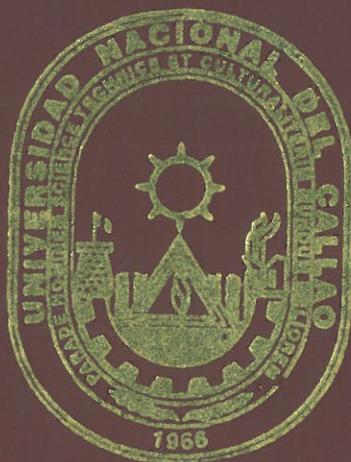


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
ESCUELA DE POSGRADO**

**SECCION DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLE DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL SERVICIO  
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA"**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORA:**

**LIC. CRISTOBAL CERVANTES JHEYMI TATIANA**

**CALLAO - 2014**

**PERÚ**

\$D  
14024

50  
samples

37491

411

t.e  
363.1521  
c86

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLE DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL SERVICIO  
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA"**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORA:**

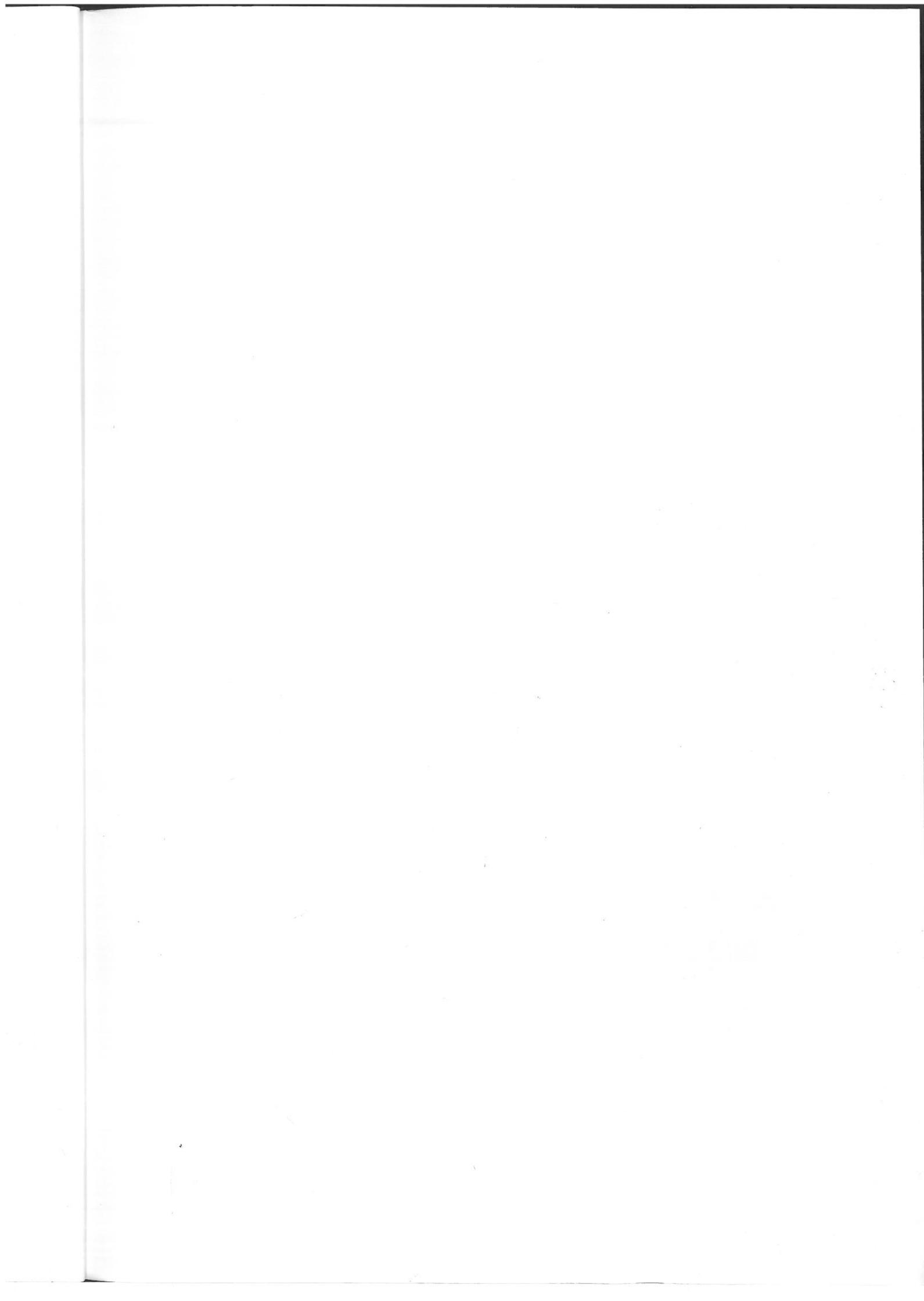
**LIC. CRISTÓBAL CERVANTES JHEYMI TATIANA**

H3

  
LIC. C.C.

**CALLAO – 2014**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |   |            |
|---|------------|
| • Dr. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA      | PRESIDENTE |
| • Dr. HERNÁN CORTEZ GUTIÉRREZ             | SECRETARIA |
| • Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO         | MIEMBRO    |
| • Mg. Espec. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO | MIEMBRO    |

**ASESOR: Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA**

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 020

Fecha de Aprobación de tesis: 10 de Mayo del 2014

Resolución de sustentación de la Sección de Post Grado

Nº 291-2014-SPGFCS

**DEDICATORIA**

A la Cadena Más Valiosa

Del existir de Nuestras Vidas,

Dios, Nuestros Padres,

Maestros y Amigos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>RESUMEN</b>	9
<b>ABSTRACT</b>	10
<b>I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	11
1.1 Identificación del problema	11
1.2 Formulación de problema	16
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.4 Justificación	16
<b>II.- MARCO TEÓRICO</b>	19
2.1 Antecedentes del estudio	19
2.2 Marco Teórico	23
2.3 Definición de Términos	59
<b>III.- VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	60
3.1 Definición de variables	60
3.2 Operacionalización de variables	61
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas	63
<b>IV.- METODOLOGÍA</b>	64
4.1 Tipo de investigación	64
4.2 Diseño de investigación	64
4.3 Población muestral	64
4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos	66
4.5 Procedimiento de recolección de datos	67
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos	67

<b>V.- RESULTADOS</b>	69
<b>VI.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	70
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados	70
5.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares	71
<b>VII.- CONCLUSIONES</b>	72
<b>VIII.- RECOMENDACIONES</b>	73
<b>IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	74
<b>ANEXOS</b>	76
Matriz de Consistencia	77

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla Nº 5.1</b>	Nivel De Conocimiento Sobre Los Estilos De Vida Saludable En Pacientes Hipertensos De Emergencia Del Hospital Luis Negreiros Vega Julio del 2012	69
---------------------	---	----

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad cuya prevalencia se encuentra en constante ascenso y que puede derivar en complicaciones importantes, especialmente en los sujetos con mal control de las cifras de presión arterial. Solo un 20% de los pacientes hipertensos con patologías asociadas como las cardiovasculares, cerebrales, renales y diabéticas tienen la presión arterial controlada dentro de los límites recomendados por la OMS y este mal control representa el principal determinante de la incidencia de enfermedad cardiovascular en España. Por todo ello es importante que la población hipertensa tenga conciencia de la importancia de este factor de riesgo, así como de los beneficios del tratamiento y del control de las cifras que, en definitiva, incidirán en una mayor cantidad y mejor calidad de vida. También es importante que la persona hipertensa tenga el máximo de conocimientos sobre su enfermedad, ya que la mayoría de ellos los desconoce, por ello, requiere la participación de una educación sanitaria a todos los niveles asistenciales. Asimismo es indispensable a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud en estos pacientes conocer cuál es su nivel de conocimientos.

Razones que han motivado a desarrollar la presente investigación, planteando el siguiente objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos.

## RESUMEN

El presente trabajo va dirigido hacia la promoción de los estilos de vida saludable en el Área de Salud del Hospital Luis Negreiros vega, mediante la obtención del nivel de conocimiento sobre los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos. Es un estudio de investigación de campo, de naturaleza descriptiva. La muestra estuvo constituida por los pacientes con crisis hipertensivas que acudieron a la emergencias del Hospital Luis Negreiros Vega. El proceso se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas, de selección múltiple, dicotómicas, que nos brindaron información general, para determinar el nivel de conocimiento sobre los estilos de vida saludable del usuario y con ello poder establecer la situación actual del nivel de conocimiento de la población. Dando dichos resultados como base para poder direccionar nuevas estrategias en el auto cuidado de los pacientes hipertensos a cargo del personal de salud.

Palabras claves: nivel de conocimiento, pacientes hipertensos.

## ABSTRACT

This work is directed toward the promotion of healthy life styles in the Health Area of the Hospital Negreiros Luis Vega, by obtaining the level of knowledge about healthy lifestyles of patients hypertensive. Is a study of field research, descriptive in nature.

