 54,8% y excelente 24,1%; sin encontrar relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. En el estudio de Sandoval y Rojas (2018), de los participantes el 28.3% tiene entre 41 - 51 años de edad; estado civil casado 50,9 %, procedentes de zona urbana 60,4 %, con grado de instrucción secundaria 50,9 %; de los cuales el 56,6 % presenta Hipertensión Grado 1. El 64,2 % refieren tener un estilo de vida poco saludable.

Referente a la variable estilos de vida, se demostró que el 51.5% si estilo de vida es casi siempre saludable, el 72.1% frecuentemente sus hábitos alimenticios son buenos, pero el 52.9% casi nunca realiza actividad física, sin embargo, el 86% casi nunca realizan hábitos nocivos. En el estudio de CAJACHAGUA y otros (2021), se muestra que el 58,8% de los pacientes hipertensos practicaron un inadecuado estilo de vida y que el 58,4% no fueron adherentes al tratamiento, asimismo en el estudio de Suarez y otros (2020), concluyeron que la mayoría de estudiantes de las ciencias de la salud de la universidad de Barranquilla presentan estilos de vida que son factores de riesgo enfermedades cardiovasculares. A su vez en el estudio de DÍAZ (2019), el 28.% presentó un buen estilo de vida, el 48% uno regular y el 24% uno malo, Asimismo el 26.40% presentan buenos cuidados preventivos de la hipertensión arterial, el 48.80% regulares y el 24.80% malos. Se concluyó que existe una relación significativa entre los estilos de vida y los cuidados preventivos en la

hipertensión arterial. En el estudio de Chinchayan y otros (2018) se vio que un 52.5% de la población que no realiza actividad física presentando hipertensión estadio I, un 38.1% que no realiza actividad física presenta pre hipertensión, un 62.4% que consume alimentos con grasa en su dieta diaria presentó hipertensión estadio I y un 31.2% que consume alimentos con grasa en su dieta presenta el grado de pre hipertensión, un 50.6% de la población que consume alcohol como habito nocivo presento pre hipertensión y un 44.9% que consume alcohol presenta hipertensión estadio I, un 47.4% que tuvo el hábito nocivo de fumar presento hipertensión estadio I y un 40.8% que fuma presenta pre hipertensión.

Referente a la variable hipertensión arterial, el 43.4% no tiene hipertensión arterial, 30.9% sufre de hipertensión arterial alta y 25.7% sufre de hipertensión arterial leve. Del total de participantes, el 51.5% sufre de sobrepeso, 33.1% tiene un peso normal y 15.4% sufre de obesidad, por lo que el 43.4% tiene una presión normal de bajo riesgo, 30.9% tiene una presión elevada de riesgo muy alto y 25.7% tiene la presión elevada de riesgo alto. En el estudio de Barahona y otros (2022), se evidencio que la hipertensión arterial (HTA) tiene relación con los estilos de vida saludables, pero también se pudo probar que la hipertensión arterial tiene relación con los factores de riesgos no modificables, concluyéndose por lo que se concluyó que los estilos de vida saludables y la hipertensión arterial tienen en gran medida una relación. En el estudio de Ortega y otros (2018), se destacó que el 18 % llevan un peligroso estilo de vida y el 31.1 % de los docentes tienen hipertensión arterial alta; asimismo, se encontró que existe una relación inversa entre el estilo de vida en general y la hipertensión arterial esto indica que la mejora del estilo de vida en general reduce la prevalencia de hipertensión arterial en los docentes.

6.3 Responsabilidad ética

Para la realización de la presente investigación se consideraron los principios éticos, dado que la investigación es de naturaleza prospectiva, mediante la aplicación de encuesta, para lo cual se solicitará el permiso correspondiente a la Dirección del Centro Médico del Cuartel General del Ejército para obtener la información del estudio realizado, manteniendo el completo anonimato del paciente.

De acuerdo a la posición de los autores (78), en las reuniones de Viena y Helsinki, se determinaron los siguientes principios éticos de la investigación. Para lo cual se tomaron los siguientes principios éticos:

El conocimiento informado

El respeto a la dignidad humana

Principio de justicia

Anonimato

Privacidad

VII. CONCLUSIONES

- Respecto al objetivo general “Determinar la relación entre estilos de vida con la hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”, en la contrastación de hipótesis se mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.429 lo cual significa que existe una moderada relación positiva entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis General “Existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial del personal militar del Centro Médico Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja - 2020”.
- Respecto al objetivo específico 1 “Establecer la relación de los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020” en la contrastación de hipótesis se mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.395 lo cual significa que existe una moderada relación positiva entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis Específica “Existe una relación significativa entre los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”.
- Respecto al objetivo específico 2 “Establecer la relación de las actividades físicas con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”, en la contrastación de hipótesis se mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.301 lo cual significa que existe una moderada relación positiva entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó

la hipótesis Específica “Existe una relación significativa entre las actividades físicas con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”.

- Finalmente, respecto al objetivo específico 3 “Establecer la relación entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020” en la contrastación de hipótesis se mostró un grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman de 0.451 lo cual significa que existe una alta relación positiva entre las variables, frente al grado de significación estadística 0,000 donde $p < 0,05$, por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis Específica “Existe una relación significativa entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en el personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020”.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda elaborar un taller en donde se les hable al personal acerca de los estilos de vida de calidad y los riesgos que pueden prevenirse en pacientes hipertensos del personal militar.
- Se recomienda brindar al personal militar que sean hipertensos hábitos alimenticios que le permitan controlar y regular la presión arterial sin el uso de medicamentos a fin de que tengan una mejor calidad de vida con alimentación saludable y a horas adecuadas.
- Se recomienda brindar al personal militar que sufra de hipertensión arterial orientar hacia actividades físicas que no sean de riesgo para ellos a fin de controlar su ritmo cardiaco, bajar de peso o mantenerse en el peso ideal y tener un cuerpo más saludable eliminando a través del ejercicio toxinas en beneficio de su estado físico y mental.
- Se recomienda orientar al personal militar mediante una charla educativa a reducir o eliminar la ingesta de alcohol y el consumo del cigarro, esto beneficiará al paciente a no taponear sus arterias y mejorar notablemente la salud de su corazón, hígado, riñones y pulmones, además de beneficiar su estado mental hacia uno positivo.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión arterial en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de la salud pública. [Online].; 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1.
2. James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee. JAMA. 2014 Febrero; 311(5): p. 507.
3. American Heart Association. Redefinición de la hipertensión arterial por primera vez en 14 años: 130 es el nuevo valor para la presión alta. [Online].; 2017. Available from: <https://newsroom.heart.org/news/redefinicion-de-la-hipertension-arterial-por-primer-vez-en-14-anos-130-es-el-nuevo-valor-para-la-presion-alta>.
4. Álvarez A, González J. Algunos factores de riesgo de la cardiopatía hipertensiva. Rev Cubana Med. 2009 [citado 15 feb 2017];48(4):139-51.; 8(4): p. 139-151.
5. OMS. Hipertensión arterial. [Online].; 2015 [cited 2017 Noviembre 16]. Available from: <http://www.who.org>.
6. Etienne C. OPS/OMS: Presión arterial. ; 2015.
7. Espino S. Enfermería y sus Resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. Tesis de doctorado en ciencias de enfermería. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de postgrado; 2013.

8. Hoyos C, Chávez A, Siu V, Col.. Algunos aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial en el Hospital Nacional E. Rebagliati. Revista 5Med ESSALUD. 2005; 15.
9. Roberto H. metodología de la investigación mexicana: Mc Graw Hill. 2018; 2018.
10. Barahona M, Duque V, Rivera M. Hipertensión arterial en las personas mayores y los estilos de vida saludables. Investigación Monográfica de Compilación. Colombia: Universidad Del Quindío, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
11. Cajachagua M, Vargas C, Ingles M, Chávez J. Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica. 2021; 40(4).
12. Suárez M, Navarro M, Caraballo D, López L, Recalde A. Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular en estudiantes ciencias de la salud. Ene De Enfermería. 2020 Mayo; 14(3).
13. Barzallo D. Estilo de vida en pacientes hipertensos del hospital José Carrasco Arteaga marzo a julio de 2017. Tesis de titulación. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay, Facultad de Medicina; 2018.
14. Díaz A. Estilos de vida y cuidados preventivos en la hipertensión arterial del adulto mayor, Centro de Salud Carlos Protzel, 2018. Tesis de grado. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de enfermería; 2019.
15. Ortega MA, Orellana RM, Trigos EE, Ramírez C. Estilos de vida e hipertensión arterial en docentes de la Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo – 2018. Prospectiva Universitaria. 2018 Enero - Diciembre; 15(1): p. 17-23.
16. Chinchayan A, Rodas N, Von Bancel B. Estilos de vida no saludables y grados de hipertensión arterial en pacientes adultos maduros. Perú 2018.

- Tesis de especialidad. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
17. Sandoval C, Rojas D. Relacion entre hipertension arterial y estilos de vida de los adultos atendidos en el centro de salud nueve de abril. enero – junio 2017. Tesis de grado. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional De San Martín - Tarapoto, Facultad de ciencias de la salud; 2018.
 18. Potter P. Fundamento de Enfermería Madrid, España: Sodicen; 2014.
 19. Meiriño J, Vásquez M, Simonetti C, Palacio M. Nola Pender. [Online].; 2012. Available from:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>.
 20. Pacheco K, Polanco E. Modelo de intervención para la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en los lactantes menores de seis meses. Centro de Salud Alto Selva Alegre –Arequipa 2014. Tesis de grado. Arequipa, Perú: Universidad Nacional San Agustín, Facultad de enfermería; 2014.
 21. Toxqui M. Unidad de aprendizaje: enfermería en salud pública y comunitaria. Unidades de aprendizaje. México: Universidad Autónoma Del Estado De México, Facultad de enfermería y obstetricia; 2018.
 22. Barría , Pacheco. Nola Pender. Argentina: Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Enfermería; 2016.
 23. Rodríguez A. Modelo de Nola Pender, su actualidad en la promoción de salud de la cardiopatía izquémica. [Online].; 2013. Available from:
<https://www.monografias.com/trabajos102/modelo-nola-pender-su-actualidad-promocion-salud-cardiopatia-izquemica/modelo-nola-pender-su-actualidad-promocion-salud-cardiopatia-izquemica>.
 24. La estenosis aortica. Teorias de dorotea orem (autocuidado). [Online].; 2021. Available from: <https://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de->

[dorotea-orem-autocuidado/](#).

25. Lopez M. La salud y la actividad física en el marco de la sociedad moderna Murcia: F. d. murcia, Ed; 2009.
26. Mendoza R, Ságrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionados a la salud Madrid: CSIC; 1994.
27. Casimiro AJ. Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, desde final de primaria (12 años) hasta final de secundaria obligatoria (16 años).. Tesis doctoral. España: Universidad de Granada; 1999.
28. Gutiérrez M. Actividad física, estilos de vida y calidad de vida. Revista de Educación Física. 2000; 77: p. 5-14.
29. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Washington. [Online].; 2014. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>.
30. Llop X. La alimentación según Maslow. [Online].; 2011. Available from: <http://www.publicidadysalud.com/2011/07/la-alimentacion-segunmaslow/>.
31. OMS. Actividad física. [Online].; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
32. Gómez B, Hernández H. Influencias del programa de ejercicios físicos para pacientes hipertensos aplicado en el policlínico integral “Wilfredo Santana”. Trabajo de Diploma. La Habana, Cuba : ISCF “Manuel Fajardo”; 2002.
33. OMS. Actividad física. [Online].; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#:~:text=La%20actividad%20f%C3%ADsica%20contribuye%20a,de%20razonamiento%2C%20aprendizaje%20y%20juicio>.

34. Portal Salud UE deportes y ocio. Ejercicio físico. [Online].; 2019. Available from:
<https://www.mineduc.gob.gt/DIGECADE/documents/Telesecundaria/Recursos%20Digitales/2o%20Recursos%20Digitales%20TS%20BY-SA%203.0/01%20CIENCIAS%20NATURALES/U12%20pp%20284%20efecto%20del%20ejercicio.pdf>.
35. Escolar J, Pérez C, Corrales R. Actividad física y enfermedad. An Med Interna. 2003; 40: p. 427-433.
36. García C. Hábitos de vida perjudiciales. Simposio 13 Aspectos claves sobre prevención y tratamiento en patologías de los ancianos. España.; 2015.
37. Organización Mundial de la Salud O. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS.; 2015.
38. OMS/OPS. Control de tabaco. [Online].; 2005. Available from:
<https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>.
39. MINSA. Abuso de sustancias. [Online].; 2012. Available from:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1758.pdf>.
40. PAHO. Hipertensión. [Online].; 2022. Available from:
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
41. Guía de Atención Integral Obligatoria de Salud - DRPAP - MSPAS. Guía de Atención Integral de Hipertensión Arterial, para el 1ero y 2do nivel de Atención. 2011.
42. Colombia MdSd. Guía de atención de la hipertension arterial. Colombia;, Dirección General de Promoción y Prevención; 2000.
43. Manizales salud. Dia mundial de la hipertension arterial. [Online].; 2015. Available from: <https://manizalessalud.net/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/#:~:text=TABAQUISMO%3A%20el%20tabaco%20es%20responsa>

ble,de%20probabilidades%20de%20padecer%20HTA.

