

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



**ESTILOS DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS
ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, HUANCAYO - 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

**JULY MARELYN GARCIA YAURI
JENNY HUAYCAÑE LÓPEZ**

**CALLAO – 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTE |
| ➤ Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | SECRETARIA |
| ➤ Mg. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU | VOCAL |

ASESOR: DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA

Nº de Libro: 002

Nº de Acta de Sustentación: 051

Fecha de Aprobación de la Tesis: 14/09/2018

Resolución de Consejo de Facultad N° 1268-2018-CF/FCS de fecha 11 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

El presente informe de investigación lo dedicamos a Dios, a nuestros padres quienes nos han dado la vida y a todos los que nos han apoyado para realizar nuestra investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a nuestros padres por su confianza y apoyo, a nuestra Universidad Nacional del Callao, a la Escuela Profesional de Enfermería, que contribuyen en nuestra formación profesional, científica y humanística.

Al Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, a las personas que hicieron posible esta investigación en calidad de asesores e informantes.

INDICE

| | |
|---|----------|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 Identificación del problema | 5 |
| 1.2 Formulación del problema | 8 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 8 |
| 1.4 Justificación | 9 |
| II. MARCO TEORICO | |
| 2.1 Antecedentes del estudio | 11 |
| 2.2 Bases epistémicas | 16 |
| 2.3 Bases científicas | 19 |
| 2.4 Definición de términos | 29 |
| III. VARIABLES E HIPOTESIS | |
| 3.1 Definición de variables | 32 |
| 3.2 Operacionalización de variables | 32 |
| 3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas | 36 |
| IV. METODOLOGIA | |
| 4.1 Tipo de investigación | 37 |
| 4.2 Diseño de la investigación | 37 |
| 4.3 Población y muestra | 38 |
| 4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 38 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 4.5 | Procesamiento de recolección de datos | 39 |
| 4.6 | Procesamiento estadístico y análisis de datos | 39 |
| V. | RESULTADOS | 40 |
| VI. | DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 44 |
| 6.1 | Contrastación de hipótesis con los resultados | 44 |
| 6.2 | Contrastación de hipótesis con otros estudios similares | 45 |
| VII. | CONCLUSIONES | 46 |
| VIII. | RECOMENDACIONES | 47 |
| IX. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 48 |
| | ANEXOS | 50 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| TABLA N° 01: | 43 |
| ESTILOS DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| TABLA N° 02: | 44 |
| CUESTIONARIO REALIZADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL A LA PERSONA ADULTA QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| TABLA N° 03: | 46 |
| ALIMENTACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| TABLA N° 04: | 47 |
| ACTIVIDAD Y EJERCICIO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| TABLA N° 05: | 48 |
| MANEJO DEL ESTRES EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL | |

HOSPITAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION, HUANCAYO - 2017.

TABLA N° 06: 49

APOYO INTERPERSONAL EN HIPERTENCION ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

TABLA N° 07: 50

AUTORREALIZACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

TABLA N° 08: 51

RESPONSABILIDAD EN SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|------|
| GRÁFICO N° 01: | 43 |
| ESTILOS DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| GRÁFICO N° 02: | 46 |
| ALIMENTACION EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| GRÁFICO N° 03: | 47 |
| ACTIVIDAD Y EJERCICIO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| GRÁFICO N° 04: | 48 |
| MANEJO DEL ESTRES EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017. | |
| GRÁFICO N° 05: | 49 |
| APOYO INTERPERSONAL EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA | |

DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

GRÁFICO N° 06: 50

AUTORREALIZACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

GRÁFICO N° 07: 51

RESPONSABILIDAD EN SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONA ADULTA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, con diseño no experimental de corte transversal prospectivo, ya que los datos se recolectaron en un solo momento de la investigación, y los grupos fueron elegidos aleatoriamente constituidos a criterio de las investigadoras; no se manipulan las variables, solo se observa y recoge información del comportamiento de la variable. Se realizó con la finalidad de conocer los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2017. La muestra estuvo conformada por 81 personas adultas, a quienes se aplicaron el cuestionario "Escala de estilos de vida del adulto hipertenso". Los resultados fueron que un 75,3% (61 personas) de los encuestados tiene un estilo de vida no saludable, mientras que un 24,7% (20 personas) tiene un estilo de vida saludable. En cuanto a las dimensiones de Alimentación 65,4 % (53), actividad y ejercicio 72,8% (59), manejo del estrés 77,8% (63), apoyo interpersonal 70,4% (57), autorrealización 59,3% (48), responsabilidad en salud 67,9 % (55); en cada una de estas dimensiones los adultos hipertensos presentaron un estilo de vida no saludable.

Palabras Claves: estilo de vida, hipertensión.

ABSTRACT

The present research work is of a descriptive type, with a non-experimental design of a prospective cross-section, since the data were collected in a single moment of the investigation, and the groups were chosen randomly constituted at the discretion of the researchers; the variables are not manipulated, only information about the behavior of the variable is observed and collected. It was carried out with the purpose of knowing lifestyles in hypertension in hypertensive adults who attended the emergency service of the Clinical Teaching Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2017. The sample consisted of 81 adults, to whom the questionnaire "Scale of adult hypertensive lifestyles". The results were that 75.3% (61 people) of the respondents have an unhealthy lifestyle, while 24.7% (20 people) have a healthy lifestyle. Regarding the dimensions of Food 65.4% (53), activity and exercise 72.8% (59), stress management 77.8% (63), interpersonal support 70.4% (57), self-realization 59, 3% (48), responsibility in health 67.9% (55); in each of these dimensions hypertensive adults presented an unhealthy lifestyle.

Key Words: lifestyle, hypertension.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

La prevalencia de la hipertensión es alta en el mundo y ocasiona un número apreciable de incapacidades y muertes en la población. El Comité de Expertos de la OMS estima que entre un 18 a un 28% de la población mundial de adultos sufre, en algún grado, de presión arterial elevada. La Hipertensión Arterial está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económica, social, cultural ambiental y étnica. Siendo los estilos de vida determinantes en el tratamiento y mantenimiento de la salud de las personas hipertensas. La prevalencia ha estado en aumento, en el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de personas fallecidas por enfermedades circulatorias, 7.2 millones son por Enfermedades Coronarias del corazón y 4.6 millones por Enfermedad Vasculor Encefálica; la Hipertensión Arterial está presente en la mayoría de ellas. La frecuencia de la Hipertensión Arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece; en cuanto a su etiología es desconocida en el 95 % de los casos, identificándose como esencial o primaria, el restante 5 % es debido a causas secundarias (1).

Numerosos estudios realizados demostraron su asociación con otras afecciones como la obesidad, los individuos con inactividad física; Diabetes Mellitus de larga duración, el incremento de la ingestión de alcohol, el tabaquismo, la gota, hiperuricemia. La prevalencia estimada en nuestro país está alrededor de los 2 millones de hipertensos, no obstante, el informe de tratamiento de hipertensos aportó que sólo el 8.8 % de la

población adulta estaba bajo este método activo de control, muy lejos de la prevalencia demostrada. Es de suponer por ello, que una gran masa de hipertensos no están detectados, muchos no tratados y similar cuantía no controlados. La OMS estima que una disminución de 2mm de Hg en la presión arterial media de la población, produce una reducción de 6 % en la mortalidad anual por accidentes cerebro vascular, el 4 % para las cardiovasculares y un 3 % para todas las causas asociadas (1).

La causa número uno de muerte en el mundo son las enfermedades cardiovasculares causando unos 17,5 millones de muertes en 2012; es decir, 3 de cada 10. De estas, 7,4 millones se atribuyeron a la cardiopatía isquémica, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares. Sus principales causas son hábitos no saludables: alimentación desequilibrada, inactividad física, falta de rutinas en los patrones de sueño, bajo control del estrés y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Ellas no sólo merman la calidad de vida de los individuos afectados, sino que también causan muertes prematuras y tienen efectos económicos importantes para las familias, las comunidades y la sociedad en general. La hipertensión, principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región, esto es, alrededor de 250 millones de personas. Cada año se producen 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón ocurren en personas menores de 70 años (1).