The sample was composed of patients with hypertensive crises that went to the emergency hospital Negreiros Luis Vega. The process was made by the application of a questionnaire of open questions, multiple choice, dichotomous, which gave us general information, to determine the level of knowledge about the healthy lifestyle of the user and thus be able to establish the current situation of the knowledge level of the population. Giving these results as a basis in order to address new strategies in self-care for hypertensive patients in charge of the health personnel.

Keywords: knowledge level, hypertensive patients.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Identificación del Problema

La Hipertensión Arterial (HTA), se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a una considerable parte de la población, determinante principal del incremento de enfermedad cerebro vascular, infarto agudo del miocardio, enfermedad renal terminal, insuficiencia cardíaca congestiva y de enfermedad vascular periférica. Aunque se ha avanzado en el conocimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico y a pesar del énfasis en la aplicación de estas medidas a nivel poblacional, con frecuencia la hipertensión es tratada inadecuadamente lo cual contribuye de modo significativo al panorama actual que las enfermedades cardiovasculares presentan al nivel mundial y en nuestro país.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), pone de manifiesto que la HTA es una de las tres causas que produce más mortalidad en el conjunto de la población y que el control de la misma en una población dada, reduciría a la mitad su tasa de enfermedad cardiovascular. Parece pues razonable que se intensifiquen los esfuerzos para mejorar el diagnóstico y el control

terapéutico de esta afección y por ello están justificados todos los empeños para sensibilizar al personal de salud y a la población general en la importancia y magnitud de este problema SANITARIO, SOCIAL y ECONÓMICO.

Estudios realizados por la OMS (2008), en relación con los efectos y consecuencias de la HTA a mediano y largo plazo sobre la salud global del enfermo, los resultados obtenidos indican que tan sólo disminuyendo las cifras de la hipertensión se reduce la mortalidad por accidentes cerebro vasculares o la enfermedad isquemia del corazón entre un 15% y un 40%, especialmente en personas mayores de 65 años.

Según la OPS (2008), los estudios realizados demostraron que, en América, la mayor prevalencia de hipertensión entre hombres se ha encontrado en Maracaibo, Venezuela (49,7%) y la menor, entre los indios mapuches de Chile (9,1%). En las mujeres, la tasa más alta se registró en Paraguay (43,9%).

En el Perú estudios realizados, con el antiguo criterio de la Organización Mundial de la Salud que consideraba HTA las cifras de presión sistólica a partir de 160 mm Hg y la diastólica a partir de 95 mm. Hg como hipertensión, siendo las cifras entre 140 y 159 mm Hg y de 90 a 94 mm Hg consideradas como limítrofes, encontraron prevalencias a nivel del mar entre 8,4% y 15,5% y en

las comunidades de la altura entre 5,1 y 7,7% incluso una tesis doctoral encontró como valores promedios 16% a nivel del mar y 7,3% en la altura

En nuestro país la prevalencia de la hipertensión arterial se incrementa sostenidamente con la edad, tanto así que más del 60% de hombres y mujeres mayores de 65 años cursa con hipertensión y, como la población continúa en ascenso con la edad promedio, paralelamente se presenta un mayor número de hipertensos. En nuestro medio, revelan estudios recientes que más de una cuarta parte de la población adulta padece de dicha enfermedad, siendo la causa de enfermedades cerebro vasculares, infarto del miocardio y enfermedades cardiovasculares.

A cualquier edad los valores más altos de hipertensión arterial se correlacionan con riesgo cardiovascular incluso daño del sistema vascular. De igual forma, pequeñas reducciones de la presión arterial de la población en su conjunto, particularmente en el grupo considerado "nivel alto normal", es de esperar produzca significativo beneficios.

Cambios en los estilos de vida, tales como reducción del peso, aumento de la actividad física y modificaciones de la dieta, que incluya la disminución de la sal y el incremento de alimentos altos

en potasio, granos, frutas, vegetales y productos no grasos puede ser de valor sin necesidad a tener que recurrir a la drogoterapia.

No obstante el buen conocimiento de estos beneficios, el control de la hipertensión, incluso en países desarrollados, dista mucho de ser óptimo. Diversos factores son considerados responsables, pero principalmente la poca atención de la clase médica en su mejor manejo, y la falta de los pacientes en adherirse a la terapia prescrita siendo el control, el cambio de los hábitos de vida, indispensable para la prevención de las complicaciones que pudieran derivarse para el hombre del padecimiento de esta enfermedad.

Tal razón hace indispensable la aplicación por parte del equipo de salud de las acciones pertinentes destinadas a favorecer la prevención de la hipertensión arterial, mediante un modelo de medicina preventiva de los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos que permita satisfacer las necesidades propias que se encuentra clasificada como de alto riesgo por su elevada probabilidad de padecer de esta enfermedad.

La enfermera como parte del equipo de salud y como profesional que pasa con el paciente la mayor parte del tiempo, por la naturaleza de su participación en los cuidados de atención directa, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención

1.2 mediante el desempeño de su rol docente e investigativo proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de prevención de la hipertensión arterial, así como los auto cuidados que deben observarse una vez que ya se padece.

Asimismo es indispensable a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud en estos pacientes conocer cuál es su nivel de conocimientos.

En toda Institución hospitalaria posee una consulta externa y un servicio de Cardiología destinada a la atención de pacientes hipertensos o que presentan enfermedades cardiovasculares, sin embargo se ha notado la asistencia de un gran número de enfermos que presentan un cuadro clínico en el que pueden observarse complicaciones derivadas del manejo inadecuado de la enfermedad, las cuales generan en muchos casos secuelas transitorias o permanentes. Situación que va en quebranto de la calidad de vida de estos usuarios al impedirle el desarrollo habitual de sus actividades cotidianas.

El planteamiento surge como respuesta a la entrevista realizada a los pacientes que acuden al hospital, manifestando:

- ¿enfermera como puedo curarme de la hipertensión?
- ¿enfermera que debo comer?
- ¿enfermera debo hacer ejercicios?, etc.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál el nivel de conocimiento sobre los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos del servicio de emergencia del hospital Luis Negreiros Vega periodo comprendido 2013?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **a. Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento sobre los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos del servicio de emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega.

### **b. Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento que tiene el paciente hipertenso sobre los estilos de vida saludable en su dimensión física.
- Identificar el nivel de conocimiento que tiene el paciente hipertenso sobre los estilos de vida saludable en su dimensión psicológica.

## **1.4 Justificación de la Investigación**

El estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista social, práctico, metodológico y teórico.

**La relevancia social** viene dada por el aporte de la información recolectada a la solución de un problema de carácter social como lo es la auto participación de los pacientes que sufren de

hipertensión arterial, mediante los estilos de vida saludable contribuyendo así a prevenir las complicaciones que pudieran derivarse de esta enfermedad para quien la padece.

**En la relevancia metodológica** la realización de este tesis constituye un aporte a los profesionales de enfermería que prestan servicios de salud en organismos públicos en un área territorial específica del país, como lo es en este caso la ciudad de Lima, donde se evidencia de acuerdo a sus conocimientos la participación del paciente en su auto cuidado de hábitos de salud destinados a prevenir las complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, ya que dentro del campo de la salud los profesionales de enfermería son los que más actividades abarcan, y que más tiempo permanecen al lado de los usuarios de los centros asistenciales, por lo que los auto cuidados del paciente y los dispensados por el personal de enfermería son fundamentales para contribuir a su pronta recuperación.

**Como base legal** necesaria para reducir la morbilidad por hipertensión arterial, ya que constituye un problema de salud pública; siendo necesario aplicar estrategias dirigidas a la prevención de las secuelas que pudieran desprenderse de un manejo inadecuado de la hipertensión arterial

**En la practica la enfermera (o),** como miembro del equipo de salud, tiene gran parte de responsabilidad en cuanto a la educación de los enfermos con hipertensión en lo referido a la prevención por medio de estilos de vida saludable y auto cuidados que conoce el paciente , ya que brindará a estos usuarios la oportunidad de recibir una mejor atención en relación a la educación para el cumplimiento de sus auto cuidados y el cambio en sus estilos de vida saludable.

MARCA  
- Perú,  
hipertens

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Estudio

BARRETO, Bellavista – Caracas 2011, realizó el trabajo de investigación: **Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"**, para Determinar la participación del Profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables relacionadas con la promoción de hábitos de salud y el auto cuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial. Para ello se propuso una investigación de carácter descriptivo. La Muestra estaba constituida por un total de 70 pacientes Para la recolección de la información se aplico un cuestionario auto administrado elaborado bajo la modalidad de escala tipo Likert. El análisis de los datos se desarrollo de manera predominantemente descriptiva. Concluyendo: en relación con la participación de los profesionales de enfermería se determina, el mejoramiento de los cuidados de enfermería proporcionados a los enfermos con hipertensión, disminuyendo la posibilidad de complicaciones que pudieran derivarse por el manejo inadecuado de esta enfermedad.