44. Fusco J, Barrio M. Asociación entre índice de masa corporal elevado y valores de tensión arterial altas en el centro de salud N° VII del barrio “Laguna Brava”. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006 Abril;(156).
45. Hablando de hiperfosfatemia. La hipertensión arterial, una de las cuatro patologías crónicas asociadas a la enfermedad renal crónica. [Online].; 2017. Available from: <https://www.hablandodehiperfosfatemia.es/noticias/la-hipertension-arterial-una-las-cuatro-patologias-cronicas-asociadas-la-enfermedad-renal-cronica>.
46. Bakris G. Hipertensión arterial. [Online].; 2021. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/hipertensi%C3%B3n-arterial/hipertensi%C3%B3n-arterial>.
47. Mena D, González V, Cervera Á, Salas P, Orts M. Cuidados básicos de enfermería. UUniversitat Jereume. 2016; ISBN: 978-84-16356-30-0.
48. National Human Genome Research Institute. Antecedentes familiares. [Online].; 2022. Available from: <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Historial-familiar>.
49. Mayo Clinic. Consumo de alcohol: sopesar los riesgos y beneficios. [Online].; 2021. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/alcohol/art-20044551>.
50. OMS. Tabaco. [Online].; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
51. Pérez J, Gardey A. Dieta. [Online].; 2008. Available from: <https://definicion.de/dieta/>.

52. SACYL. ¿Qué es el ejercicio físico? [Online].; 2022. Available from:
<https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/ejercicio-fisico/ejercicio-fisico>.
53. UM.es. Estilos de vida. [Online].; 2022. Available from:
https://www.um.es/innova/OCW/actividad_fisica_salud/contenidos/estilo_de_vida.html.
54. Barriguet J, Vega SRC, Barquera S, Hernández L, Rojo L, Vásquez A, et al. Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2017; 23(1).
55. Medline Plus. Presión arterial alta. [Online].; 2022. Available from:
<https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressure.html>.
56. Intramed. Tratamiento de la hipertensión arterial leve en adultos. [Online].; 2016. Available from:
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90197>.
57. Gavira J. Infarto agudo de miocardio. [Online].; 2022. Available from:
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/infarto-miocardio#:~:text=El%20infarto%20agudo%20de%20miocardio,arterias%20coronarias%20que%20lo%20alimentan>.
58. Irimia P. Accidente cerebrovascular o Ictus. [Online].; 2022. Available from:
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictus#:~:text=Infarto%20cerebral.,los%20ictus%20son%20infartos%20cerebrales>.
59. Medline Plus. Presión arterial alta en adultos - hipertensión. [Online].; 2022. Available from:
[https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm#:~:text=Una%20presi%C3%B3n%20arterial%20alta%20\(hipertensi%C3%B3n,se%20denomina%20presi%C3%B3n%20arterial%20elevada](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm#:~:text=Una%20presi%C3%B3n%20arterial%20alta%20(hipertensi%C3%B3n,se%20denomina%20presi%C3%B3n%20arterial%20elevada).

60. Rodriguez U ML. Método de la investigación, Notas Metodológicas.
Sociólogo, Cientista Político. Punta Arenas, Región de Magllanes, Chile;;
2019.

X. ANEXOS

Anexo N° 1
Matriz de consistencia

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Centro Médico del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020?	Determinar la relación entre estilos de vida con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Centro Médico del Cuartel General del ejército, San Borja 2020".	El inadecuado estilo de vida se relaciona de manera directa y significativa con la presencia de la hipertensión arterial del personal Militar del Centro Médico del Cuartel General del Ejército, San Borja - 2020".	Vx.- Estilos de vida <u>Dimensiones</u> Hábitos alimenticios Actividad física Hábitos nocivos Vy.- Hipertensión arterial <u>Dimensiones</u> Hipertensión alta Hipertensión leve	Diseño: No experimental de Corte Transversal Método Método Educativo Método inductivo Método Estadístico	Población: Pacientes del personal militar en actividad Muestra: 136 pacientes del personal militar en actividad Análisis: Personal militar en actividad con hipertensión arterial.	Técnicas: Para la Variable Estilos de vida se aplicará la encuesta, siendo su instrumento el cuestionario. Para la variable hipertensión arterial será la documental, siendo su instrumento el cuaderno del registro de triaje
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS ESPECÍFICAS				
1 ¿Cómo se relacionan los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial de los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020? 2 ¿Cómo se relacionan las actividades físicas con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020? 3 ¿Cómo se relacionan los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020?	1. Establecer la relación de los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020 2. Establecer la relación de las actividades físicas con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020 3. Establecer la relación entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020	1. Existe una relación significativa entre los hábitos alimenticios con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020. 2. Existe una relación significativa entre las actividades físicas con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020. 3. Existe una relación significativa entre los hábitos nocivos con la hipertensión arterial en los pacientes del personal Militar del Cuartel General del Ejército, San Borja 2020.				

Anexo Nº 2
Instrumentos

CUESTIONARIO: ESTILOS DE VIDA

CODIGO: _____

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar la relación entre los estilos de vida no saludables y los grados de HTA, en pacientes que acuden al Centro Medico Militar del Cuartel general del Ejército, dicho cuestionario es anónimo manteniendo así la confiabilidad de sus respuestas.

INSTRUCTIVO

Marque Ud. con una X la respuesta que estime conveniente, solo una por pregunta.

I. DATOS PERSONALES

1. Edad
a) 45 – 50 b) 51 – 56 c) 57 – 60

2. Sexo
a) Masculino b) Femenino

3. Estado civil
a) Soltero b) Casado c) Conviviente
d) Viudo e) Divorciado

4. Lugar de nacimiento
a) Costa b) Sierra c) Selva

5. Grado de instrucción
a) Primaria b) Secundaria c) Técnico Superior
d) Educación superior

II. HÁBITOS ALIMENTICIOS

6. ¿Con que frecuencia usted come rápido?
a) Nunca b) Casi nunca c) Frecuentemente d) Siempre

7. ¿Con que frecuencia usted Consume frutas y verduras?
a) Nunca b) Casi nunca c) Frecuentemente d) Siempre

8. ¿Con que frecuencia usted Bebe agua fuera de las comidas
a) Nunca b) Casi nunca c) Frecuentemente d) Siempre

9. ¿Con que frecuencia usted Come entre comidas?
a) Nunca b) Casi nunca c) Frecuentemente d) Siempre

10. ¿Con que frecuencia usted De los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) lo consume?

a) Nunca b) Casi nunca c) Frecuentemente d) Siempre

III. ACTIVIDAD FÍSICA

11. ¿Con que frecuencia usted Realiza caminatas en forma diaria?

a) Siempre b) Frecuentemente c) Casi nunca d) Nunca

12. ¿Con que frecuencia usted Duerme un Número de horas adecuado a mis necesidades?

a) Siempre b) Frecuentemente c) Casi nunca d) Nunca

13. ¿Con que frecuencia usted Hace ejercicio físico de forma diaria?

a) Siempre b) Frecuentemente c) Casi nunca d) Nunca

14. ¿Con que frecuencia usted Ve la televisión o videos en todos mis ratos libres?

a) Siempre b) Frecuentemente c) Casi nunca d) Nunca

15. ¿Con que frecuencia usted camina por lo menos 2 horas al día?

a) Siempre b) Frecuentemente c) Casi nunca d) Nunca

IV. HÁBITOS NOCIVOS: CONSUMO DE ALCOHOL

16. ¿Usted consume Alcohol?

a) Sí b) No

Si su respuesta es SI.....

17. ¿Con que frecuencia usted Consume bebidas Alcohólicas?

a) Nunca b) Casi nunca c) Frecuentemente d) Siempre

18. ¿Cuántos vasos de alcohol consume usted a la semana?

a) 1 Vaso b) 2 Vasos c) 3 Vasos d) 4 Vasos a más

19. ¿Desde qué edad usted consume alcohol?

a) Menos de 20 años
b) De 21 a 30 años
c) De 31 a 40 años
d) Pasado 31 a 40 años

V. HÁBITOS NOCIVOS: CONSUMO DE TABACO

20. ¿Usted fuma?

- a. Si ()
- b. No ()

21. ¿Con que frecuencia usted fuma?

- a) Nunca
- b) Solo en reuniones
- c) Una vez a la semana
- d) Siempre

22. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted a la semana?

- a) 1 a 5 cigarrillos
- b) De 6 a 10 cigarrillos
- c) De 11 a 20 cigarrillos
- d) Más de 20 cigarrillos

Anexo N° 3
Matriz de datos

Datos Sociodemográficos

Edad	Sexo	Estado Civil	Lugar de nacimiento	Grado de instrucción
2	1	2	3	3
1	1	5	3	3
1	1	1	1	3
1	1	2	3	3
2	1	2	1	3
1	1	2	1	3
1	1	2	1	3
2	1	3	2	3
2	1	2	2	3
2	1	2	3	3
1	2	2	2	3
2	1	5	1	3
1	1	2	2	3
2	1	3	3	3
3	1	2	3	3
3	1	5	2	3
1	1	2	2	3
1	1	2	1	4
2	2	2	1	3
2	1	2	2	4
1	1	2	2	3

1	1	5	3	4
2	1	2	2	4
3	1	2	3	4
1	1	2	1	4
1	2	2	3	3
1	2	2	1	3
1	1	2	1	3
1	1	2	2	3
1	2	2	2	3
2	1	2	1	4
1	1	2	1	4
1	1	2	1	4
2	1	2	3	3
3	1	2	2	4
3	1	2	2	3
3	1	5	2	3
2	1	2	2	3
1	1	2	1	3
2	1	2	2	2
1	1	3	1	4
3	1	2	1	3
2	1	2	2	3
2	1	2	1	3
1	1	5	1	4
1	1	2	3	4
1	1	2	1	4
1	1	2	2	4

2	1	2	2	4
1	1	2	2	3
1	1	2	1	3
1	1	2	2	3
1	1	2	2	3
1	1	3	3	3
2	1	2	2	3
2	2	2	1	3
2	1	2	2	3
2	1	2	1	3
2	2	2	2	4
3	1	4	2	3

Dimensión: Hábitos alimenticios					Dimensión Actividad Física						
¿Con qué frecuencia usted come rápido?	¿Con qué frecuencia usted consume frutas y verduras?	¿Con qué frecuencia usted bebe agua fuera de las comidas?	¿Con que frecuencia usted come entre comidas?	¿Con qué frecuencia usted de los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) consume?	Promedio Hábitos Alimenticios	¿Con qué frecuencia usted realiza caminatas en forma diaria?	¿Con qué frecuencia usted duerme un número de horas adecuado a sus necesidades?	¿Con qué frecuencia usted hace ejercicios físicos?	¿Con qué frecuencia usted ve televisión o videos ?	¿Con qué frecuencia usted camina por lo menos dos horas al día?	Promedio Actividad física
4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1
1	4	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3
2	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3
2	3	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2
2	2	3	4	4	3	2	2	2	2	2	2
3	4	4	4	4	4	2	1	3	4	2	2
2	2	3	4	4	3	2	3	2	2	2	2
2	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2
1	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	4	3	2	2	2	4	2	2
1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	2	3
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

2	3	4	4	4	3	2	2	2	4	2	2
3	3	4	4	4	4	2	2	3	3	2	2
2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2
2	3	3	3	4	3	2	1	3	3	2	2
3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2
2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2
2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2
2	3	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2
2	4	4	2	4	3	3	3	3	3	3	3
2	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	2
2	4	3	4	4	3	2	2	2	2	2	2
2	3	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2
2	3	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2
2	4	4	2	2	3	3	4	4	3	3	3
4	4	2	4	4	4	2	3	2	4	1	2
3	2	2	3	4	3	3	3	2	4	2	3
2	4	4	4	4	4	3	2	3	4	1	3
4	4	4	4	4	4	2	2	3	3	2	2
2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3
2	4	4	4	4	4	1	3	3	4	2	3
3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2
3	3	3	3	3	3	2	2	2	4	2	2
4	3	4	4	3	4	4	4	3	2	1	3
3	3	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2
3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4

2	2	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3
3	3	2	3	4	3	2	3	3	4	3	3
4	2	2	3	3	3	2	2	2	4	3	3
3	2	2	3	4	3	2	3	2	4	2	3
3	2	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3
4	2	3	4	4	3	2	4	3	3	3	3
1	4	4	3	4	3	2	3	2	4	3	3
3	2	3	4	4	3	2	2	3	4	1	2
2	2	3	3	4	3	3	1	2	4	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
3	2	2	4	4	3	2	2	2	2	3	2
2	4	4	4	4	4	2	1	3	2	2	2
4	2	2	2	4	3	3	1	3	1	2	2
2	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	2
2	3	2	4	4	3	2	1	2	2	2	2
3	2	2	3	4	3	2	2	3	4	3	3
2	3	3	2	3	3	3	4	2	2	1	2
2	2	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3

Dimensión Hábitos nocivos									
¿Usted consume alcohol?	¿Con qué frecuencia usted consume bebidas alcohólicas?	¿Cuántos vasos de alcohol consume usted a la semana?	¿Desde qué edad usted consume alcohol?	¿Usted fuma?	¿Co qué frecuencia usted fuma?	¿Cuánto cigarrillos fuma usted a la semana?	Promedio Hábitos nocivos	Variable Estilos de vida	Variable Hipertensión Arterial
1	4	4	1	1	4	2	2	2	2
2	1	1	1	2	1	5	2	3	3
1	4	4	1	1	2	1	2	2	1
1	4	4	1	1	3	1	2	3	2
1	4	4	1	1	2	1	2	3	2
2	1	1	1	1	2	1	1	3	2
1	3	4	1	1	3	1	2	2	2
1	4	3	1	1	3	1	2	2	2
1	3	4	1	1	2	1	2	3	2
1	4	4	1	1	2	2	2	2	2
2	1	1	1	2	1	5	2	2	2
2	1	1	1	2	1	5	2	3	2
1	4	4	2	1	2	1	2	2	2
1	2	2	1	1	2	1	1	2	2
1	3	3	3	1	2	1	2	3	2
1	4	4	2	2	1	1	2	2	3
1	4	4	1	2	1	5	3	3	2
1	3	4	1	2	1	5	2	2	2
1	4	4	1	1	2	1	2	2	2
1	3	4	3	1	2	2	2	2	2
1	4	4	3	1	3	1	2	2	2