La prevalencia de hipertensión en nuestro país va en aumento, por lo tanto, es importante identificar la prevalencia y los factores de riesgo de la hipertensión arterial en la población para desarrollar un plan en base a los resultados; enfocado a mejorar el estilo de vida para que la población que padece Hipertensión Arterial pueda sobrellevar la enfermedad (2).

En nuestro país, el Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática, afirman que las principales causas de mortalidad por sexo en el departamento de Lima en el año 2010 fueron las enfermedades respiratorias, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades hipertensivas. La hipertensión arterial (HTA) representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y enfermedad cerebro vascular. La HTA es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por la elevación persistente de la tensión arterial sistólica, diastólica o ambas cifras; definición sólo aplicable a adultos; la misma es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo (3).

En la fisiopatología de esta enfermedad se encuentran factores de riesgo como la edad, la obesidad, la tendencia al sedentarismo, el hábito de fumar, la ingestión de sal en la dieta, las tensiones mantenidas o reiteradas, la etnia; así como otros factores que interrelacionados juegan un rol en la producción de esta enfermedad. Considerando lo mencionado es importante reconocer los estilos de vida para la Hipertensión Arterial, ya que esta enfermedad es una de las causas de mortalidad en nuestro país, lo cual permitirá obtener datos verdaderos y actuales sobre los principales factores de riesgo en los adultos, encaminándonos a mejorar el estilo de vida y los efectos negativos que provoca esta enfermedad (4).

La Organización Mundial de la Salud define a los estilos de vida como: “Un conjunto de actividades, 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” (1).

Con frecuencia se habla de estilos de vida para referirse a patrones comportamentales como actividad física o los hábitos alimentarios; los estilos de vida estudiados han sido fundamentalmente; los hábitos alimentarios inadecuados, la falta de actividad física, el consumo de tabaco; otros estilos de vida contemplados en los programas promoción de la salud o prevención de enfermedades son el descanso, ocio y el sueño, la higiene, la educación sexual, y planificación familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la automedicación, las revisiones sanitarias, el seguimiento de prescripciones médicas o las prácticas de seguridad y protección las prácticas de salud y/o riesgo no son conductas aisladas que surjan de manera esporádica por el contrario constituyen varias formas de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos fuertemente relacionados con el entorno que vive la persona(5).

Esta misma problemática se evidencia en nuestra región Junín, a través de informes y reportes que indican que la incidencia de la enfermedad va en aumento. El Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión atiende diariamente en sus diferentes áreas personas que padecen de hipertensión arterial, siendo el más crítico el área de Emergencia donde acuden personas hipertensas con complicaciones graves y severas. De ahí la importancia de concientizar a las personas hipertensas y a los que desconocen que la padecen, el mantener un estilo de vida saludable y realizarse controles periódicos. Ante esta situación surgió la inquietud de realizar la presente investigación, que parte de la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Formulación del problema general

- ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017?

1.2.2 Formulación de los problemas específicos

- ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de alimentación?
- ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de actividad y ejercicio?
- ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de manejo del estrés?
- ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de apoyo interpersonal?
- ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de autorrealización?
- ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de responsabilidad en salud?

1.3 Objetivos:

1.3.1 General

- Determinar los estilos de vida en hipertensión arterial de las personas adultas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017

1.3.2 Específicos

- Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de alimentación.
- Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de actividad y ejercicio.
- Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión del manejo de estrés.
- Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de apoyo interpersonal.
- Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de autorrealización.
- Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de responsabilidad en salud.