**MARAZA BARRIÓ DE MENDOZA, Bristan: Hospital Militar Central - Perú, durante enero a marzo del 2010: Factores de riesgo de la hipertensión asociados a una población geronta.** Con el objetivo de conocer los factores de riesgo cardiovasculares asociados a la hipertensión. Para ello utilizaron un estudio de observación tipo descriptivo de enero a marzo del 2003. La muestra estaba constituida por un total 745 pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital "MILITAR CENTRAL - PERU" con hipertensión que ingresaron durante el periodo de estudio a dicha consulta. La selección se realizó de manera no probabilística siguiendo los criterios de conveniencia y juicio del investigador. Con resultado que la edad promedio fue de 79.5 mayormente mujeres: dislipidemias el 63%, obesidad el 23%, estrés 22%, sedentarismo 17%, tabaquismo 5%, historia familiar con hipertensión 4% y enfermedad coronaria 4%. En hipertensos en pacientes adultos mayores la hipertensión sistólica aislada las dislipidemias la obesidad el estrés el sedentarismo son los factores más frecuentes.

**MARCELA JUDITH ALARCÓN DELGADO, Enfermera Asistencial 2011: "Control de Enfermería y complicaciones en el tratamiento del paciente hipertenso "Programa de Atención Integral del Adulto Centro Médico Pedregal Red Asistencial Arequipa Seguro Social de Salud – ESSALUD 2005.** Con el objetivo de establecer si existe asociación entre el numero de controles de pacientes hipertensos para ello propuso una investigación según la clasificación

de Bailor y col., el presente estudio es retro prospectivo. El diseño empleado es para un estudio de casos y controles no pareado, se forma dos grupos: un grupo llamado "de casos" y otro grupo llamado "de control" los cuales fueron definidos previamente. El grupo de casos fue constituido por los pacientes hipertensos que tenían complicaciones por hipertensión arterial y el grupo control estuvo constituido por pacientes hipertensos sin complicación por hipertensión arterial. **Concluyendo:** Se encontró que un caso y 27 pacientes del grupo control presentaban seis a más controles de enfermería, siete casos y 20 pacientes del grupo control presentaban de uno a 5 cinco controles de enfermería. Se determinó que el tener cinco ó menos controles de enfermería al año en los pacientes hipertensos se asocia a un riesgo de 9.4 veces más de tener complicaciones por hipertensión arterial que los pacientes que tienen seis a más controles de enfermería al año.

**DR. RAZZETO RÍOS, LUIS CARLOS y otros:** Servicio de Cardiología, del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 1990: **Hallazgos clínicos en la hipertensión arterial en una población peruana** Se presenta un estudio prospectivo realizado, entre marzo y octubre de 1990, en el Servicio de Cardiología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, con una población de 251 pacientes hipertensos. Se les ingresa una ficha de seguimiento estándar pre elaborada. **Concluyendo:** que la hipertensión arterial es una de las enfermedades cardiovasculares con mayor incidencia y prevalencia

en los pacientes peruanos mayores de 60 años, como factores de riesgo cardiovasculares concomitantes con hipertensión arterial, 44,6% son ancianos cesantes, sedentarismo 49%, soplo sistólico 68%, estando en directa relación con hipertensión arterial mayor de 5 años el 76,8%, sobrepeso en 55% en mujeres que varones (30,7%), el síntoma principal es la cefalea (42%). Un alto grupo de pacientes (37%) no es riguroso con el tratamiento y control de su enfermedad, debido a la mala explicación por parte del médico y/o la incomprensión de tener que llevar un tratamiento de por vida.

**ANA MARÍA ACOSTA RUIZ y YOLANDA RODRÍGUEZ NÚÑEZ P.J.**  
"La Florida Baja", Chimbote, 2012 sobre los: **Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor** se presenta un estudio descriptivo realizado, en diciembre del 2012, en el P.J. de la FLORIDA BAJA en Chimbote, con una población de 150 pobladores. se utilizaron dos instrumentos los siguientes instrumentos la escala de estilo de vida, la tabla de valor nutricional según índice de masa corporal (IMC) del adulto mayor de 60 años a más Ministerio de Salud. **Concluyendo:** que la mayoría de la población en estudio tiene un estilo de vida no saludable y un porcentaje poco significativo de saludable en relación al estado nutricional de los adultos mayores en el Pueblo Joven Florida Baja Los adultos mayores evidencian en la Tabla 02 un estado nutricional normal en un 54.7%, aunque tienen un estilo de vida no saludable. Esto se debe a la responsabilidad y/o iniciativa de las familias en el cuidado de su salud, buscando

información concerniente a una buena, adecuada, equilibrada, variada y gastronómica nutrición, siendo su comida fácil de preparar, estimulante del apetito y de fácil masticación y digestión.

## **2.2 Marco Teórico**

### **Estilos de Vida**

“Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico.” <sup>(1)</sup>

- En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.
- En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.
- En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

También desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

### **Concepto Epidemiológico**

En epidemiología, el **estilo de vida, hábito de vida o forma de vida** es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud encontramos:

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Ejercicio físico
- Sueño nocturno.
- Conducción de vehículos.
- Estrés.
- Dieta.
- Higiene personal.

- Manipulación de los alimentos.
- Actividades de ocio o aficiones.
- Relaciones interpersonales.
- Medio ambiente.
- Comportamiento sexual.

hábito hace que:

### Concepto Social

En **sociología**, un **estilo de vida** es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

“Tener una forma de vida específica implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos”. (2)

La primera vez que apareció el concepto de "estilo de vida" fue en 1939 (las generaciones anteriores pudieron no haber necesitado este concepto porque no era significativo al ser las sociedades relativamente homogéneas). Albín Toffler predijo una explosión de los estilos de vida (denominados "subculturas") debido al incremento de la diversidad de las sociedades postindustriales. Jeremy Rifkin en la 'construcción de la edad moderna' de su libro El sueño europeo,

describe el estilo de vida y la vida cotidiana en Europa y Estados Unidos; en las épocas históricas, en las actuales y en la llegada de la era global, después del individualismo y el comunitarismo. Pierre Bourdieu centra su teoría en el concepto de hábitos entendido como esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El hábito hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos.

### **Concepto del desarrollo humano hacia estilos de vida**

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos.

Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades, muchos investigadores del área biológica, psicológica y social, se han preocupado por el estudio de éstas. Se exponen que los tres componentes del desarrollo humano siguen siendo la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida decentes (ingresos). El desarrollo humano, no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no esté permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia.

### **Necesidades Humanas Fundamentales**

Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

- En relación con uno mismo.
- En relación con el grupo social.
- En relación con el medio ambiente.

### **Calidad de vida**

Definir calidad de vida es difícil o mejor impreciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo.

La satisfacción de la vida están inmersas en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable

de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida.

Es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total. En síntesis, dicen ellos, es un ejercicio de los valores sociales.

Conjugando las dos definiciones anteriores y lo objetivo - subjetivo con lo individual y colectivo, la definición de calidad de vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional, en la cual globaliza la participación de factores personales y socio ambiental para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo.

Entre los factores personales, se incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos.

### **Estilos de vida saludables**

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosocial - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de auto cuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de

medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término los compromisos individuales y sociales convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

### **Dimensiones de los estilos de vida saludable**

Los estilos de vida saludable tienen su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que engloban e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial

- para tener una vida con calidad: Reducción del peso, Restricción del consumo de sal, Moderación en el consumo de alcohol, Adopción de la dieta, Ejercicio físico.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, el estrés, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

### **Estilos de vida saludable en la hipertensión arterial**

La hipertensión arterial puede ser favorecida por factores de diversas índoles, sin embargo, a pesar de que existen elementos de tipo hereditario que contribuyen a la aparición de la HTA, la mayoría de sus causas se encuentran relacionados de manera directa con los hábitos de vida observados por las personas.

“...existen factores asociados a la aparición de la hipertensión de tipo no modificable y modificable. Dentro de los primeros se encuentran el sexo, la edad y los antecedentes familiares, mientras que los segundos se refieren a los hábitos alimentarios, la tensión emocional o el estrés, el hábito de fumar, la obesidad/sedentarismo, el colesterol y el alcohol.

De manera general puede decirse que la prevención de la HTA, guarda estrecha relación con los hábitos de vida, debiendo prestarse especial atención a los factores de riesgo modificables tales como la dieta adecuada, el descanso, las visitas regulares al médico, la realización de ejercicio, el reconocimiento de los síntomas y la epidemiología, ya que al fin y al cabo son los que pueden manejarse por el individuo y que en todo caso, la eliminación de los mismos podría disminuir en forma significativa la posibilidad de sufrir de HTA.

Como ya se ha mencionado la prevención de las complicaciones la HTA, puede lograrse mediante la modificación de los hábitos de salud y el auto cuidados, que vienen hacer los estilos de vida saludable.

- Reducirse el consumo de grasas saturadas de origen animal (huevo, manteca, mantequilla, mayonesa, leche queso y piel de pollo)

- Incluir en la dieta alimentos tales como hortalizas, frutas, granos y cereales, ya que ayudan a disminuir el nivel de colesterol y triglicéridos en la sangre.
- Disminuir el consumo de carnes rojas e incluir lácteos descremados, pescado, aceite de maíz, ajonjolí, maní, oliva y girasol.
- Evitar frituras y reducir el consumo de sal.
- Eliminar alimentos ahumados, embutidos y enlatados, y no abusar del té y del café.
- La mujer menopáusica debe controlar sus niveles hormonales.
- Practicar ejercicios regularmente, dormir como mínimo ocho horas, manejar el estrés de manera adecuada, no enojándose, ni preocupándose por pequeñeces.