1	3	4	3	2	1	5	3	3	3
1	3	4	3	1	3	3	3	3	2
1	4	4	2	2	1	5	3	3	3
1	3	2	1	1	2	2	2	2	2
2	1	1	4	2	1	5	2	3	2
2	1	1	4	2	1	5	2	2	2
1	4	4	2	1	3	2	2	2	2
1	4	4	2	1	2	1	2	2	2
2	1	1	2	2	1	5	2	2	2
2	2	4	3	2	1	5	3	3	2
1	3	4	1	1	3	2	2	3	2
1	4	4	1	1	3	2	2	3	2
1	3	4	1	1	2	1	2	3	2
1	3	4	2	1	2	2	2	3	2
2	1	1	4	2	1	5	2	3	2
1	3	4	1	1	3	1	2	3	3
1	3	4	2	1	3	2	2	2	2
2	1	1	4	2	1	5	2	2	2
2	1	1	3	2	1	5	2	3	2
1	2	1	1	1	1	5	2	2	2
1	3	4	1	2	1	5	2	3	2
1	3	4	1	2	1	5	2	3	2
2	2	1	4	2	1	5	2	3	2
1	4	3	2	1	2	1	2	3	2
1	4	4	1	1	2	1	2	3	2
1	3	4	2	1	3	1	2	3	2
1	4	4	2	1	3	2	2	3	2

1	3	4	2	1	3	1	2	3	2
1	3	4	1	1	3	1	2	2	2
1	3	3	2	1	3	1	2	3	2
1	4	4	1	1	3	2	2	3	2
2	1	1	3	2	1	5	2	2	2
1	3	4	1	1	2	1	2	3	2
1	4	4	2	2	1	5	3	3	2
2	1	1	3	2	1	5	2	2	2
1	4	4	2	1	2	1	2	2	2
1	4	4	1	2	1	5	3	3	2
2	1	1	3	2	1	5	2	2	2
1	4	4	2	1	3	1	2	2	3

Leyendas

Edad:	Código
45-50	1
51-56	2
57-60	3

Sexo	Código
Masculino	1
Femenino	2

Estado civil	Código
Soltero	1
Casado	2
Conviviente	3
Viudo	4
Divorciado	5

Lugar de nacimiento	Código
Costa	1
Sierra	2
Selva	3

Grado de instrucción	Código
Primaria	1
Secundaria	2

Técnico superior	3
Educación superior	4

Respuestas Lickert	
Nunca	1
Casi nunca	2
Frecuentemente	3
Siempre	4

Respuestas para usted consume...	
sí	1
No	2

respuestas de cuantos vasos bebe...	
1 Vaso	1
2 Vasos	2
3 Vasos	3
4 Vasos a más	4

Respuestas de que edad consume alcohol	
Menos de 20 años	1
21 - 30	2
31 - 40	3

40 a más	4
----------	---

Respuestas de con que frecuencia fuma	
Nunca	1
Solo en reuniones	2
Una vez x semana	3
Siempre	4

Cuantos cigarrillos fuma a la semana	
de 1 a 5	1
de 6 a 10	2
de 11 a 20	3
más de 20	4
Ninguno	5

Anexo N° 4

Aprobación del proyecto de tesis



Callao, 18 de mayo de 2023

Señor (a) (ita)

Presente.-

Con fecha 18 de mayo de 2023 se ha expedido la siguiente Resolución:

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 196-2023-D/FCS Bellavista - Callao, 18 de mayo de 2023
EL DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

Visto el Dictamen Favorable emitido en forma colegiada por el Jurado Evaluador de Proyecto de Tesis de fecha 8 de mayo de 2023, según el siguiente detalle:

AUTOR (ES):	PARA OPTAR EL:	TÍTULO:
MUÑOZ LEÓN ALFREDO RENGIFO MÁRQUEZ JAMES SPENCER RODRÍGUEZ PORTILLA LUIS EDGARDO	TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA	"ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA - 2020"

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 84° del Estatuto actual de la universidad establece que "La Universidad tiene como función esencial y obligatoria promover y difundir la investigación, a través de la producción del conocimiento y el desarrollo de tecnologías de acuerdo con las necesidades de la sociedad en la región y en el país. ...";

Que, con Resolución N° 099-2021-CU de fecha 30 de junio 2021 se aprobó el Reglamento de Grados y Títulos; en los Artículos 75° y 76° se indica la aprobación del proyecto de tesis; y en el Artículo 78° señala que a partir de la emisión de la resolución de aprobación del proyecto de tesis, se tiene un plazo máximo de 02 años para la sustentación;

Que, conforme al Dictamen Favorable de fecha 8 de mayo de 2023 emitido en forma colegiada por el Jurado Evaluador del Proyecto de Tesis, designado mediante Resolución Decanal N° 095-2023-D/FCS de fecha 24 de febrero de 2023

Que, en uso de las atribuciones que le confiere el artículo 187°, numerales 187.2, 187.4 y 187.22 del estatuto actual de la Universidad Nacional del Callao.

RESUELVE:

1° **APROBAR** el Proyecto de Tesis, con lo que se declara expedito y se autoriza su desarrollo, según el detalle:

AUTOR (ES):	PARA OPTAR EL:	TÍTULO:
MUÑOZ LEÓN ALFREDO RENGIFO MÁRQUEZ JAMES SPENCER RODRÍGUEZ PORTILLA LUIS EDGARDO	TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA	"ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL PERSONAL MILITAR DEL CENTRO MÉDICO DEL CUARTEL GENERAL DEL EJERCITO, SAN BORJA - 2020"

2° **ELEVAR** la presente resolución junto al ejemplar del proyecto de tesis a la Unidad de Investigación para que se cumpla con la inscripción y codificación en el Libro de Registro de Tesis, conforme al artículo 76° del Reglamento de Grados y Títulos vigente de la universidad.

3° **TRANSCRIBIR** la presente resolución al (la) docente asesor (a), miembros del Jurado Evaluador de Proyecto de Tesis, Unidad de Investigación e interesados para su conocimiento y fines pertinentes.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

(FDO.): Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI.- Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.- Sello.

(FDO.): Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA.- Secretaria Académica.- Sello

Lo que transcribo a usted para los fines pertinentes.



Anexo Nº 5
Validación por juicio de expertos

ITEMS	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	p valor
1	1	1	1	1	1	1	0.0156
2	1	1	1	1	1	1	0.0156
3	1	1	1	1	1	1	0.0156
4	1	1	1	1	1	1	0.0156
5	1	1	1	1	1	1	0.0156
6	1	1	1	1	1	1	0.0156
7	1	1	1	1	1	1	0.0156
8	0	0	0	0	0	0	0.0156
9	0	0	0	0	0	0	0.0156
10	1	1	1	1	1	1	0.0156
11	1	1	1	1	1	1	0.0156

P VALOR 0.0156

PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE LOS JUECES

1 = Favorables

0 = No favorables

$$b = (Ta) / (Ta+Td) \times 100$$

Reemplazando por los valores obtenidos

Ta 54

Td 12

$$b = 82\%$$

El resultado indica que el 82% de las respuestas de los jueces concuerdan.

Anexo Nº 6
Kuder – Richardson

ENCUESTADO	PREGUNTAS o ÍTEMS						PUNTAJE TOTAL
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	
1	1	1	0	0	0	0	2
2	1	1	0	1	0	0	3
3	1	0	1	1	0	0	3
4	0	1	1	0	1	0	3
5	0	1	1	1	0	0	3
6	1	0	1	1	1	0	4
7	1	1	1	1	1	1	6
8	1	0	0	0	0	0	1
9	1	0	1	1	1	1	5
10	1	1	0	0	0	0	2
11	1	0	1	1	1	0	4
12	1	1	1	0	0	0	3
13	1	1	1	1	0	0	4
14	0	1	1	1	0	0	3
15	1	1	1	1	1	0	5
16	1	1	1	1	1	0	5
TOTAL DE ENCUESTADOS	16					varianza del puntaje total	1.73333333
p	0.81	0.69	0.75	0.69	0.44	0.13	
q	0.19	0.31	0.25	0.31	0.56	0.88	suma de p.q
p.q	0.15	0.21	0.19	0.21	0.25	0.11	1.13

K	6	preguntas o items
k-1	5	nº de preguntas - 1
Σ p.q	1.13	suma de p.q
St²	1.733	varianza del puntaje total

KR20 0.42115

Anexo Nº 7
Alfa de Cronbach

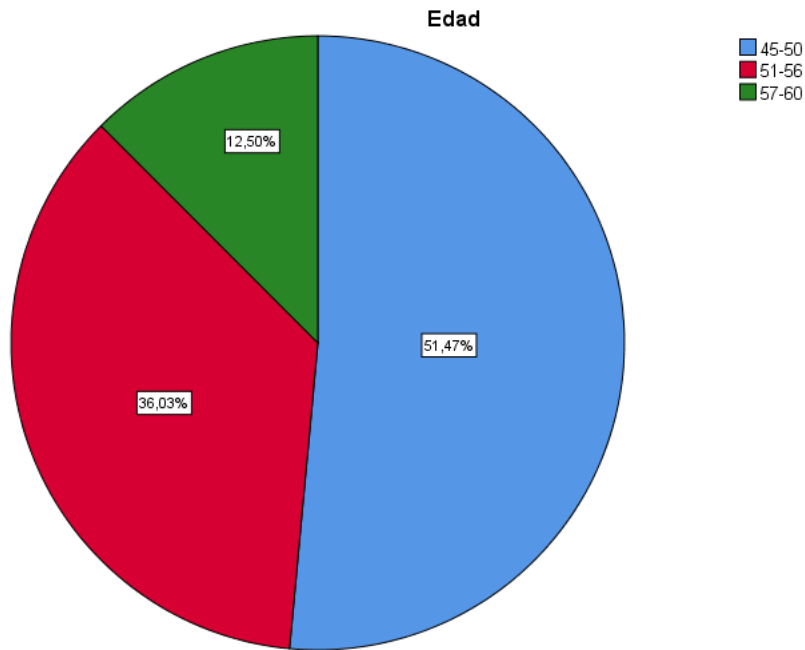
Encuestados	PREGUNTAS O ITEMS													Total Filas
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	
1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	17
2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	21
3	2	1	1	2	1	1	4	1	2	1	1	1	1	19
4	1	2	1	2	2	1	4	1	1	2	3	1	2	23
5	2	2	3	2	1	2	4	1	1	1	4	2	1	26
6	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	17
7	2	3	3	1	3	1	4	4	2	2	3	2	1	31
8	2	3	3	2	3	2	4	4	2	2	4	1	2	34
9	2	1	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	19
10	2	1	2	1	3	1	1	4	2	2	3	1	2	25
11	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	4	2	1	20
12	2	3	3	3	3	2	4	4	2	2	4	1	2	35
13	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	15
14	2	1	3	2	1	2	4	2	1	2	4	1	1	26
15	2	3	1	3	3	1	4	3	2	2	2	2	2	30
16	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	18
17	1	3	2	1	3	1	1	3	1	2	1	1	2	22
18	2	2	3	3	3	1	4	2	2	1	4	1	1	29
19	2	3	2	3	3	2	4	4	2	2	3	2	2	34
20	2	3	3	3	3	2	4	3	1	2	3	1	2	32
														41.60 78947
Varianza x ítem	0.22105	0.84211	0.78684	0.69474	0.99737	0.26053	2.09211	1.41053	0.26053	0.19737	1.39737	0.19737	0.26053	9.6184211

K	5	
k-1	4	
$\Sigma \sigma_i^2$	9.62	
σ_x^2	41.608	

ALFA CROMBACH	0.96104
----------------------	----------------

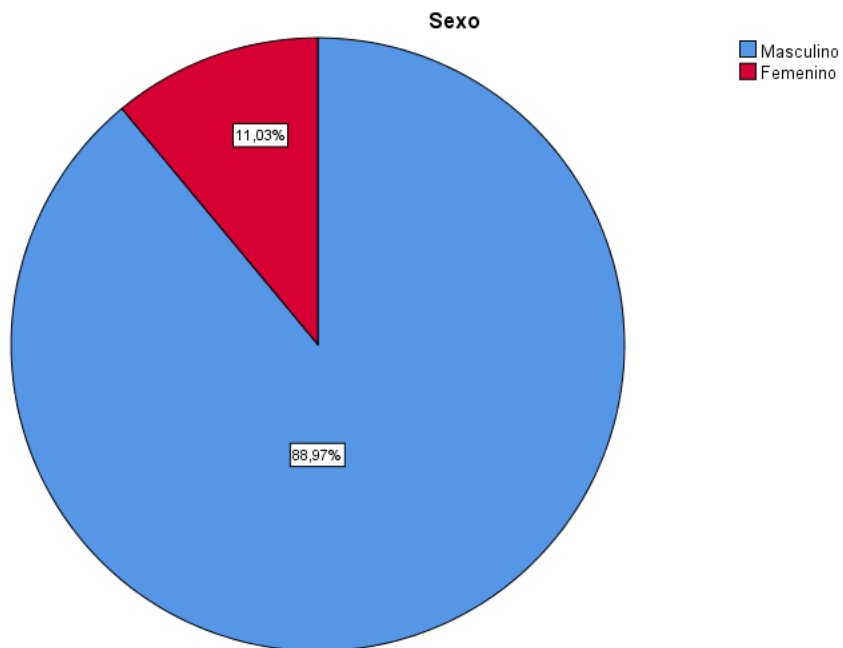
Anexo Nº 8
Tablas y figuras de la investigación