1.4 Justificación

a) Justificación Teórica:

A partir del producto de esta investigación se puede desarrollar programas de sensibilización o concientización, orientados a mejorar los estilos de vida saludable y, por lo tanto, la calidad de vida de la población en general, haciendo hincapié en la población de profesionales de la salud y así sean verdaderos ejemplos de recomendación, influencia y motivación dignos de imitar. Intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

b) Justificación Práctica:

Realizar este estudio es importante porque permitirá analizar la relación entre los estilos de vidas saludables y el estado nutricional de los profesionales de la salud, lo cual tiene un gran impacto porque los profesionales de la salud pueden influir positivamente en los hábitos de salud de los pacientes mediante la consejería sobre prevención y promoción de hábitos saludables. La consejería médica está fuertemente relacionada con las propias prácticas saludables, por lo tanto la clave para aumentar sustancialmente la consejería en promoción de la salud, es la práctica de hábitos saludables de los mismos profesionales de la salud.

c) Justificación Metodológica:

El tipo de estudio analítico planteado y diseño de investigación correlacional, servirá para generar estrategias que puedan dar alternativas de solución para mejorar los estilos de vida y estado nutricional del profesional de la salud, para que sea más creíble y motivador al compartir sus propias prácticas saludables con sus pacientes, y al practicar hábitos saludables puedan discutir conductas preventivas relacionadas con sus pacientes. Por lo que las conductas de salud de los profesionales sanitarios parecen afectar las actitudes y la motivación de los pacientes para hacer cambios en su estilo de vida.

d) Justificación Económica - Social:

La mayoría de los profesionales de la salud están más propensos a aconsejar a los pacientes y tienen más confianza al hacerlo sobre hábitos saludables que ellos mismo practican con éxito. Además, aproximadamente un tercio de los participantes informaron tener dificultad en la consejería de prácticas saludables que a ellos mismos les es difícil realizar.

Por todo lo expuesto, investigar el tema de estilos de vida saludable resulta de suma importancia, puesto que adoptar un estilo de vida saludable es fundamental en pacientes con hipertensión. Estos hábitos deben ser permanentes para el paciente y su puesta en práctica depende en buena medida de la participación activa de la familia y del personal de salud con el cual tienen contacto. Todas las personas debemos tomar conciencia de la importancia de mantener hábitos de vida sanos y al estado le compete el diseño e implementación de programas de prevención y promoción de la salud

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Estudio

A nivel internacional

ARRIEGO, G. “ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL”. España, 2014. Estudio descriptivo, correlacional y comparativo en el cual se realizó un muestreo aleatorio estratificado con una muestra total de 255 pacientes adscritos al programa de hipertensión arterial, se utilizaron 5 instrumentos elaborados por la investigadora (CFPPHTA, MOS, CAPHTA, NSSQ y PEVPHTA). Tuvo como propósito explicar el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socio cultural, la autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. Los resultados del estudio permitieron afirmar la relación significativa de los factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales autoeficacia percibida y apoyo social sobre el estilo del paciente con hipertensión arterial, se encontró que dichas variables afectaron significativamente el estilo de vida del paciente hipertenso (6).

BURBANO, D. “ESTILOS Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD DEL PACIENTE HIPERTENSO”. Colombia, 2017. Estudio descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, se incluyeron 151 personas con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control a las Unidades Primarias de Atención del Hospital de Engativá. Tuvo como objetivo: Describir el estilo de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con hipertensión arterial grado I que asisten a consulta de control en las Unidades Primarias de Atención del

Hospital de Engativá. Se aplicaron los instrumentos FANTASTICO, para estilos de vida, y SF-36, para calidad de vida relacionada con la salud. Obtuvo como resultados que los participantes presentan adecuados estilos de vida y un buen nivel de calidad de vida relacionada con la salud, de tal forma concluyó que: Los estilos de vida y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, descrito por los participantes, favorece el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones (7).