Un aspecto fundamental para evitar las complicaciones que pueden derivarse de la HTA, está referido a la terapia medicamentosa, la cual se relaciona con la ingestión en las cantidades y horas reglamentarias de las medicinas recetadas por el doctor, para mantener la tensión arterial dentro de niveles aceptables. Bajo ninguna circunstancia deben obviarse las medicinas destinadas al control de la tensión pues podría sobrevenir accidentes cerebro y cardiovasculares y otras complicaciones serias que podrían ocasionar inclusive hasta la muerte o dejar secuelas de por vida.

## Hábitos Modificables

El tratamiento no farmacológico incluye fundamentalmente modificaciones del estilo de vida, hacia el llamado estilo de vida saludable, misma que ha demostrado ser efectivo en reducir la presión arterial. El ejercicio regular (caminar o nadar) 30-40 min, cuatro veces a la semana puede resultar en una reducción de 5-10 mmHg en hipertensos y hasta de 3 mmHg en normotensos. Similarmente una pequeña reducción en el peso de 5-10 Kg también ha demostrado ser efectiva en reducir la presión arterial. Del mismo modo, por cada trago de reducción diaria de alcohol hay 1 mmHg de reducción de la presión sanguínea. En relación con la sal, estudios aleatorios controlados realizados en pacientes hipertensos indican que reduciendo la ingesta de sodio unos 4,7-5,8 g por día, a partir de una ingesta inicial de alrededor de 10,5 g se reducirá la presión sistólica en aproximadamente 4-6 mmHg. Sin embargo, hay que hacer notar que los individuos varían considerablemente en sus respuestas a los cambios dietéticos de sal. Aún cuando la recomendación es reducir la sal en todos los hipertensos, hay que reconocer que habrá un grupo menos responsivo. Esta falta o disminución en la respuesta estaría determinada en forma genética, relacionada al genotipo angiotensinógeno

### **Autocuidados según la Teoría de Dorothea Orem**

“En relación a los auto cuidados, es importante señalar que los mismos se refieren a todas aquellas acciones que el individuo emprende por sí mismo y que se encuentran orientada a la prevención de las complicaciones derivadas de una enfermedad”<sup>(4)</sup>, en el caso particular de esta investigación, la promoción de auto cuidados por parte de la enfermera, se refiere a la información proporcionada por la enfermera que permita al paciente tomar parte activa y consciente en la prevención de las complicaciones más frecuentes derivadas de un manejo inadecuado de la hipertensión arterial, así como de sus secuelas.

Por lo tanto, la promoción del auto cuidado puede considerarse como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general.

El conjunto de actividades que, al acentuar los aspectos positivos ayudan a que la persona haga uso por si misma de los recursos que conservan o mejoran su bienestar general, así como la calidad de su vida. Esto hace referencia a las acciones que realiza el sujeto encaminadas a permanecer sano y que no requiera la participación del personal asistencial.

Es por ello que, si bien es cierto que la participación del equipo de salud se orienta más hacia la acción de tipo asistencial, no deben descuidarse los aspectos de índole educativa.

### **El conocimiento según Kant:**

La definición más sencilla nos dice que conocer consiste en obtener una información acerca de un objeto. Conocer es conseguir un dato o una noticia sobre algo. El conocimiento es esa noticia o información acerca de ése objeto.

El conocimiento es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la Humanidad. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio.

Por extensión, suele llamarse también "conocimiento" a todo lo que un individuo o una sociedad dados consideran sabido o conocido.

Los conocimientos se adquieren mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros.

En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

- El sujeto que conoce.
- El objeto conocido.
- La operación misma de conocer.

• El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto.

Dicho de otra manera: el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad.

En el siglo V a.C., los sofistas griegos cuestionaron la posibilidad de que hubiera un conocimiento fiable y objetivo. Por ello, uno de los principales sofistas, Gorgias, afirmó que nada puede existir en realidad, que si algo existe no se puede conocer, y que si su conocimiento fuera posible, no se podría comunicar. Otro sofista importante, Protágoras, mantuvo que ninguna opinión de una persona es más correcta que la de otra, porque cada individuo es el único juez de su propia experiencia. Platón, siguiendo a su ilustre maestro Sócrates, mantenía que las cosas que uno ve y palpa son copias imperfectas de las formas puras estudiadas en matemáticas y filosofía. Por consiguiente, sólo el razonamiento abstracto de esas disciplinas proporciona un conocimiento verdadero, mientras que la percepción facilita opiniones vagas e inconsistentes. Concluyó que la contemplación filosófica del mundo oculto de las ideas es el fin más elevado de la existencia humana.

Aristóteles mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia. El conocimiento se adquiere ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, o de forma indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica. La observación cuidadosa y la adhesión estricta a las reglas de la lógica, que por primera vez fueron expuestas de forma sistemática por Aristóteles, ayudarían a superar las trampas teóricas que los sofistas habían expuesto. Las escuelas estoica y epicúrea coincidieron con Aristóteles.

– Intuición: con este

### **Generación del Conocimiento**

El conocimiento desde el punto de vista formal puede ser generado de diversas formas. Una forma sistemática de generar conocimiento humano tiene las siguientes etapas:

- Investigación básica (ciencias). Publicación de aportes predominantemente a través de memorias de congresos y de artículos especializados.
- Investigación aplicada o de análisis (tecnología, humanidades, etc.). Publicación de aportes igual que en ciencias básicas. Se basa en el conocimiento de las ciencias básicas pero también en cualquier manifestación de conocimiento, puede generar más conocimiento aunque la investigación básica no lo haga.

- Libros científicos o técnicos. Un libro científico o técnico se hace agrupando, catalogando y resumiendo el conocimiento existente en un determinado tema.
- Divulgación. es en esta etapa cuando el conocimiento llega a la población de forma masiva. También puede llegar a través de los medios de comunicación electrónicos

### **Vías del Conocimiento**

El conocimiento sobre el mundo puede provenir de diferentes fuentes:

- **Intuición:** con este método se asume que algo es cierto porque es de pura lógica, no sigue un camino racional para su construcción y formulación, y por lo tanto no puede explicarse o, incluso, verbalizarse.
- **Experiencia:** Se conoce que algo es cierto por haberlo vivido empíricamente, dando testimonio fehaciente de él.
- **Tradicición:** Se mantiene algo cierto porque siempre ha sido así y todo el mundo lo sabe. Es tradición todo aquello que una generación hereda de las anteriores y, por estimarlo valioso, lega a las siguientes. Aquí entra en juego el conocimiento cultural y el aprendizaje de normas sociales que no suelen cuestionarse. Por ejemplo, el hecho de echar ciertos condimentos a las comidas.

- **Autoridad:** se establece la verdad de un conocimiento tomando como referencia la fuente del mismo y no la comprobación empírica. La influencia de la autoridad se relaciona con el status que posee. Por ejemplo, al querer obtener información médica acudimos a un hospital u otro según la veracidad que pueda inspirarnos y su influencia en la sociedad.
- **Ciencia:** el concepto de ciencia deriva del latín "scire" que significa saber, conocer, una forma de saber resultante de la acumulación de conocimientos. La ciencia es el conjunto de conocimientos racionales, ciertos o probables, que obtenidos de una forma metódica verificados y contrastados con la realidad, se refieren a objetos o conceptos de una misma naturaleza.

### **Los tres niveles del Conocimiento.**

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico.

- El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos.

- El conocimiento conceptual, representaciones invisibles, inmatrimales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi padre; esto es conocimiento sensible, singular. Pero además, puedo tener el concepto de padre, que abarca a todos los padres; es universal. El concepto de padre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de padre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio el concepto de padre es universal (padre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de padre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de padre se aplica a todos los padres. Por esto decimos que la imagen es singular y el concepto es universal.
- El conocimiento holístico (también llamado intuitivo). Significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual

reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. Un ejemplo de conocimiento holístico o intuitivo es el caso de un descubrimiento en el terreno de la ciencia.

### **Hipertensión Arterial**

La hipertensión arterial "es una condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 139/89 mmHg y considerada uno de los problemas más importantes de salud pública en países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial"<sup>(5)</sup>. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

La hipertensión arterial, de manera silenciosa, produce cambios hemodinámicas, macro y micro vasculares, causados a su vez por disfunción del mismo endotelio vascular y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, responsables de mantener el tono vascular periférico. Estos cambios, que anteceden en el tiempo a la elevación de la presión, producen lesiones orgánicas específicas, algunas de ellas definidas clínicamente.

## **Clasificación**

Para clasificar la HTA podremos distinguir cuatro criterios básicos

- Según la elevación de la PA sistólica o diastólica
  - HTA diastólica. Elevación de la PA diastólica con sistólica dentro de cifras normales.
  - HTA sistólica-diastólica. Elevación de la PA sistólica y diastólica.
  - HTA sistólica aislada (HSA). PA sistólica elevada con cifras diastólicas normales.