Figura 1:
Edad del paciente



Elaboración propia

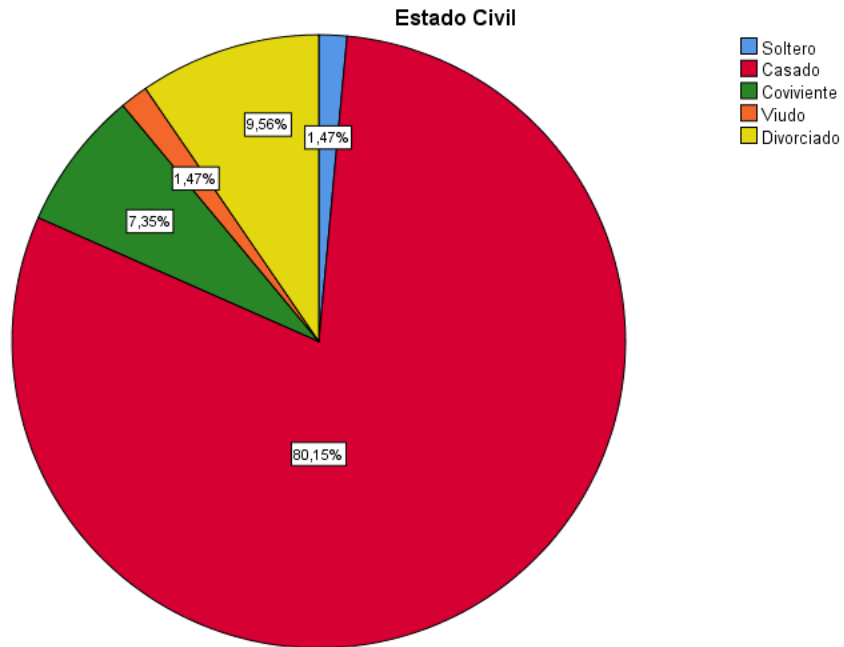
Figura 2:
Sexo del paciente



Elaboración propia

Figura 3:

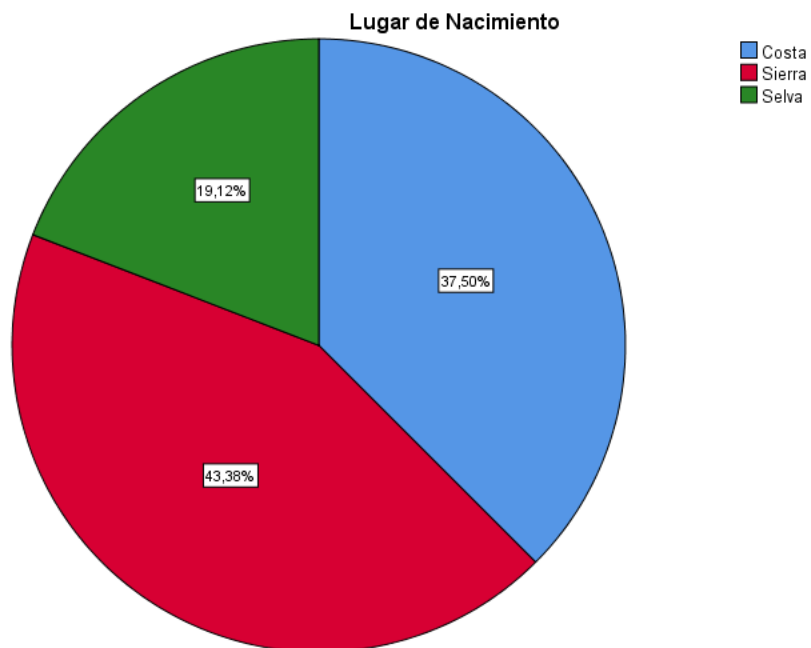
Estado civil del paciente



Elaboración propia

Figura 4:

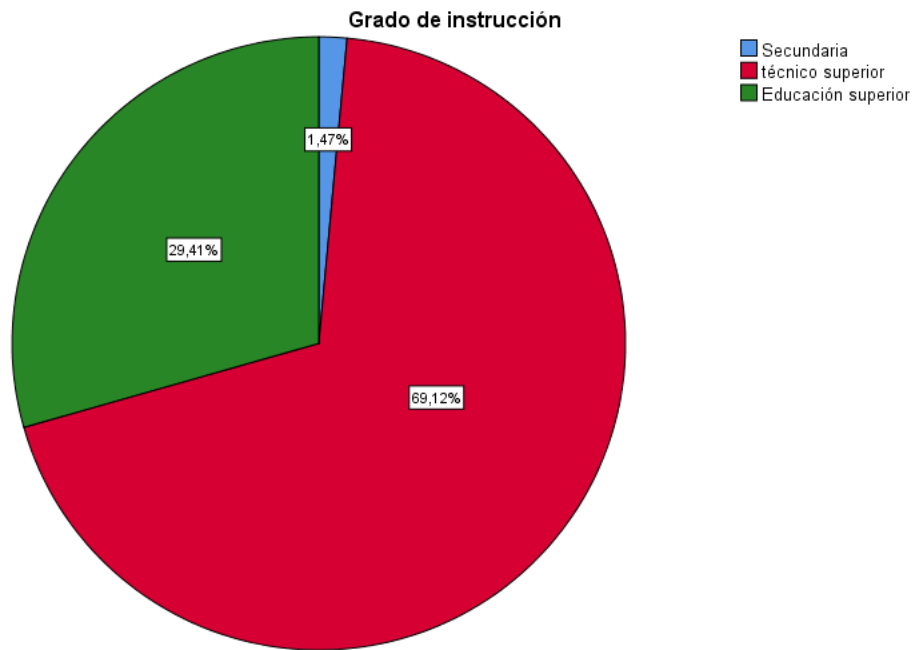
Lugar de nacimiento del paciente



Elaboración propia

Figura 5:

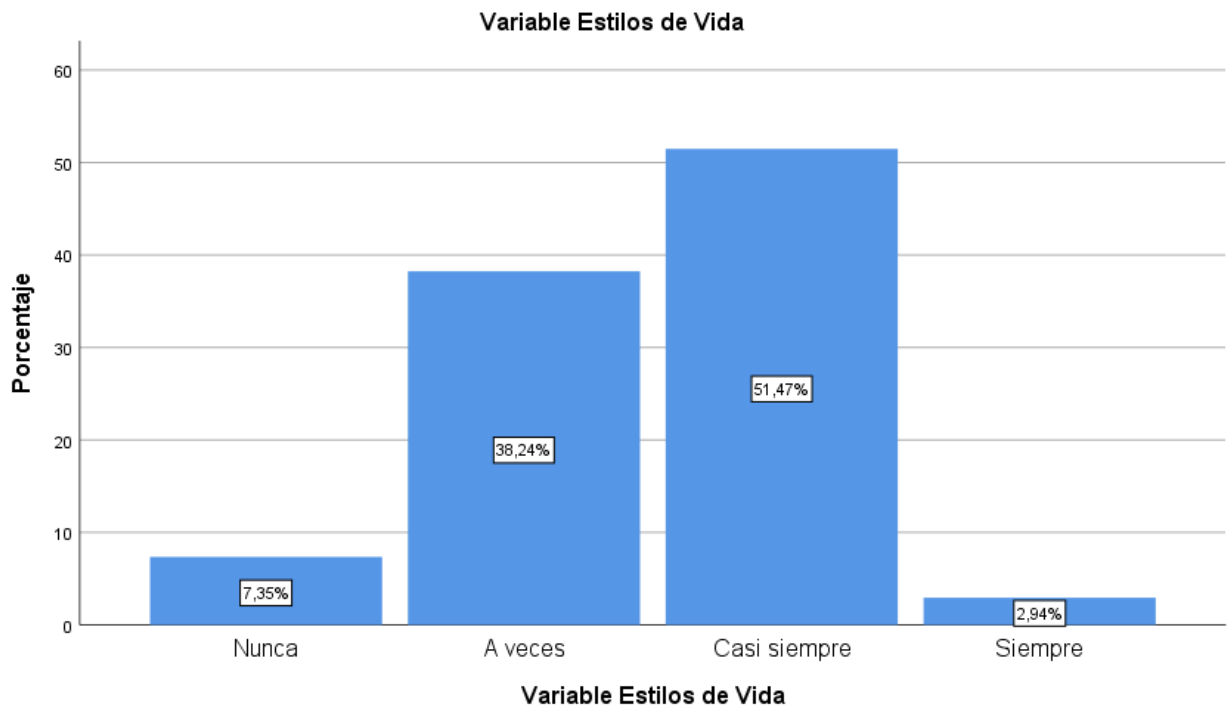
Grado de instrucción



Elaboración propia

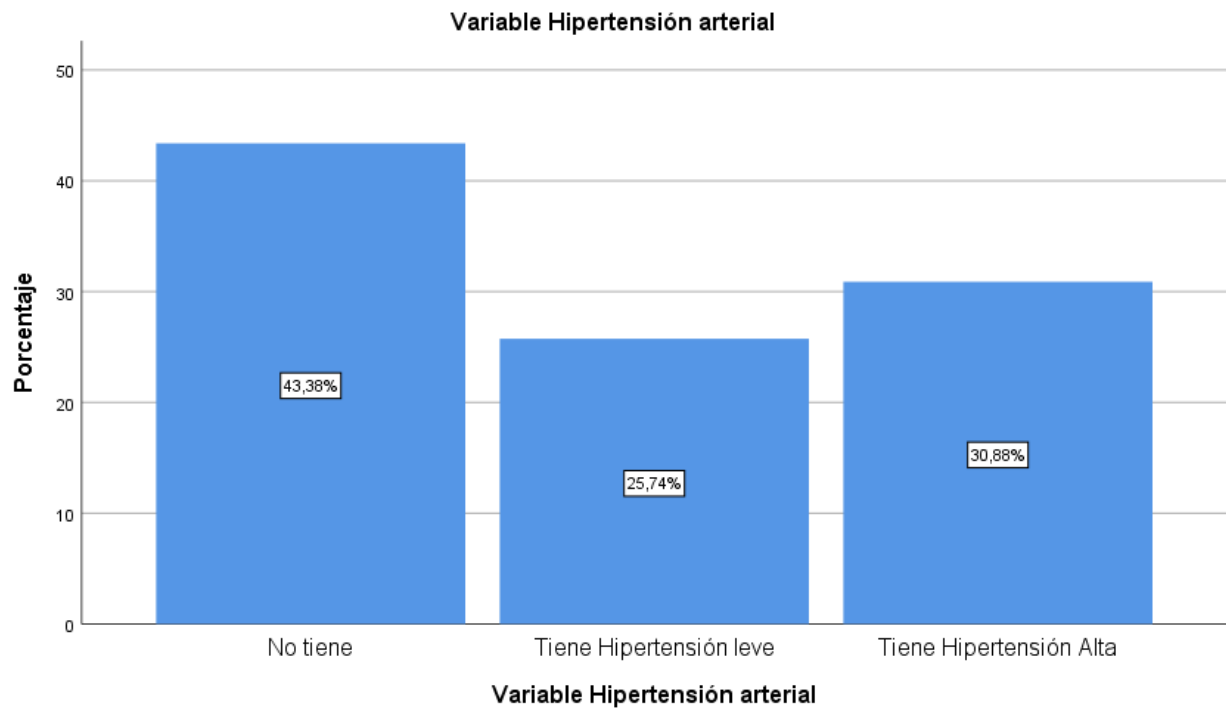
Figura 6:

Estilos de vida



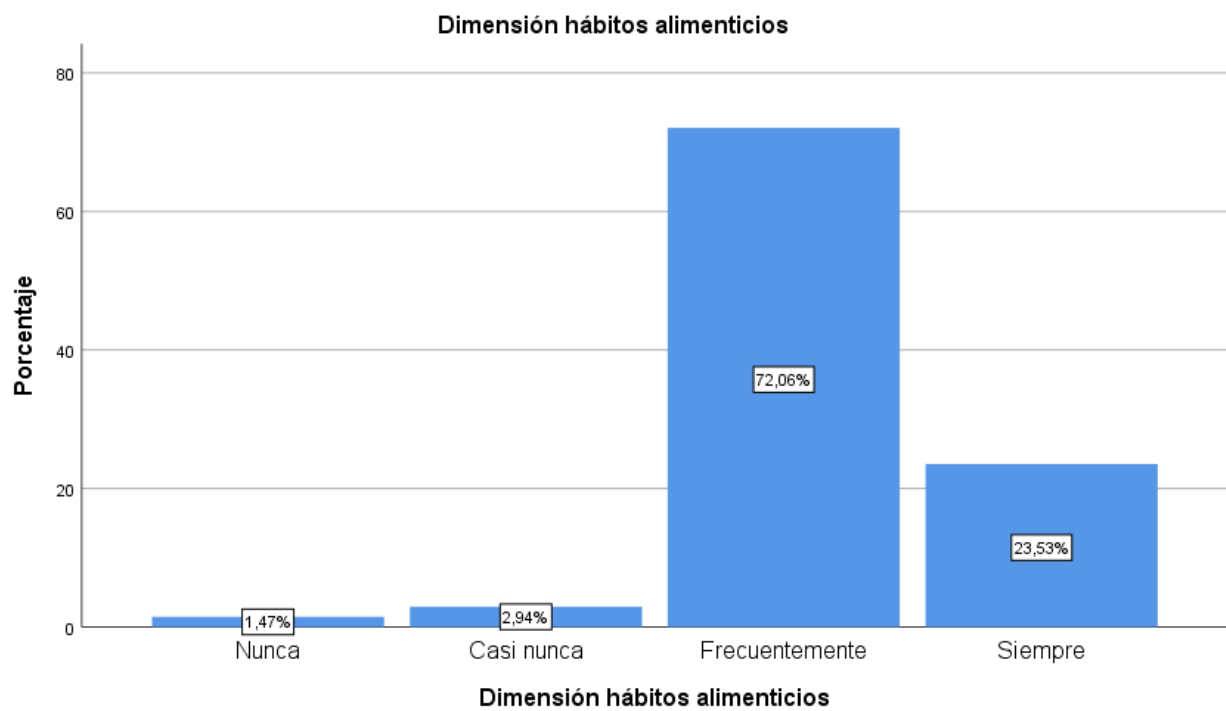
Elaboración propia

Figura 7:
Hipertensión arterial



Elaboración propia

Figura 8:
Hábitos alimenticios



Elaboración propia

Figura 9:

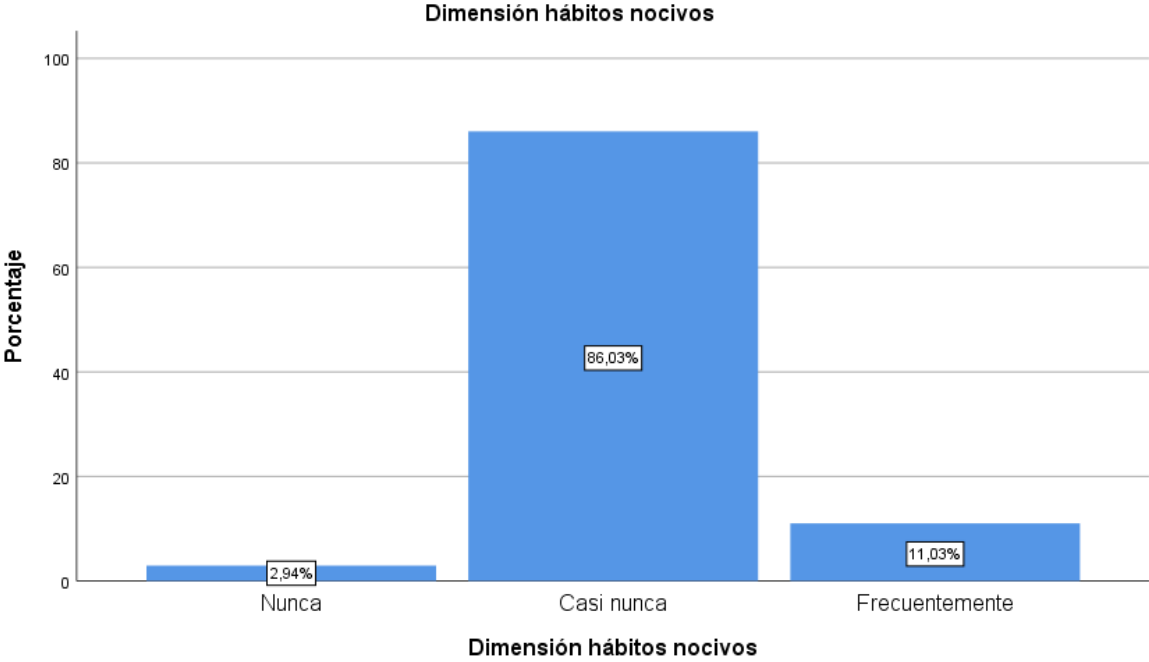
Actividad física



Elaboración propia

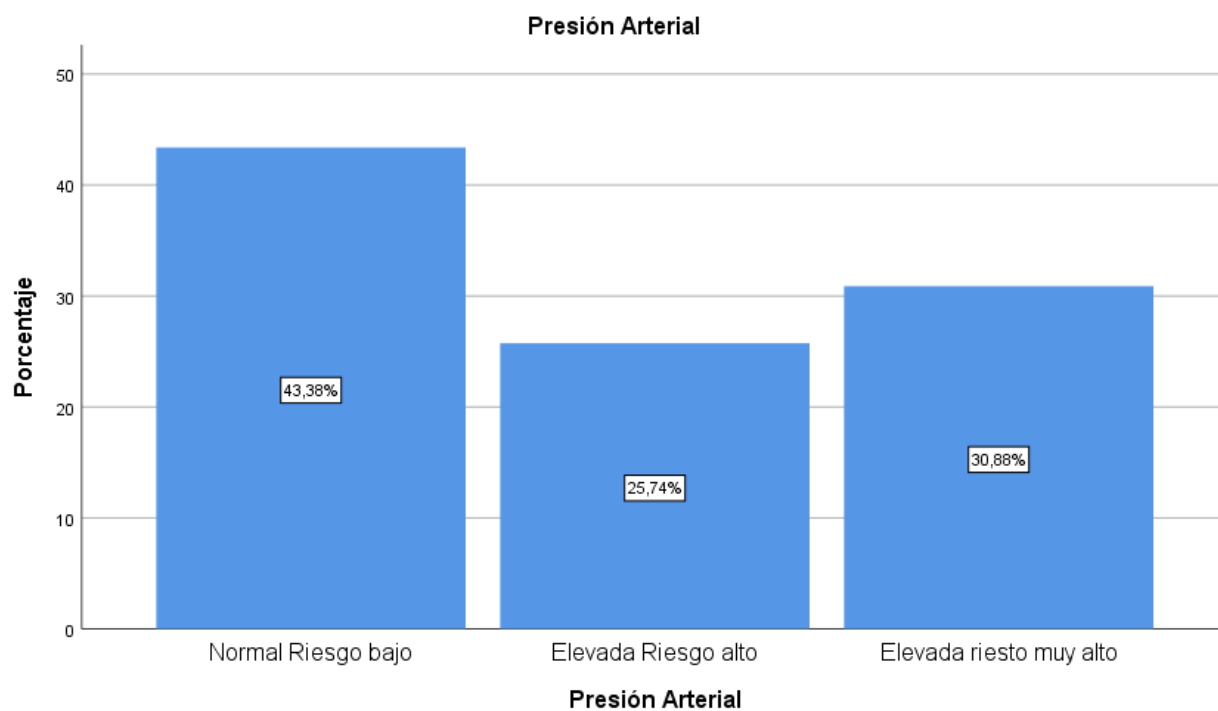
Figura 10:

Hábitos nocivos



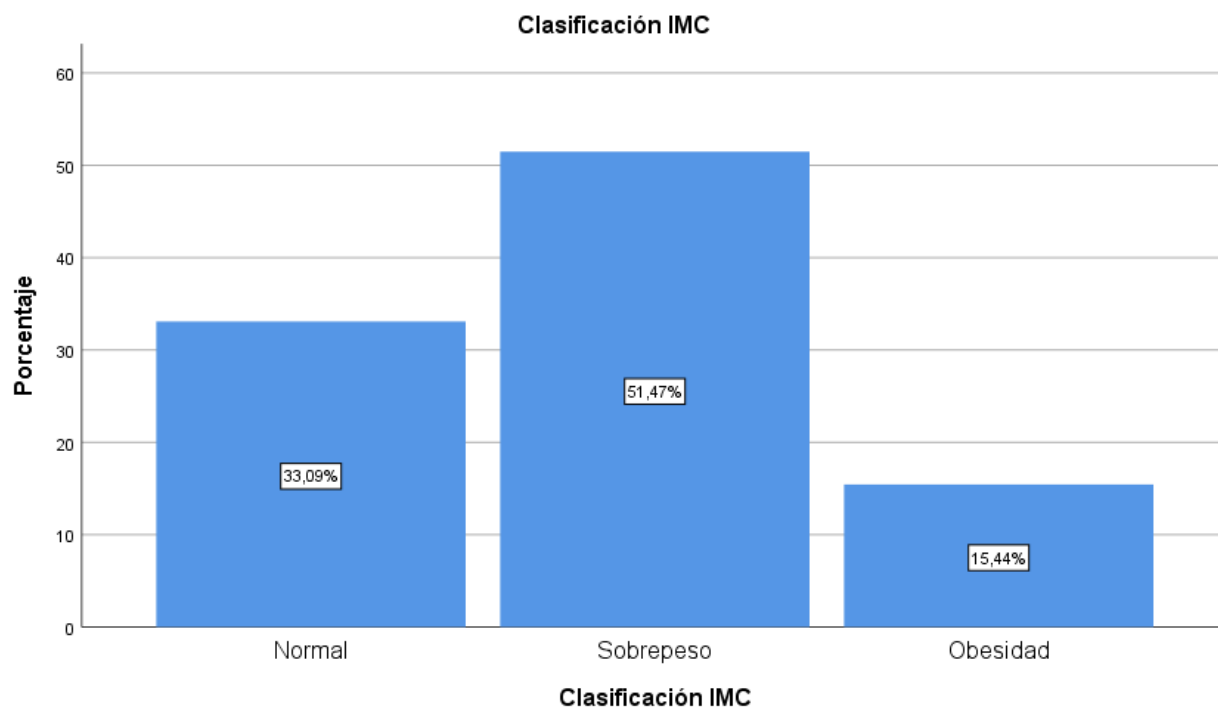
Elaboración propia

Figura 11:
Presión arterial



Elaboración propia

Figura 12:
Clasificación de IMC



Elaboración propia

Dimensión: Hábitos alimenticios

Tabla 1:

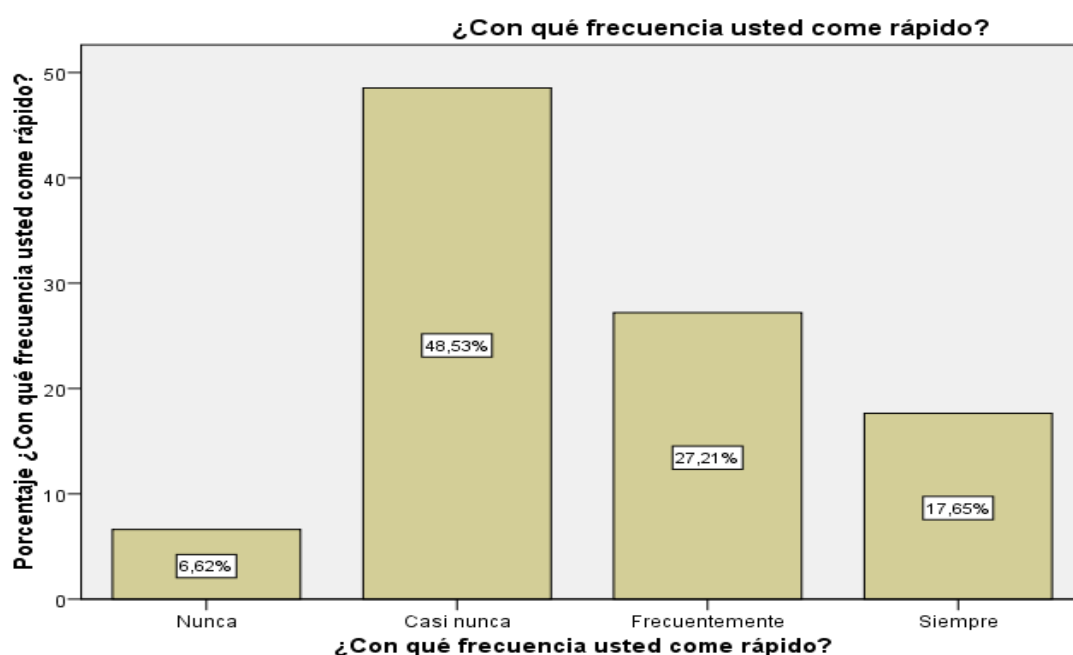
¿Con qué frecuencia usted come rápido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	9	6,6	6,6	6,6
	Casi nunca	66	48,5	48,5	55,1
	Frecuentemente	37	27,2	27,2	82,4
	Siempre	24	17,6	17,6	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 13:

¿Con qué frecuencia usted come rápido?