MENDEZ, V; SORIANO, C; HERNANDEZ, R; PLANTAS, S. "ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PUBLICO". México, 2014. Es un estudio descriptivo transversal, con un muestreo no probabilística donde participaron 77 pacientes que fueron atendidos en un hospital público. Tuvo como objetivo identificar estilos de vida de pacientes con hipertensión arterial. Los resultados fueron: Los pacientes en estudio cumplen con su tratamiento farmacológico y el medicamento que más utilizan es el captopril. El sexo que predomina más es el femenino. Un factor de riesgo encontrado en los pacientes encuestados son los antecedentes familiares de manera directa a padres con hipertensión arterial. El estrés prevalece en más de la mitad de los pacientes hipertensos, siendo más frecuentes las reacciones físicas y psicológicas. A pesar de que la mayoría de los pacientes presenta estrés no tienen el hábito de fumar, pero si ingieren bebidas alcohólicas (8).

GORDON, M. y GUALOTUÑA, M. "HIPERTENSIÓN ARTERIAL RELACIONADA CON EL ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TIPO A PUJILÍ". Ecuador, 2014. Estudio de tipo analítico, de corte transversal el cual se realizó en una muestra de 50 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial. El objetivo de este estudio fue determinar la relación de estilos de vida con la Hipertensión Arterial de los pacientes que acudieron al centro de salud de Pujilí de Julio a diciembre 2014. Las conclusiones fueron: los estilos de

vida adoptados por los pacientes señalan que el 50% realizan actividad física de manera ocasional, su dieta está basada en un 46% de alimentos ricos en grasa, su carga de estrés es moderada en un 44% debido a su vida cotidiana, el hábito de consumo de tabaco es en un 30%, mientras que el 54% de la población no tiene el hábito de fumar, a diferencia del consumo del alcohol que es de 64%, por otro lado el insomnio con un porcentaje de 72% es un factor determinante para la hipertensión arterial ya que su ciclo circadiano se encuentra alterado (9).

A nivel nacional

ZELA, L. y MAMANI, W. "HIPERTENSION ARTERIAL Y ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA MICRO RED DE SALUD REVOLUCION SAN ROMAN". Perú, Juliaca 2015.

Fue un estudio de tipo no experimental, corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 103 adultos mayores de 60 a 90 años de edad a quienes se aplicó el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I) Nola Pender, adaptada, que consta de 6 dimensiones: responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo de estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol. Su objetivo fue determinar la relación entre Hipertensión Arterial y Estilo de vida en adultos mayores. Sus resultados fueron que el 41.7% de adultos mayores presentan un nivel de presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5% presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida Muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Referente a resultados por dimensiones, en su dimensión responsabilidad en salud el 47.6% saludable, el 31.1% poco saludable, y el 21,4% muy saludable. En su dimensión de ejercicio el 67.0% saludable, el 19.4% poco saludable y el 13.6% muy saludable. En su dimensión de nutrición el 57,3% saludable, 27.2% poco saludable y el 15.5% muy saludable. En su

dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable. En su dimensión de no consumo de tabaco el 45.6 % saludable, 37.9% poco saludable y el 16.5% muy saludable. En su dimensión de no consumo de alcohol el 47.6% saludable, 38.8% poco saludable y el 13.6 % muy saludable. Aplicando la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determinó la existencia de una moderada correlación indirecta ($Rho = -.408$) y significativa ($sig. = .000$) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de Hipertensión Arterial (10).

CACERES, J. "ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL DEL HOSPITAL I CARLOS ALCANTARA BUTTERFIELD" Perú, Lima 2016.

Estudio de tipo descriptivo de corte trasversal, tuvo como objetivo determinar el estilo de vida del paciente del programa de Hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara- 2014 entre los meses de abril – julio 2014, la muestra estuvo conformada por 45 pacientes que pertenecen del programa de hipertensión arterial, los datos fueron recolectados a través de un formulario tipo cuestionario sobre alimentación y actividad física. Se obtuvo como resultados: que el 71% de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29% estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93% consumen pollo tres veces por semana, el 80% consumen agua diariamente, el 78% consumen verduras diariamente, 62% consumen frutas diariamente, el 51% consumen huevos tres veces por semana, sin embargo el 93% consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89% preparan alimentos guisados. El 73% de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71% realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios (11).