- Según los niveles de PA

Criterios de la OMS. La OMS distingue tres categorías de HTA:

ligera, moderada y severa

<b>CATEGORÍA</b>	<b>PA DIASTÓLICA (mmHg)</b>
LIGERA	90 - 104
MODERADA	105 - 114
SEVERA	>115

## **Declaración científica de la American Heart Association (AHA)**

- **Hipertensión sistólica aislada (HSA)**

A medida que los adultos van envejeciendo, la PA sistólica tiende a elevarse y la PA diastólica tiende a descender.

Cuando la PA sistólica media es mayor o igual a 140 y la PA diastólica media es menor de 90 mmHg el paciente es clasificado como poseedor de una HSA. El crecimiento de la presión del pulso (sistólica menos diastólica) y la presión sistólica predice el riesgo y determinan el tratamiento

– **Hipertensión sistólica aislada en el paciente joven**

En niños mayores y adultos jóvenes, más a menudo en varones la combinación de un crecimiento estatura rápido y la gran elasticidad de las arterias acentúa la amplificación normal de la onda de pulso entre la aorta y la arteria braquial (donde se mide la PA), dando lugar a una presión sistólica elevada en la arteria braquial pero con unas presiones diastólicas y media normales. No obstante, la presión sistólica aórtica es normal.

– **Hipertensión diastólica aislada (HDA)**

Es más frecuente en adultos jóvenes. Se define como PA sistólica menor de 140 mmHg y PA diastólica igual o superior a 90 mmHg. Aunque generalmente se cree que la presión arterial diastólica es el mejor predictor de riesgo en pacientes menores de 50 años, algunos estudios prospectivos sobre hipertensión diastólica aislada han llegado a la conclusión de que su pronóstico puede ser benigno. Esta cuestión aún está bajo controversia

- **Hipertensión de bata blanca (HBB) o hipertensión aislada de la consulta**

Se define habitualmente como la persistencia de una PA media elevada en la consulta de más de 140/90 mmHg y la presencia de lecturas ambulatorias al despertar con una media inferior a 135/85 mmHg. Ocurre entre el 15-20% de la personas con una hipertensión en estadio 1. Los pacientes con HBB pueden progresar hacia una hipertensión sostenida y necesitan ser seguidos de manera cuidadosa mediante lecturas la PA tanto en consulta como en domicilio.

- **Hipertensión enmascarada o hipertensión ambulatoria aislada**

Es menos frecuente que la anterior pero más problemática para detectarse, se encuentra la condición inversa a la bata blanca: una PA normal en la consulta y elevación de la PA en el domicilio o en el trabajo. Existe la evidencia de que tales pacientes presentan un mayor daño de los órganos diana y tiene un mayor riesgo que los sujetos que permanecen normotensos durante todo el tiempo.

- **Pseudohipertensión**

Se define como la reducción de la PA sistólica en al menos 20 mmHg y la diastólica en al menos 10 mmHg hasta 3 minutos

después de mantenerse en ortostatismo (de pie). Si se produce de manera crónica, puede deberse a un problema de regulación del sistema nervioso autónomo. Estos pacientes pueden presentar una profunda hipotensión cuando están de pie y grave hipertensión cuando se acuestan durante la noche

### Complicaciones

La cardiopatía hipertensiva representa la más prevalente, precoz y grave, de todas cuantas complicaciones viscerales provoca la HTA, siendo por tanto la que motiva un mayor gasto sanitario.

La afectación cardíaca de la HTA se localiza fundamentalmente a cuatro niveles:

- Hipertrofia ventricular izquierda (HVI)
- Insuficiencia cardíaca (IC)
- Isquemia miocárdica
- Arritmias.

### Tratamiento No Farmacológico de la Hipertensión Arterial<sup>4</sup>

Las medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser instauradas en todos los hipertensos o individuos con PA normal alta, bien sea como tratamiento de inicio (riesgo añadido bajo-moderado), bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. El propósito de dichas medidas es

reducir la PA y prevenir el desarrollo de la ECV. La tabla 1 muestra las medidas eficaces en la reducción de la PA y del riesgo cardiovascular. Es necesario hacer notar que no existen estudios que demuestren que la adopción de cambios en el estilo de vida sea capaz de prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en la población hipertensa, por lo que los cambios en el estilo de vida no deben retrasar de forma innecesaria el inicio del tratamiento farmacológico, especialmente en los pacientes con riesgo añadido alto o muy alto

#### Cambios en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial

CAMBIO	RECOMENDACIÓN	REDUCCIÓN ESTIMADA DE LA PAZ
Reducción del peso	Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m <sup>2</sup> )	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10 kg
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 100 mmol/día (6 g de sal; una cucharada de café)	2 - 8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210g semanales (30 g/día) en hombres y 140 g semanales (20 g/día) en mujeres	2 - 4 mmHg
Adopción de la dieta	Dieta rica en frutas, verduras y productos lácticos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada	8 - 14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual (al menos 5 días a la semana) de ejercicio aeróbico (por ejemplo caminar deprisa durante al menos 30-45 Minutos	4-9 mmHg

### **Reducción de peso**

La reducción del peso mediante la restricción calórica es una medida apropiada para la mayoría de los hipertensos, dado que el sobrepeso es muy prevalente en la HTA y además predispone al incremento de la PA. El IMC es el parámetro que se usa con mayor frecuencia para determinar el grado de sobrepeso, aunque los índices de obesidad central o abdominal (perímetro de cintura o índice cintura/cadera) presentan una mejor correlación con el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

La reducción de peso previene el desarrollo de HTA, reduce la PA en hipertensos con sobrepeso en aproximadamente 1 mmHg de PAS y PAD por cada kg de peso perdido, disminuye las necesidades de medicación antihipertensiva en los hipertensos bajo tratamiento farmacológico y tiene un efecto favorable sobre los factores de riesgo cardiovascular asociados, como la insulinoresistencia, la diabetes, la hiperlipidemia o la hipertrofia ventricular izquierda.

El efecto antihipertensivo de la reducción de peso aumenta cuando se asocia de forma simultánea a un aumento de la actividad física, a una moderación del consumo de alcohol en bebedores intensos y a una restricción en el consumo de sal. No existen evidencias claras sobre el efecto de fármacos coadyuvantes a la restricción

calórica empleados en la reducción del peso. Los fármacos inhibidores de la lipasa pancreática (orlistat) tienen un efecto beneficioso sobre la mayoría de los factores de riesgo, aunque su tolerabilidad depende en gran medida de la cumplimentación dietética. Los fármacos de acción central (sibutramina) podrían tener un efecto presor, que contrarrestaría el beneficio obtenido con la reducción de peso. Finalmente, los antagonistas de los receptores endocannabinoides (rimonaban) se hallan todavía en fase de desarrollo y su efecto sobre la PA es poco conocido.

pacientes hipertensos e intolerantes

### **Reducción del consumo de sal**

El elevado consumo de sal y la mala adaptación evolutiva de la especie humana a dicho consumo es una de las principales causas de la elevada prevalencia de hipertensión. Aunque existe una importante interacción con otros factores genéticos y ambientales, es evidente una correlación directa entre el consumo de sal y la prevalencia de HTA; y el consumo excesivo de sal es capaz de provocar HTA en primates sometidos a condiciones experimentales controladas.

El consumo excesivo de sal se asocia igualmente con una mayor mortalidad cardiovascular. La restricción en el consumo de sal previene la aparición de HTA en sujetos obesos normotensos, y

reduce las cifras de PA en pacientes hipertensos. Dicha reducción tensional es más intensa en los pacientes de edad más avanzada, en hipertensos graves y en los de raza afroamericana, poblaciones todas ellas con una elevada prevalencia de sensibilidad a la sal. El efecto antihipertensivo de la restricción de sal en la dieta se añade al de otras modificaciones dietéticas o a la restricción calórica. Además potencia el mecanismo de acción de la mayoría de los fármacos antihipertensivos (IECA, ARAII betabloqueantes) y previene la hipopotasemia inducida por diuréticos. Todos los pacientes hipertensos e individuos con PA normal alta deben recibir consejo para reducir el consumo de sal por debajo de 5 g/día.

Dicha reducción se logra evitando alimentos con elevado contenido en sal, disminuyendo la adición de sal en la cocción de los alimentos y eliminando la sal de la mesa. Debe además advertirse a los sujetos de la elevada cantidad de sal que contienen alimentos envasados y precocinados, así como los menús habituales de comida rápida.

### **Reducción del consumo excesivo de alcohol**

Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión. Dicha relación no es completamente lineal, de forma que la incidencia de

HTA se incrementa con dosis de etanol a partir de 210 g/semana (30 g/día) en los hombres y a partir de 140 g/semana (20 g/día) en las mujeres o en los sujetos de raza negra. Además el consumo compulsivo (borracheras) se asocia de forma especial con la mortalidad por ictus. La moderación del consumo de alcohol o su cese reduce las cifras de PA en hipertensos bebedores. La media de reducción es de 3/2 mmHg, aunque en sujetos con un consumo muy elevado dicha reducción puede ser mucho más intensa.