Elaboración propia

Tabla 2:

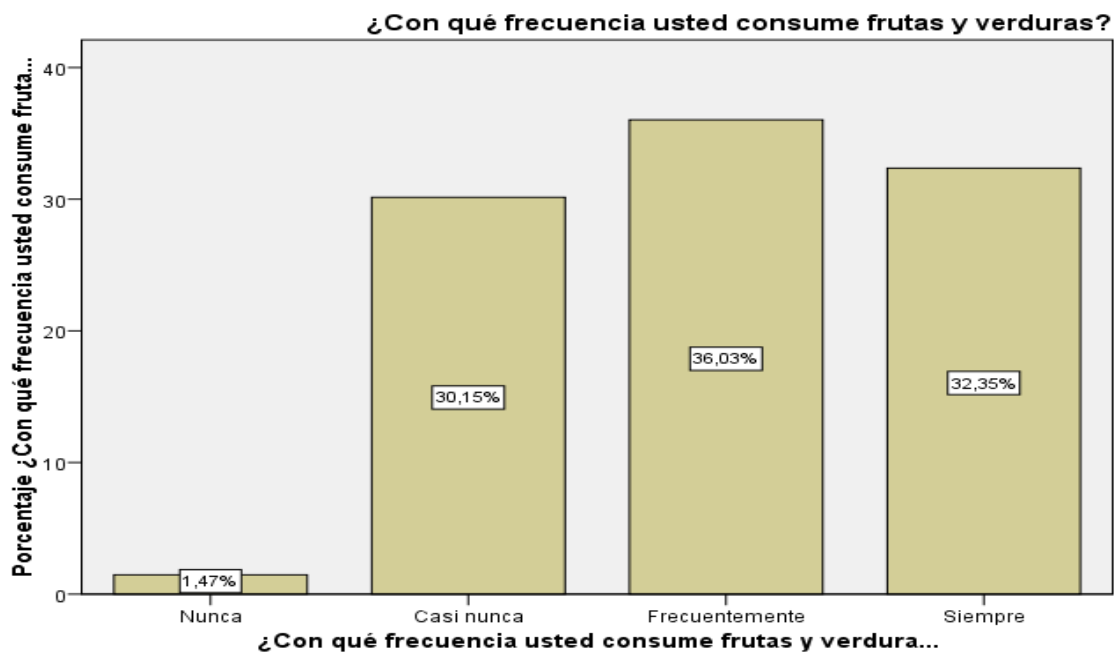
¿Con qué frecuencia usted consume frutas y verduras?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,5	1,5	1,5
	Casi nunca	41	30,1	30,1	31,6
	Frecuentemente	49	36,0	36,0	67,6
	Siempre	44	32,4	32,4	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 14:

¿Con qué frecuencia usted consume frutas y verduras



Elaboración propia

Tabla 3:

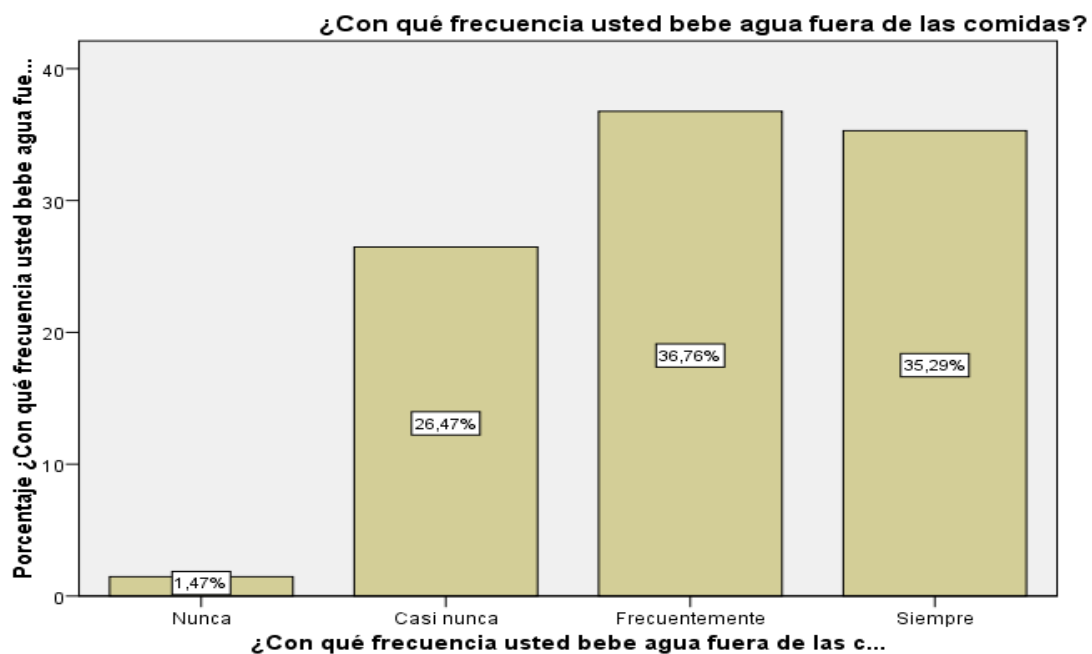
¿Con qué frecuencia usted bebe agua fuera de las comidas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,5	1,5	1,5
	Casi nunca	36	26,5	26,5	27,9
	Frecuentemente	50	36,8	36,8	64,7
	Siempre	48	35,3	35,3	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 15:

¿Con qué frecuencia usted bebe agua fuera de las comidas?



Elaboración propia

Tabla 4:

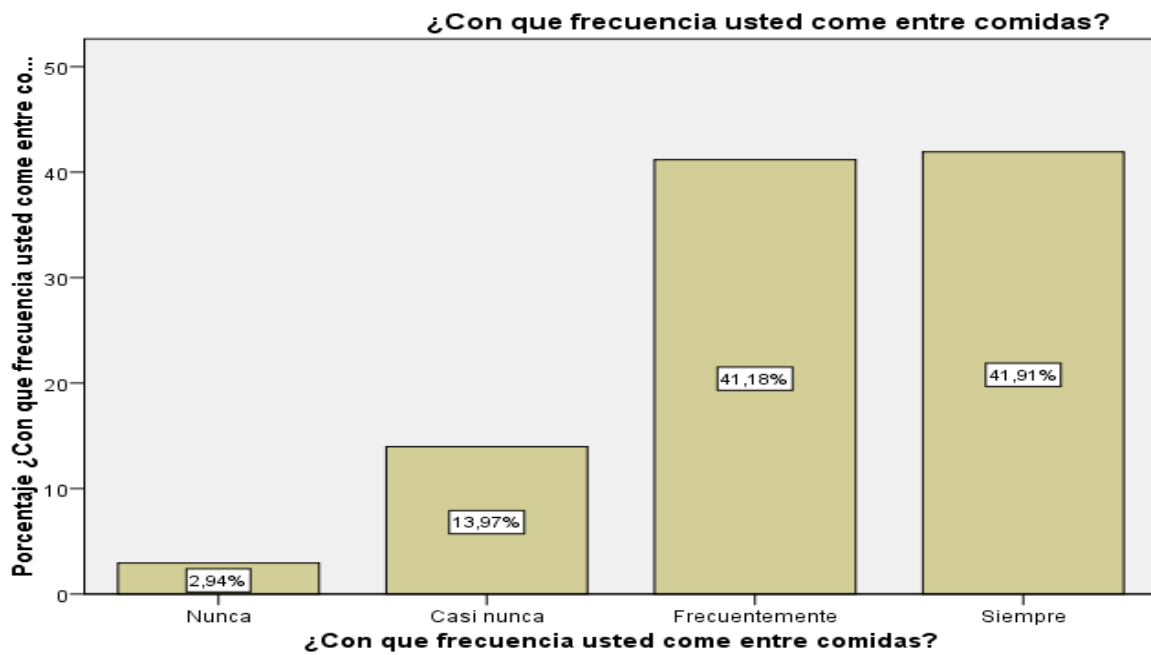
¿Con qué frecuencia usted come entre comidas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	2,9	2,9	2,9
	Casi nunca	19	14,0	14,0	16,9
	Frecuentemente	56	41,2	41,2	58,1
	Siempre	57	41,9	41,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 16:

¿Con qué frecuencia usted come entre comidas?



Elaboración propia

Tabla 5:

¿Con qué frecuencia usted de los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) consume?

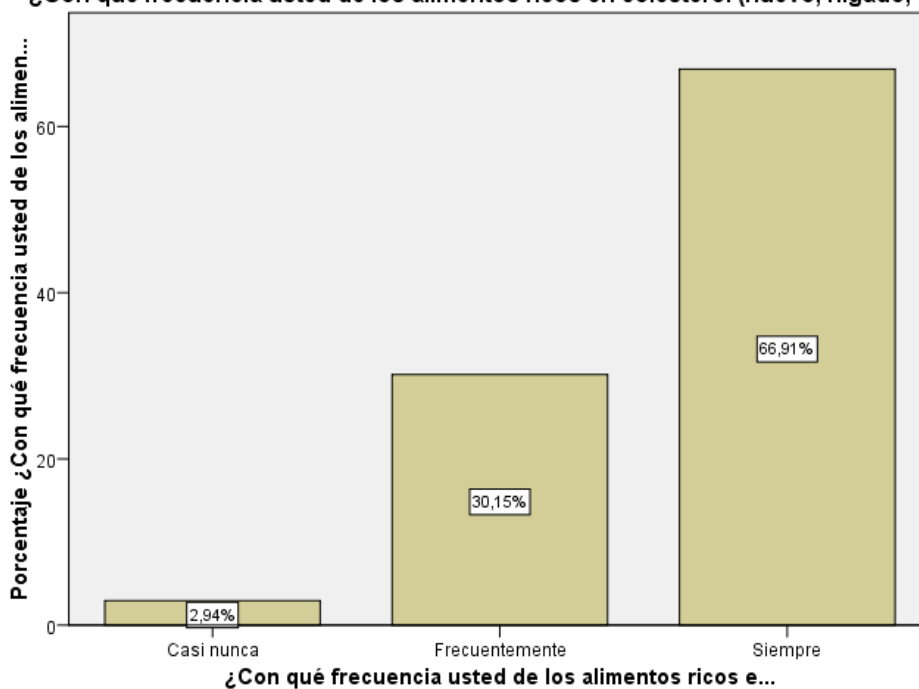
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casi nunca	4	2,9	2,9	2,9
	Frecuentemente	41	30,2	30,2	33,1
	Siempre	91	66,9	66,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 17:

¿Con qué frecuencia usted de los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) consume?

¿Con qué frecuencia usted de los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helado) consume?



Elaboración propia

Dimensión: Actividad física

Tabla 6:

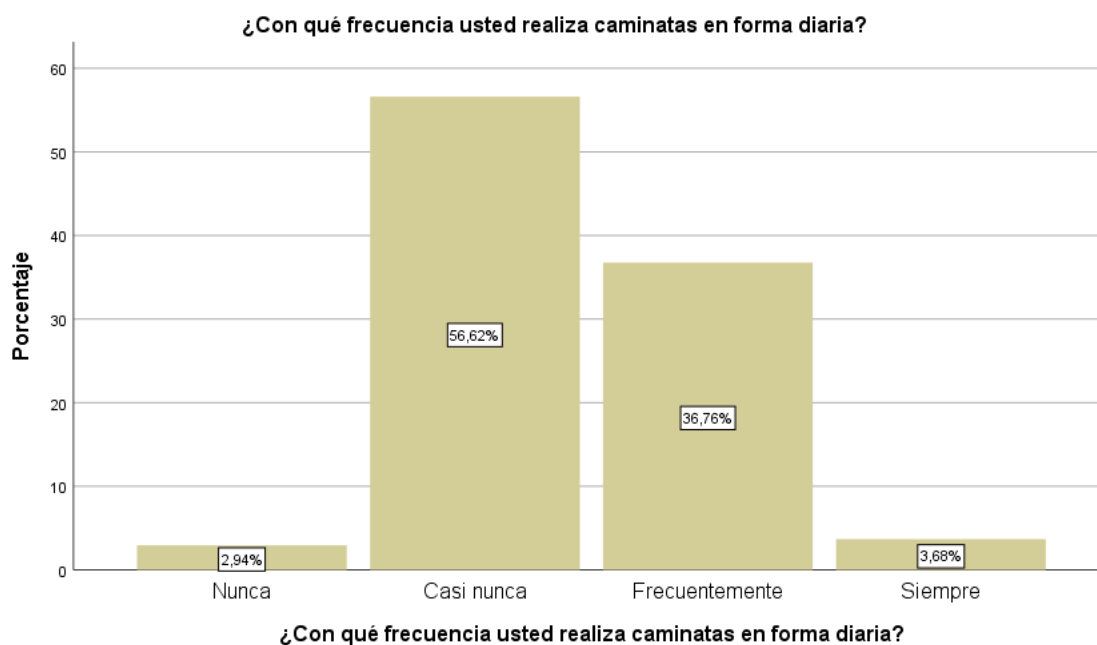
¿Con qué frecuencia usted realiza caminatas en forma diaria?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	2,9	2,9	2,9
	Casi nunca	77	56,6	56,6	59,6
	Frecuentemente	50	36,8	36,8	96,3
	Siempre	5	3,7	3,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 18:

¿Con qué frecuencia usted realiza caminatas en forma diaria?



Elaboración propia

Tabla 7:

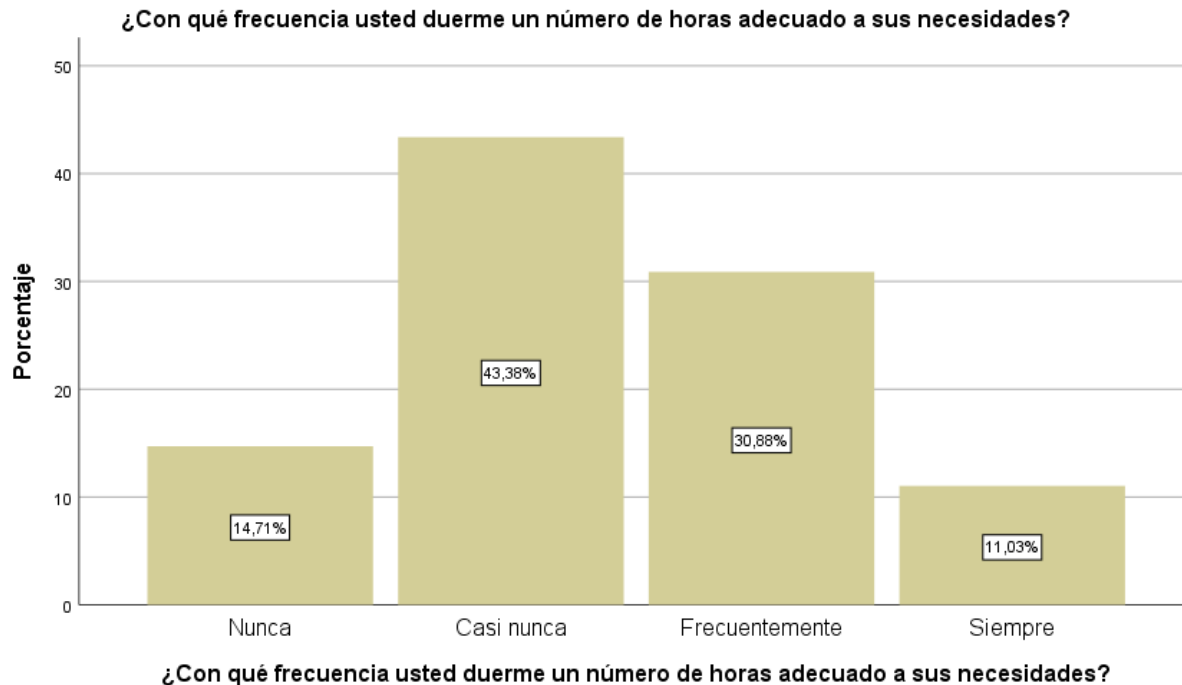
¿Con qué frecuencia usted duerme un número de horas adecuado a sus necesidades?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	20	14,7	14,7	14,7
	Casi nunca	59	43,4	43,4	58,1
	Frecuentemente	42	30,9	30,9	89,0
	Siempre	15	11,0	11,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 19:

¿Con qué frecuencia usted duerme un número de horas adecuado a sus necesidades?