POLO, L. y RUIZ, L. "ESTILO DE VIDA Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MADURO CON HIPERTENSION ARTERIAL" Perú, Trujillo 2016. Fue un

estudio de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal, tuvo la finalidad de determinar si existe relación entre estilo de vida y nivel de autocuidado del adulto maduro con hipertensión arterial. La muestra estuvo constituida por 65 adultos maduros. La información se obtuvo a través de los siguientes instrumentos: “Escala de evaluación del Estilo de Vida” y “Escala de evaluación del Nivel de Autocuidado” los cuales fueron válidos y confiables. Para el análisis estadístico se aplicó la Prueba de Independencia de Criterios Chi – cuadrado. Las conclusiones fueron: El mayor porcentaje de adultos maduros con hipertensión arterial estudiados, presentaron estilo de vida adecuado y en menor porcentaje presentaron estilo de vida inadecuado. y El mayor porcentaje de adultos maduros con hipertensión arterial presentaron un alto nivel de autocuidado, seguido por un regular nivel de autocuidado y en menor porcentaje presentaron un bajo nivel de autocuidado mientras que el mayor porcentaje de adultos maduros hipertensos con estilo de vida adecuado presentaron alto nivel de autocuidado, mientras que el mayor porcentaje de adultos maduros hipertensos con estilo de vida inadecuado presentaron regular nivel de autocuidado; así mismo se evidencia que existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de autocuidado del adulto maduro con hipertensión arterial (12).

CRUZ, N. “ESTILOS DE VIDA DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLÓ VIZCARDÓ”. Perú, Puno 2013. El estudio tuvo como objetivo determinar los estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - 2014. La muestra poblacional fue conformada por 40 adultos mayores con hipertensión arterial, la investigación fue de tipo descriptivo con diseño transversal, se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento el cuestionario de estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro – 2014. Los resultados fueron: Los estilos de vida de los adultos mayores resultan

poco saludables en las categorías hábitos alimentarios en un 52.5 %; en la categoría actividad física en un 57.5 %; en la recreación en un 62.5 %; en la categoría sueño el 25 % y el 75% resultó su estilo de vida saludable. Se concluyó que los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos es poco saludable en tres dimensiones de las 4 consideradas en el estudio; se debe tomar en consideración estos resultados para mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores hipertensos del programa especialmente en las categorías hábitos alimentarios, recreación, actividad física, y continuar con la vigilancia de los estilos de vida principalmente en los adultos mayores que acuden al programa citado para contribuir a mejorar su calidad de vida (13).

QUISPE, M. y RONCAL, R. "ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS DEL ADULTO MAYOR – LA TULLPUNA". Perú, Cajamarca 2013.

Fue un estudio de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal y correlacional; cuyo objetivo fue determinar y analizar los estilos de vidas y su relación con las enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores, para el procesamiento de datos se utilizó el Software SPSS 19. Para establecer la relación entre las variables de estudio se aplicó la prueba de criterios Chi cuadrado, con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$. Los resultados indican que; 80% de la muestra presentaron enfermedades del sistema músculo esquelético; 76% sensoriales y 45% hipertensión arterial. En estilos de vida realizan actividades recreativas, 84% (nunca); 50% (a veces), 44% (siempre), consumen sustancias nocivas 88 al 96% (nunca), 44% son sedentarios. Se concluyó, los estilos de vida inadecuados guardan relación estadísticamente significativa con la enfermedad crónico degenerativa del sistema músculo esquelético, (Pvalue = 0.029). Considerando la significancia estadística con una de las enfermedades crónica degenerativa presentada en los integrantes en la

Asociación del Adulto mayor se confirma parcialmente la hipótesis alterna (14).