Por el contrario, es conocido que el consumo de alcohol en cantidades moderadas reduce el riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular, La recomendación general para los pacientes hipertensos debe ser la siguiente:

1. A los hipertensos abstemios debe recomendarse que se mantengan abstemios. Aunque el consumo moderado de alcohol pueda tener un efecto protector sobre la enfermedad cardiovascular, el inicio en su consumo puede motivar la dependencia en un porcentaje no desdeñable de individuos, además de asociarse a un incremento de la mortalidad por otras causas, especialmente por accidentes de tráfico.
2. A los hipertensos bebedores se les debe aconsejar la reducción del consumo a cifras inferiores a 210 g/semanales (30 g/diarios) en los varones y a 140 g/semanales (20 g/diarios)

Au en las mujeres y sujetos de raza negra. Los hipertensos con  
La dependencia de alcohol o con otras enfermedades asociadas a  
car dicho consumo deben recibir consejo para abandonar dicho  
hábito.

### **Otras modificaciones dietéticas**

La adopción de un hábito dietético consistente en un incremento del consumo de frutas y verduras, así como de productos lácticos desnatado y la reducción del consumo de carnes rojas tienen un efecto antihipertensivo notable en el contexto de la dieta típica.

Fundamentalmente por el consumo elevado de frutas y verduras y la sustitución de gran parte de la carne por pescado. Aunque no está probado que la dieta mediterránea tenga efecto sobre las cifras de PA, sí que se ha asociado su consumo con una menor incidencia de ECV, por lo que debe aconsejarse su consumo a toda la población hipertensa.

Otras modificaciones dietéticas como el consumo de ajo o la utilización de suplementos de calcio, magnesio, potasio, hierbas medicinales, soja o fitosteroles no tienen una eficacia antihipertensiva probada.

### **Abandono del tabaco**

**Sedentarismo** 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.

### **Aumento de la actividad física**

La actividad física es un predictor independiente de mortalidad cardiovascular. El ejercicio físico aeróbico tiene un moderado efecto antihipertensivo (unos 3-4 mmHg), aunque combinado con la restricción calórica se logran mayores efectos tanto en la reducción de la PA como en el mantenimiento de un peso bajo. Sobre esta base debe recomendarse la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes hipertensos. La cantidad y el tipo de ejercicio deben individualizarse para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva.

Todas las prácticas deportivas aeróbicas son recomendables y, en cualquier caso, el mínimo exigido se estima en caminar a paso vivo durante 30-45 minutos, al menos 5 días a la semana. No es recomendable el ejercicio físico isométrico

Intenso (levantamiento de pesas) dado su efecto presor, y en los pacientes con HTA grave, antes de recomendar la práctica de ejercicio intenso, debe procederse a un descenso de la presión con tratamiento antihipertensivo.

### **Abandono del tabaco**

El abandono del tabaco es tal vez la medida aislada más eficaz en la prevención de las enfermedades tanto cardiovasculares como no

cardiovasculares en los pacientes hipertensos. Aquellos fumadores que abandonan el tabaco antes de los 40-50 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores. Aunque el efecto presor del tabaco es muy pequeño y el abandono del mismo no reduce la PA, el riesgo cardiovascular total sí se ve claramente reducido al dejar de fumar.

Todos los pacientes hipertensos que fuman deben recibir el consejo apropiado para que dejen de hacerlo. Este hecho debe suponer un aumento evidente en el período de tiempo dedicado a la primera visita o primer contacto con el paciente y debe reforzarse en cada visita sucesiva hasta conseguir el abandono total. Esta medida es capaz de conseguir el abandono en el 21% de los pacientes. El abandono del tabaco es en ocasiones un objetivo difícil ante la importante adicción que provoca el hábito. La conciencia del peligro del hábito y la voluntad de su abandono son las principales herramientas que garantizan el éxito.

En muchos casos, el soporte psicoterapéutico especializado y el tratamiento sustitutivo con nicotina pueden servir de ayuda a los pacientes con voluntad de dejar de fumar.

**Psicológicos** el estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de

comportamiento tipo a (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).

El estrés crónico puede provocar hipertensión a través de múltiples vías:

- Aumentando el gasto cardíaco de origen simpático
- Disminuyendo la actividad vagal
- Aumentando los niveles de catecolaminas
- Potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona o
- Disminuyendo la sensibilidad del reflejo barorreceptor

Determinados rasgos psicosociales como la variabilidad emocional negativa, que suele acompañarse de menor satisfacción social, mayor percepción de estrés diario, rasgos de ansiedad y síndrome depresivo suelen asociarse a una mayor respuesta de presión arterial y frecuencia cardíaca ante las emociones negativas percibidas a lo largo del día.

El "sueño" necesario según indicaron, la presión arterial sube significativamente cuando se duerme menos de siete 7 horas. Ellos estudiaron a adultos con hipertensión de leve a moderada, a los que se les dejó dormir sólo cuatro horas durante la noche. La presión sistólica fue, como promedio, 7 mm de Hg más elevada

durante la mañana siguiente, mientras que la diastólica fue 4 mm de Hg por encima de lo normal.”<sup>(3)</sup>

### **Rol de la Enfermera en los Estilos de Vida Saludable en Pacientes Hipertensos**

La hipertensión arterial, es una enfermedad que ha ocasionado serios problemas al hombre, ya que en muchos casos es asintomática, lo cual le permite un avance silencioso, aumentando la posibilidad de aparición de complicaciones derivadas de un manejo inadecuado de la enfermedad.

En este orden de ideas, las complicaciones más comunes ocasionadas por el manejo inadecuado de la enfermedad, se relacionan con la ocurrencia de accidentes cardio y cerebrovasculares, pérdida de la memoria, disminución de la circulación adecuada de la sangre, aparición de lesiones en los ojos por tensión ocular alta, aparición de glaucoma y disminución de la visión entre otras.

Por las razones antes expuestas es de vital importancia la participación del Profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables, ya que en la mayoría de los casos son los profesionales del equipo de salud que establecen el primer y último contacto con el pacientes, y que además por la naturaleza

del trabajo de asistencial directa permanecen la mayor parte del tiempo al lado del enfermo hipertenso.

La enfermera por la naturaleza de su trabajo posee la posibilidad de establecer relaciones no sólo de tipo asistencial, sino también de carácter educativo mediante el ejercicio de su rol docente, situación que es de vital importancia en el caso del paciente hipertenso, por ser esta una enfermedad que requiere de modificaciones en cuanto a los hábitos de vida y el desarrollo de una conciencia crítica individual que le permita asumir los autocuidados que debe observar, con relación a la dieta, el descanso, la visita al médico, la importancia del ejercicio, el control de los factores de riesgo tales como el uso de medicamentos, anticonceptivos, manejo del estrés, peso, uso de la sal y posición inadecuada del cuerpo sobre todo en cuanto a las extremidades se refiere.

En este particular la participación de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables en pacientes con hipertensión arterial, puede entenderse como el conjunto de actividades de carácter educativo referidas a la promoción de hábitos de salud y autocuidados realizadas por los profesionales de enfermería y dirigidas a los pacientes que sufren de HTA, con la finalidad de evitar las complicaciones más usuales de esta enfermedad.

Según Nordmark y Rohweder (1997), la participación de la enfermera en la promoción de la salud en pacientes hipertensos debe hacer énfasis en los siguientes aspectos:

- Importancia de una dieta balanceada y nutritiva durante toda la vida, evitando las frituras y exceso de sal.
- Realización de un programa de ejercicio adecuado, evitando el ejercicio agotador sin el entrenamiento y chequeo médico adecuado.
- Suficiente descanso y sueño, manejo del estrés y de las situaciones difíciles.
- Cambios de posición y movimiento intermitentes, así como evitar estar por largo tiempo de pie.
- Evitar el consumo de cigarrillos, alcohol y bebidas estimulantes como el té y el café.

La participación de la enfermera en la promoción de hábitos de salud para la prevención de complicaciones en pacientes hipertensos es indispensable, ya que es el Profesional de enfermería quien permanece la mayor parte del tiempo con el paciente, estableciendo en la generalidad de los casos el contacto más amplio no sólo con el paciente, sino también con sus

familiares, lo cual le brinda la oportunidad de desarrollar acciones de carácter educativo que favorezca los auto cuidados por parte del paciente y contribuyan al restablecimiento del estado de salud en el paciente mediante la toma de conciencia por parte de este de las acciones que favorecen o entorpecen tal recuperación.