Elaboración propia

Tabla 8:

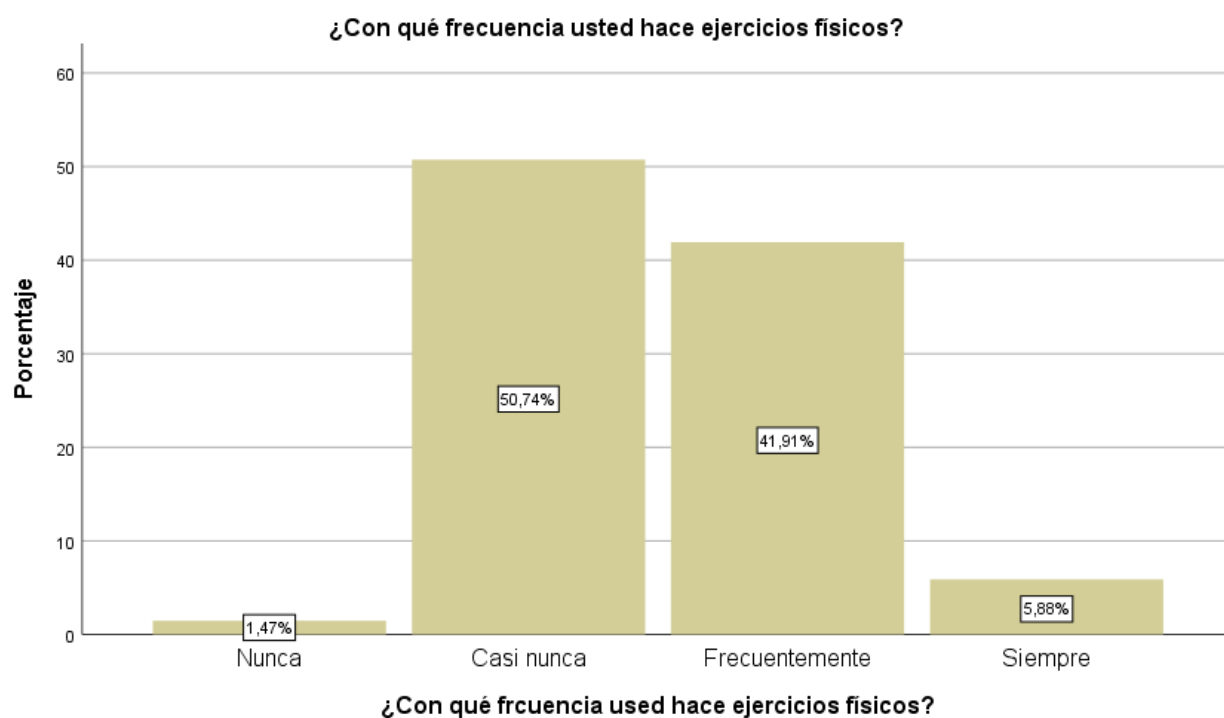
¿Con qué frecuencia usted hace ejercicios físicos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,5	1,5	1,5
	Casi nunca	69	50,7	50,7	52,2
	Frecuentemente	57	41,9	41,9	94,1
	Siempre	8	5,9	5,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 20:

¿Con qué frecuencia usted hace ejercicios físicos?



Elaboración propia

Tabla 9:

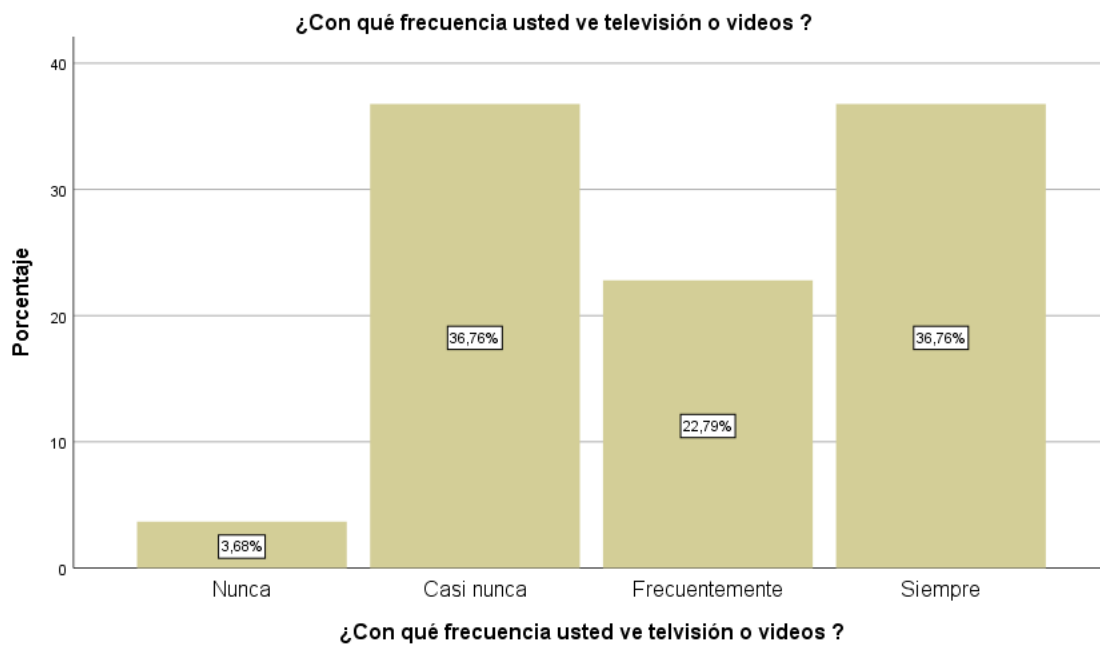
¿Con qué frecuencia usted ve televisión o videos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	5	3,7	3,7	3,7
	Casi nunca	50	36,8	36,8	40,4
	Frecuentemente	31	22,8	22,8	63,2
	Siempre	50	36,8	36,8	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 21:

¿Con qué frecuencia usted ve televisión o videos?



Elaboración propia

Tabla 10:

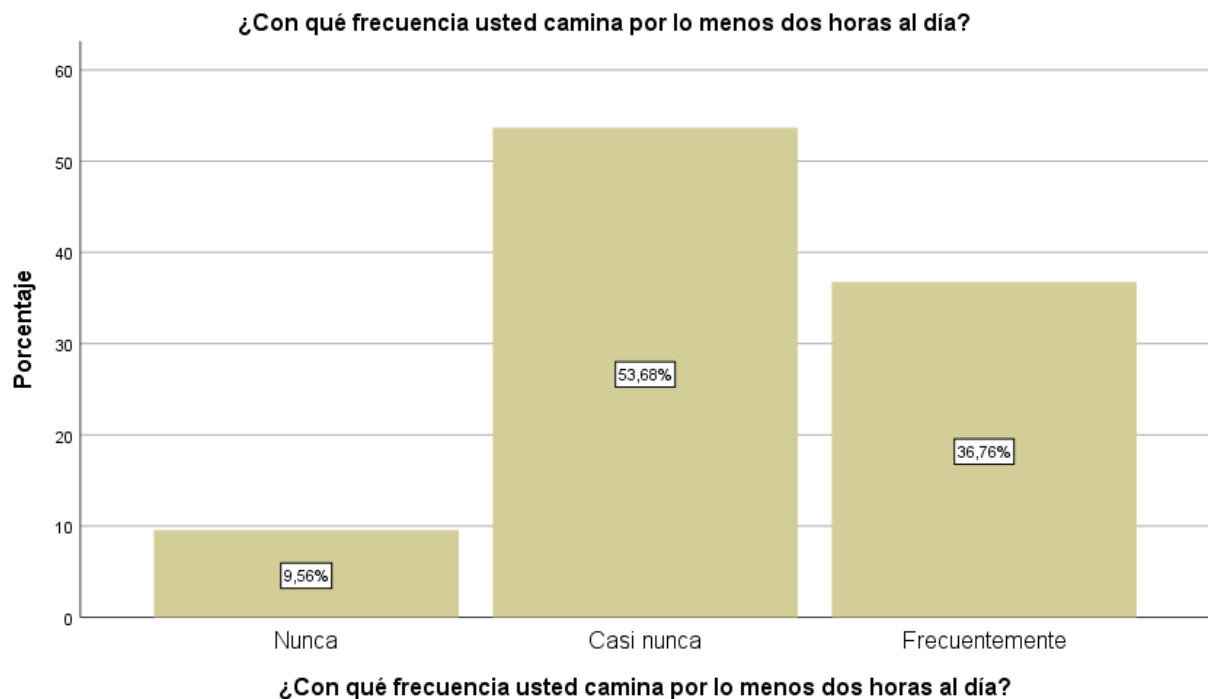
¿Con qué frecuencia usted camina por lo menos dos horas al día?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	13	9,6	9,6	9,6
	Casi nunca	73	53,7	53,7	63,2
	Frecuentemente	50	36,8	36,8	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 22:

¿Con qué frecuencia usted camina por lo menos dos horas al día?



Elaboración propia

Dimensión: hábitos nocivos

Tabla 11:

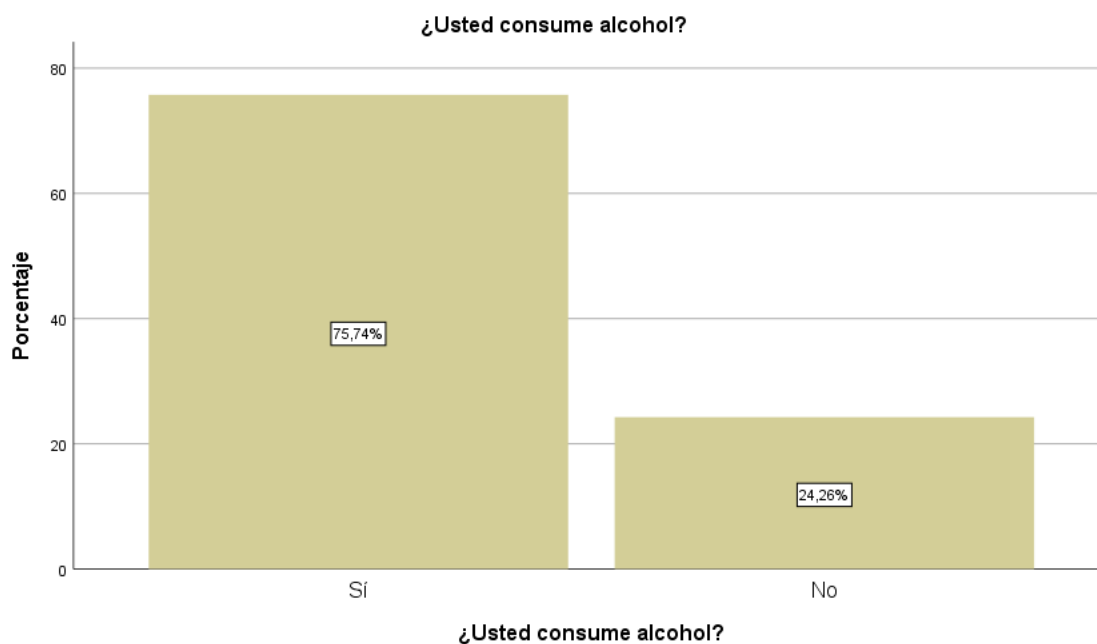
¿Usted consume alcohol?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	103	75,7	75,7	75,7
	No	33	24,3	24,3	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 23:

¿Usted consume alcohol?