## 2.3 Definición de Términos

- **Estilos de vida.-** se caracteriza por manifestaciones de cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, tipo de familias, grupo de parentesco, redes sociales y en lo ideológico estilos de vida que expresan a través de ideas, valores y creencias que determina respuestas y comportamientos en distintos sucesos de la vida.
- **Necesidades humanas.-** Son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas
- **Hipertensión arterial.-** Es una condición médica caracterizada por un incremento continuo de cifras de presión arterial considerado uno de los problemas más importantes de salud pública en países desarrollados, es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, de complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

## CAPÍTULO III

### VARIABLES E HIPÓTESIS

#### 3.1 Definición de las variables

- **Conocimiento:** es la información que refieren tener los pacientes hipertensos sobre los estilos de vida saludable en sus dimensiones físicas y psicológicas para mantener un estado de vida saludable
- **Estilos de vida saludable:** son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los pacientes hipertensos que acuden a los consulta externa y que conllevan a la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas
- **Hipertensión arterial:** condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 139/89 mmHg y considerada uno de los problemas más importantes de salud pública.

### 3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Nivel de conocimiento Sobre los estilos de vida saludable de los pacientes con hipertensión arterial	Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que adquieren y conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas reflejadas en su estado psicológico y social para alcanzar el bienestar en la vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta</li> <li>Peso</li> <li>Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol</li> <li>Ejercicio físico</li> <li>Sueño</li> </ul>	<p>Son las ideas o información que refiere el paciente hipertenso acerca de las dimensiones físicas y psicológicas para mantener un estado de vida saludable las cuales son medidos mediante un cuestionario y medidas en alto, medio y bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALTO</li> <li>MEDIO</li> <li>BAJO</li> </ul>



### 3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas

#### Hipótesis general

- 4.1 Hi: A mayor conocimiento sobre los estilos de vida saludable la enfermedad de la hipertensión arterial está controlada.

método descriptivo simple porque nos muestra

#### Hipótesis específica

- 4.2 H1: A menor conocimiento sobre los estilos de vida saludable la enfermedad de la hipertensión arterial se incrementara

El presente trabajo no cuenta con un diseño experimental simple.

#### 4.3 Población Muestral

La población muestral fue comprendida por hipertensos que acuden a la emergencia de Negreiros Vega en el mes de julio del 2014. La determinación de la muestra se realizó a través de un manual de hipertensos que acude al Hospital de la técnica del muestreo no probabilístico de pacientes hipertensos en el Hospital de Negreiros Vega.

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 Tipo de investigación

El presente trabajo fue de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y método descriptivo simple porque nos mostró los sucesos, de corte transversal, donde se realizó en un tiempo determinado.

#### 4.2 Diseño de la investigación

El presente trabajo no cuenta con un diseño por ser descriptivo simple.

#### 4.3 Población Muestral

La población muestral fue comprendida por los pacientes hipertensos que acuden a la emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega en el mes de julio del año 2013. Donde la determinación de la muestra se realizó mediante el promedio mensual de hipertensos que acude al Hospital Alberto Sabogal con la técnica del muestreo no probabilístico al azar del 30% de total de pacientes hipertensos en un total de 54 encuestas con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de Inclusión**

- Que sean pacientes mayores de 40 años hipertensos.
- Pacientes que hablen el castellano
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con otras enfermedades cardiovasculares, que no sea hipertensión.
- Pacientes con algún problema físico como sordera.
- Que no hablen el castellano.
- Que no aceptaron participar en el estudio

### **Área de estudio**

- La investigación se llevó a cabo en el Hospital Nivel II Luis Negreiros Vega, institución privada, que funciona como centro asistencial de segundo nivel, del norte de Lima Metropolitana, brindando atención Básica en los servicios de salud a la población (estimado - 2008) de distritos urbano, marginal y rural que representan aproximadamente 500000 asegurados.
- El Seguro Social de Salud que brinda una Atención Integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a sus asegurados, brindando atención en: Medicina Complementaria, <http://www.essalud.gob.pe/contenido.php?id=34> Servicio de Salud

Mental, Programa Nacional de Trasplante, Proyectos Especiales, Atención Domiciliaria (PADOMI), Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE), Hospitales móviles (Hospital Perú). Dentro de medicina complementaria se encuentra el servicio de cardiología que a la vez cuenta con el servicio de consejería encargado por el personal de enfermería que atiende diariamente a pacientes hipertensos.

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

-Técnicas:

Para el recojo de datos la técnica que se utilizó es la entrevista y el instrumento el cuestionario el cual permitió obtener la información acerca del nivel de conocimiento de los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos.

El cuestionario comprendió los siguientes aspectos: Introducción Incluye la formulación el objetivo planteado, Instrucciones Generales que especifica cómo debe ser contestada cada pregunta según corresponda, el contenido que incluye datos generales referidos a la edad, sexo y grado de instrucción, datos específicos que consta de 20 preguntas cerradas y abiertas de aplicación a fin de evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos.

(Anexo)

### **Validez y confiabilidad de los datos de los instrumentos:**

Para darle confiabilidad y validez a los instrumentos se realizó:

#### **• Juicio de Expertos**

El instrumento fue sometido a Juicio de Expertos conformado por un grupo de seis enfermeras docentes en cardiología, un médico cardiólogo y la jefa de investigación de la UNMSM afín de determinar la validez del contenido y estructura mediante la prueba Binominal. (Ver anexo E)

#### **4.5 Procedimiento de recolección de datos**

Se llevó a cabo desde el mes de mayo mediante una solicitud y la carta de presentación de postgrado a la oficina de investigación dirigida por el Director encargado de dicha oficina del Hospital Luis Negreiros Vega donde para la aplicación del cuestionario se realizó previa explicación personalizada a cada pacientes hipertenso que por voluntad decidió participar en dicho estudio.

#### **4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos**

Una vez recogida los datos mediante el trabajo de campo, éstos fueron organizados y presentados en tablas estadísticas, las cuales fueron analizadas e interpretadas:

Cada pregunta obtuvo el siguiente puntaje:

- Respuesta Correcta: Valor 2 puntos
- Respuesta Incorrecta: Valor 0 puntos

Haciendo un total de 40 puntos.

La información fue valorada de la siguiente manera:

Alto >/= 32 – 40 puntos

Medio >/=24 – 31 puntos

Bajo < 24 puntos.

Asimismo, para el análisis de los datos se aplicarán técnica manual de tripartita. (Ver anexo D)

### **Principios Éticos**

Dentro de los principios éticos se considero para el presente trabajo:

- Consentimiento informado dentro de ello respetando la Voluntariedad a participar en el estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. Con tiempo para reflexionar, consultar o decidir por parte del paciente su participación, la Información debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del estudio, su procedimiento, los beneficios y la posibilidad de rechazar el estudio una vez iniciado en cualquier momento, comprensión: Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información.
- Confidencialidad de los datos recogidos.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

En el recojo de los datos cumple con las condiciones que las 54 encuestas realizadas son a los pacientes hipertensos y mayores de 45 años de edad, el grado de instrucción es relativo puesto que el conocimiento se genera por medio de varias vías y los estilos de vida saludable se adquiere durante la vida.

**Tabla N° 5.1**

**Nivel De Conocimiento Sobre Los Estilos De Vida Saludable En Pacientes Hipertensos De Emergencia Del Hospital Luis Negreiros Vega Julio Del 2012**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	PACIENTE HIPERTENSO	
	Nº	%
ALTO	1	2,0
MEDIO	12	22,0
BAJO	41	76,0
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

Fuente: cuestionario aplicado

En la tabla N° 5.1 en relación al nivel de conocimiento sobre los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos del Hospital Luis Negreiros Vega se puede observar que de un total de 54 pacientes (100%), 41 (76%) pacientes hipertensos poseen bajo nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable y solo 1 (2%) de pacientes hipertensos posee un nivel alto de conocimiento.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 6.1 **Contrastación de Hipótesis con los resultados**

Tomando como referencia el resultado observado en la tabla N° 5.1 en relación al nivel de conocimiento sobre los estilos de vida saludable de los pacientes hipertensos de la emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega observando que de un total de 54 pacientes (100%), 41 (76%) pacientes hipertensos poseen bajo nivel de conocimiento sobre estilos de vida saludable y solo 1 (2%) de pacientes hipertensos posee un nivel alto de conocimiento.

Al respecto los estilos de vida saludable en el paciente hipertenso son de importancia en su control y tratamiento no farmacológico de la enfermedad, mediante sus auto cuidados del propio hipertenso. Por lo tanto de acuerdo a los datos encontrados la mayoría tiene un nivel de conocimiento bajo la cual desencadena una inadecuada convivencia con su enfermedad, deteriorando su estado de salud con predisposición a desarrollar enfermedades cardiovasculares y cerebrales.

## **6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares**

En cuanto a estudios similares como el de Barreto, Bellavista – Caracas 2011, que realizó el trabajo de investigación: Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de la hipertensión arterial, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño", Concluye: el mejoramiento de los cuidados de enfermería proporcionados a los enfermos con hipertensión, disminuyendo la posibilidad de complicaciones que pudieran derivarse por el manejo inadecuado de esta enfermedad, puesto que los profesionales de salud poseen el conocimiento del manejo es ello que debería de darse como base para que los pacientes manejen adecuadamente su enfermedad con el conocimiento que se les proporcione.

Otro estudio similar es de Maraza Barrió De Mendoza, Bristan: HOSPITAL MILITAR CENTRAL - PERU, durante enero a marzo del 2010: Factores de riesgo de la hipertensión asociados a una población geronta. Con resultados de hipertensos la obesidad, el estrés, el sedentarismo, son los factores más frecuentes. Ello muestra la necesidad de mejorar el nivel de conocimiento de dichos pacientes para su autoayuda.

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIÓN

Concluyo que el nivel de conocimiento que presentan los pacientes hipertensos sobre los estilos de vida saludable de acuerdo a los datos encontrados se puede afirmar que la mayoría de pacientes no conocen sobre los estilos de vida saludable, siendo un factor pre disponente a la causa de enfermedades cerebro cardiovasculares, que pueden tener un fin fatal en el mismo paciente.

## CAPÍTULO VIII

### RECOMENDACIONES

- Se sugiere al Director del Hospital que pueda evaluar la posibilidad de crear programas dirigidos a la enseñanza de estilos de vida saludable para con los pacientes hipertensos
  
- Al personal de salud que constantemente impartan enseñanza de los estilos de vida saludable a los pacientes hipertensos.
  
- A la Jefa de enfermeras incentivar a que el personal de salud mantenga una vigencia en los conocimientos para impartir a los pacientes.

## CAPÍTULO IX

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRÉS ZAVALA, Abel. 1997. "Metodología de la Investigación Científica". Edit. San Marcos. Lima. Perú.
2. CALIDAD DE VIDA - Artículo de la Enciclopedia Libre Universal en Español.
3. CLASIFICACIÓN Y SUBTIPOS DE HIPERTENSIÓN  
Declaración científica de la American Heart Association (AHA)
4. DUNCAN, P. Estilos de Vida. En Medicina en Salud Pública. 1986
5. D. POLIT B. HUNGLER. 1,995 "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" 2 da Edición.
6. GUÍA ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2005 Hipertensión. 2005; 22 Supl 2:44-6
7. Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud en las Américas indicadores 2009
8. Paz, M. y García, M. (1994). Administración de Servicios de Enfermería. Barcelona- España: Ediciones Científicas y Técnicas.
9. Prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo en el 2000: Estudio poblacional Víctor Soto-Cáceres
10. Roemer, M. y Montoya, A. (1988). Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Primaria de Salud. Publicación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
11. Tamayo, G., Jimenez, P., Hernández, J. (2001). Factores de riesgo Cardiovasculares en Niños y Adolescentes. Departamento de Cardiología del Hospital General "Dr. José Ignacio Baldó". Material Mimeografiado.

## **Revistas**

- (1) versión impresa ISSN 0034-7523 Revista cubana medica: v.43 n.2-3 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2004 pg. 14.
- (2) Publicación de la Organización Mundial de la Salud 2008 La Atención Primaria de la Salud: Más Necesaria que Nunca. Publicada 2008 pg. 2
- (3) .Prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú – Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna – Vol.14 N° 3 - 2006
- (4) Tomey AM, Raile. Modelos y teorías de Enfermería. 4ta edición. Harcourt. España, 2000 pg. 53
- (5) Armando Vidalon Fernández Hipertensión Arterial Acta Medica Peruana mayo/agosto, año/vol. 23 pg. 67-68 2008

# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**PROBLEMA:**

CUAL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA?

INDICADOR	PREGUNTAS
DIETA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La hipertensión es una enfermedad que se caracteriza por?</li> <li>• El consumo de alimentos salados ocasiona generalmente:</li> <li>• ¿Cuántas veces a la semana el paciente hipertenso debe consumir carnes de res?</li> <li>• ¿Cuántas veces a la semana el paciente hipertenso debe consumir carnes blancas (pollo, pescado)?</li> <li>• Marque todos los grupos alimenticios que debe consumir un paciente hipertenso:</li> <li>• ¿El paciente hipertenso debe consumir comida rápida (pizza, hamburguesas, perro caliente)?</li> <li>• ¿Influye una alimentación saludable en el paciente hipertenso?</li> </ul>
Peso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el paciente hipertenso con sobrepeso la disminución progresiva de su peso ayuda a:</li> </ul>
Consumo de sustancias toxicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente hipertenso debe consumir cigarrillos y alcohol?</li> </ul>
Ejercicio físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántas veces a la semana como mínimo debe hacer ejercicios el paciente hipertenso?</li> <li>• ¿Cuánto tiempo deben durar los ejercicios que realiza el paciente hipertenso?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El ejercicio físico en el paciente hipertenso ocasiona:</li> <li>• Marque que ejercicios debe realizar el paciente hipertenso:</li> </ul>
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El paciente hipertenso ayuda a controlar su hipertensión cuando duerme como mínimo?</li> </ul>
Actividades ocio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marque las actividades que el paciente hipertenso debe programar en sus momento libres:</li> </ul>
Estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marque las técnicas de relajación para el manejo de estrés en el paciente hipertenso:</li> </ul>
Afecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuándo el paciente hipertenso se encuentra ansioso, triste, con cólera que le ocasiona?</li> <li>• EL paciente hipertenso frente a sus problemas debe:</li> </ul>
Responsabilidades del hipertenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente hipertenso se debe hacer medir la presión arterial para:</li> <li>• ¿Cada qué tiempo debe controlarse la presión un paciente hipertenso?</li> </ul>

## A. CUESTIONARIO

**Introducción:** buen día, soy la Licenciada en Enfermería Tatiana Cristóbal alumna de la segunda Especialidad de Cardiología de la UNMSM me presento ante usted con el siguiente cuestionario para saber el nivel de conocimiento que usted tiene sobre el estilo o forma de vida que lleva que esta relacionado con su enfermedad (hipertensión arterial) con el fin de poder plantear a un futuro un programa educativo que lo puede ayudar a mejorar

**Instrucciones:** a continuación usted leerá detenidamente cada pregunta y por favor contestar o marque con una equis (X) la respuesta que crea conveniente que crea conveniente, por cada pregunta sírvase a marcar una sola respuesta, las cuales serán anónimas y utilizadas para el presente estudio, muchas gracias por su colaboración.

### a) DATOS GENERALES

Edad..... sexo: Masculino ( )

Femenino ( )

Año de instrucción.....

### b) DATOS ESPECIFICOS

1. La hipertensión es una enfermedad que se caracteriza por?

- a) Aumento de las cifras de presión arterial
- b) El aumento del tamaño del corazón
- c) La disminución de las cifras de la presión arterial
- d) La disminución del tamaño del corazón.
- e) No sabe

2. El consumo de alimentos salados ocasiona generalmente:

- a) Aumento de su presión arterial
- b) Disminución su presión arterial
- c) Disminución de su azúcar en la sangre
- d) Otro: especifique.....
- e) No sabe

3. ¿Cuántas veces a la semana el paciente hipertenso debe consumir carnes de res?
- a) 1 vez por semana
  - b) 2 veces por semana
  - c) Tres veces por semana
  - d) Otro: especifique.....
  - e) No sabe

4. ¿Cuántas veces a la semana el paciente hipertenso debe consumir carnes blancas (pollo, pescado)?
- a) 1 vez por semana
  - b) 2 veces por semana
  - c) 3 veces por semana
  - d) Otro especifique
  - e) No sabe

5. Marque todos los grupos alimenticios que debe consumir un paciente hipertenso:

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| - Verduras frescas ( ) | - Leches sin grasa ( )    |
| - Frutas ( )           | - Lácteos ( )             |
| - Cereales ( )         | - lácteos light ( )       |
| - Frituras ( )         | - vegetales enlatados ( ) |
| - Pasteles             | - otros: especifique..... |

6. ¿El paciente hipertenso debe consumir comida rápida (pizza, hamburguesas, perro caliente)?

Si ( )

No ( )

Si la respuesta es no marque a continuación:

- a) Beneficiosos en hipertensión arterial
- b) No tiene ninguna importancia consumirlos
- c) Son perjudiciales en hipertensión arterial
- d) Ayudan con la digestión alimentaria
- e) Otro: especifique.....

7. ¿Influye una alimentación saludable en el paciente hipertenso?

Si ( )

No ( )





17. ¿EL paciente hipertenso frente a sus problemas debe:
- a) Hablar con su familia
  - b) Callarse sus problemas
  - c) Solucionar sus problemas
  - d) Otros: especifique.....
  - e) No sabe
18. Marque las actividades que el paciente hipertenso debe programar en sus momento libres:
- Paseos ( )
  - Ir al cine ( )
  - Trabajar más ( )
  - Descansar ( )
  - caminatas ( )
  - otros: especifique.....
19. El paciente hipertenso se debe hacer medir la presión arterial para:
- a) Su control y una adecuada medicación
  - b) El descontrol y adecuada medicación
  - c) Su control e inadecuada medicación
  - d) Otro: especifique.....
  - e) No sabe
20. ¿Cada qué tiempo debe controlarse la presión un paciente hipertenso?
- a) Diario
  - b) Interdiario
  - c) Semanal
  - d) Otro: Especifique.....
  - e) No sabe

**T.E/363.1521/C86**

Nivel de conocimientos sobre los estilos de  
vida saludable de los pacientes hipertensos  
Cristóbal Cervantes, Jheyemi Tatiana



**41**

**Interno**