Elaboración propia

Tabla 12:

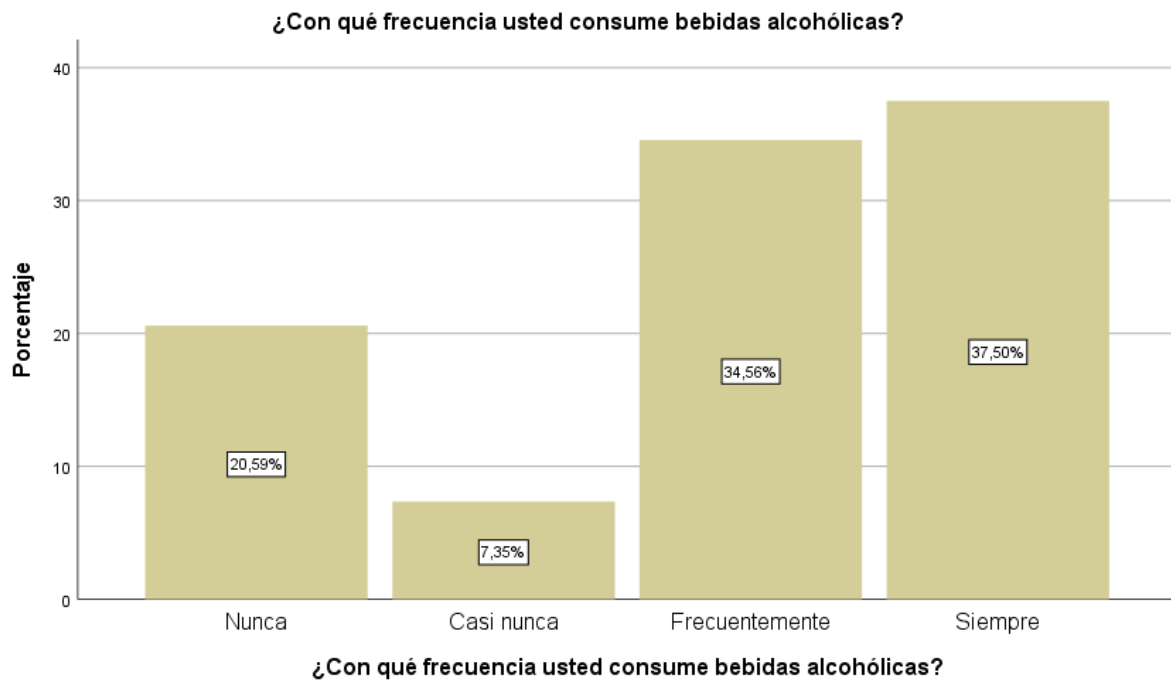
¿Con qué frecuencia usted consume bebidas alcohólicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	28	20,6	20,6	20,6
	Casi nunca	10	7,4	7,4	27,9
	Frecuentemente	47	34,6	34,6	62,5
	Siempre	51	37,5	37,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 24:

¿Con qué frecuencia usted consume bebidas alcohólicas?



Elaboración propia

Tabla 13:

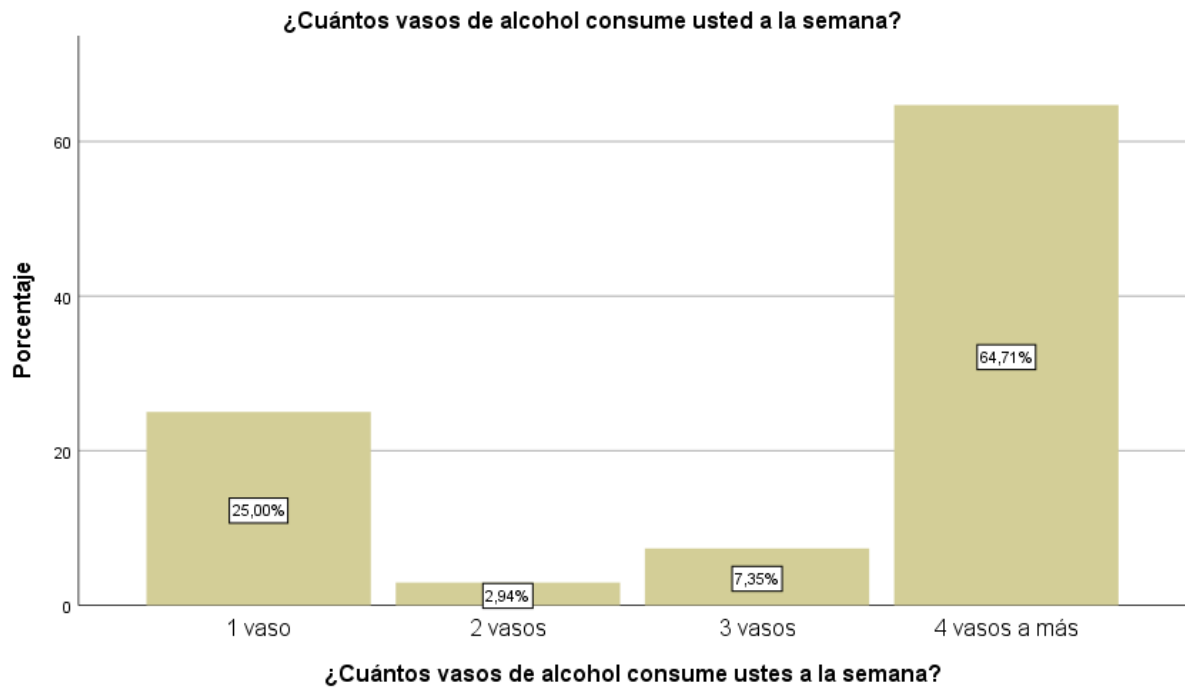
¿Cuántos vasos de alcohol consume usted a la semana?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 vaso	34	25,0	25,0	25,0
	2 vasos	4	2,9	2,9	27,9
	3 vasos	10	7,4	7,4	35,3
	4 vasos a más	88	64,7	64,7	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 25:

¿Cuántos vasos de alcohol consume usted a la semana?



Elaboración propia

Tabla 14:
¿Desde qué edad usted consume alcohol?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 20 años	65	47,8	47,8	47,8
	de 21 a 30 años	38	27,9	27,9	75,7
	De 31 a 40 años	22	16,2	16,2	91,9
	Pasado 41 años	11	8,1	8,1	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 26:
¿Desde qué edad usted consume alcohol?



Elaboración propia

Tabla 15:

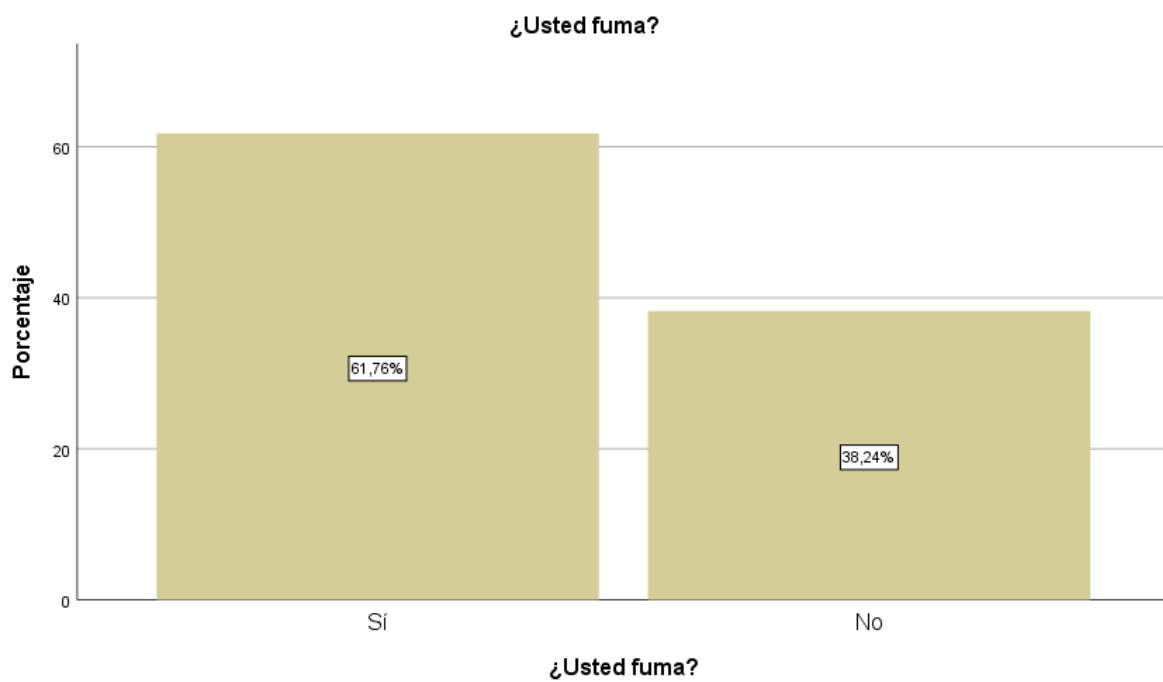
¿Usted fuma?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	84	61,8	61,8	61,8
	No	52	38,2	38,2	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 27:

¿Usted fuma?



Elaboración propia

Tabla 16:

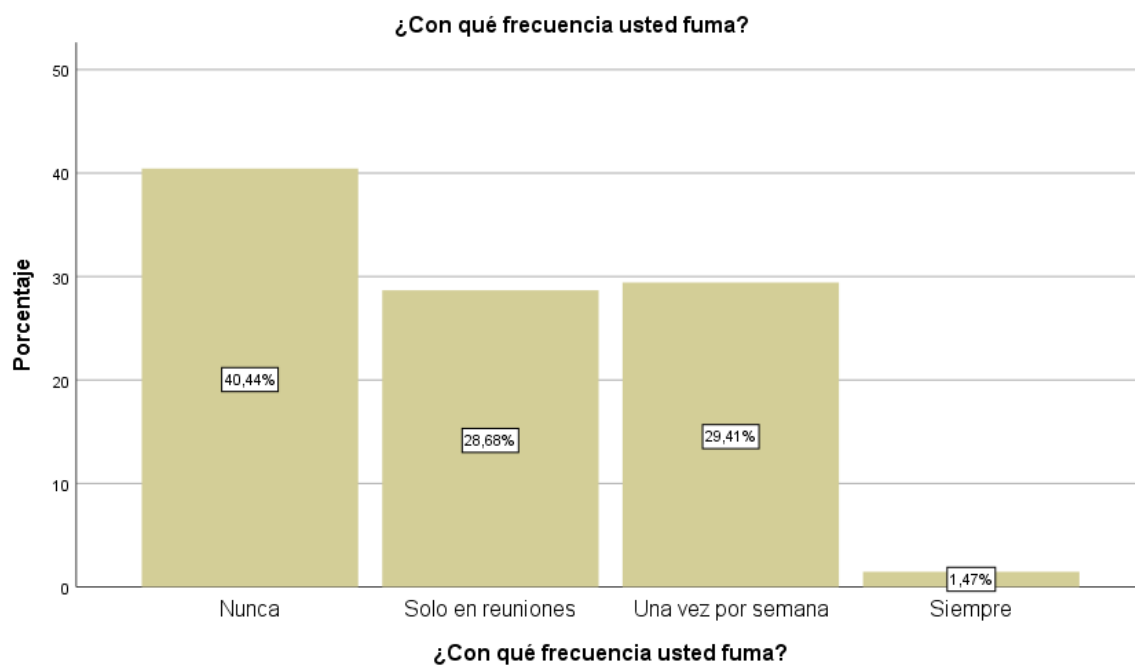
¿Con qué frecuencia fuma?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	55	40,4	40,4	40,4
	Solo en reuniones	39	28,7	28,7	69,1
	Una vez por semana	40	29,4	29,4	98,5
	Siempre	2	1,5	1,5	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 28:

¿Con qué frecuencia fuma?



Elaboración propia

Tabla 17:

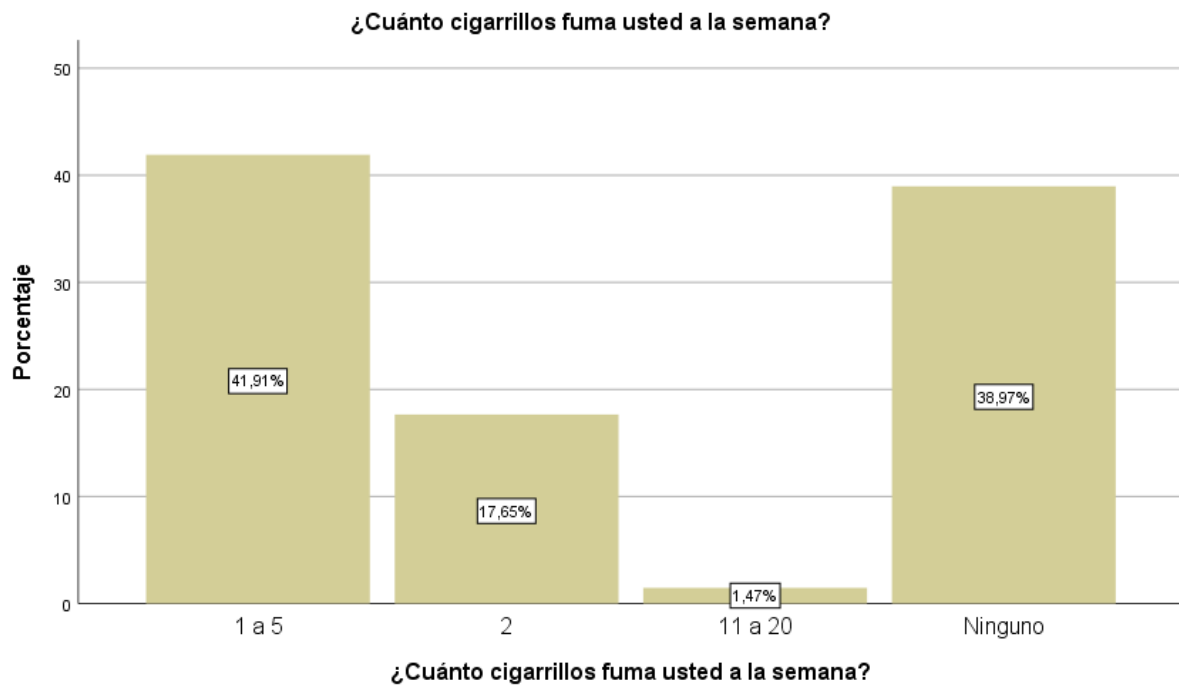
¿Cuánto cigarrillos fuma usted a la semana?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 5	57	41,9	41,9	41,9
	2	24	17,6	17,6	59,6
	11 a 20	2	1,5	1,5	61,0
	Ninguno	53	39,0	39,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

Elaboración propia

Figura 29:

¿Cuántos cigarrillos fuma usted a la semana?



Elaboración propia

Anexo Nº 9
Fotos