A nivel regional

ALDERETE, K. y GONZALES, S. “ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE CHUPACA 2016”. Perú, Huancayo 2016. Tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos del Centro Integral Del Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Chupaca 2017. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal y prospectivo, la muestra estuvo constituida por 50 adultos seleccionados por conveniencia. Para la recolección de datos se usó la técnica de la encuesta usando como instrumento el cuestionario el cual fue tomado de Guerrero Yactayo Marleny Milagros. Se obtuvo como resultados que un 56%(28) son saludables, mientras un 38%(19) son poco saludable y solo el 6%(3) respondió que son no saludables. Siendo así que en la variable estilos de vida el mayor porcentaje fue saludable con 56% (26). Por lo cual llegamos a la conclusión que los estilos de vida en general de los adultos mayores son saludables lo cual es beneficioso para su salud, evidenciándose en los hábitos alimenticios, la actividad física y evitando los hábitos nocivos (15).

2.2 Bases epistémicas

2.2.1 Teorías de determinantes de la salud

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los

modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframbroise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974), ministro de sanidad canadiense.

El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales (16).

A. Estilo de vida:

Este determinante se refiere a los patrones comportamentales de cada individuo que son identificables y relativamente estables en el individuo y sociedad que resulta de la relación entre características individuales y la interacción social, condiciones de vida socioeconómica. Es una forma de vida que se basa en hábitos alimentarios, actividad física, recreación y sueño, que son patrones de comportamiento que tienen los adultos.

B. Biología humana:

Se refiere herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.

C. Medio ambiente:

Sistema sanitario:

Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados. La provisión de servicios de inmunización, anticoncepción y tratamiento antibiótico contribuye notoriamente al mejoramiento de la expectativa y la calidad de vida

de las poblaciones, así como los programas de prevención y control de enfermedades prioritarias.

D. Campos de la salud:

Este concepto tiene muchas características que lo constituyen en un potente instrumento para el análisis de los problemas de salud, la determinación de las necesidades de salud y la selección de los medios para satisfacer esas necesidades. Otro rasgo del concepto es su amplitud, su capacidad de abarcar el todo. Cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una combinación de los cuatro. En consecuencia, esta característica del concepto es importante porque garantiza que se considerarán debidamente todos los aspectos de la salud. Asimismo, exige que todos los que contribuyen a la salud, ya sea individual o colectivamente - pacientes, médicos, científicos y gobierno- tengan conciencia de sus funciones y de su influencia en el nivel de salud. Una tercera característica del concepto es que permite instaurar un sistema de análisis con el cual es posible examinar cualquier problema con respecto a los cuatro componentes, a fin de evaluar su importancia relativa y su interacción.

La cuarta característica del concepto consiste en la posibilidad de desmenuzar, a su vez, los mismos componentes. Por último, el concepto de campo de la salud ofrece una nueva visión de la salud, visión que libera la creatividad para reconocer y explorar aspectos que hasta ahora se han ignorado. Como ejemplo, un resultado que se podría obtener al utilizar el concepto como instrumento analítico atribuyan a sus comportamientos y hábitos en relación con su propia salud (16).

2.2.2. Teoría de promoción de la salud

El modelo de promoción a la salud de Pender, está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona. El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud (17).

El modelo de la promoción a la salud es básicamente un modelo de enfermería, para evaluar la acción de promoción a la salud y el comportamiento que conduce a la promoción a la salud y de la interrelación entre tres puntos principales: 1. Características y experiencias de los individuos. 2. Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar. 3. Comportamiento de la promoción de la salud deseable (17).

En la construcción del modelo el autor uso como bases teóricas, la teoría de aprender social de Montgomery y modelo para evaluar expectativas, ambas teorías derivadas de la psicología, con los principales conceptos:

a. Conducta previa relacionada:

La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, efectos directos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud.

b. Factores personales:

Se refiere a todos los factores relacionados con las personas que influyen en el individuo para que se relacione con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores

biológicos, psicológicos y socioculturales, además de los beneficios percibidos de las acciones promotoras de salud, así como las barreras que encuentra para estas conductas.

c. Influencias situacionales:

Son las percepciones y cogniciones de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.

d. Factores cognitivo-preceptuales:

Son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud.

2.3 Bases científicas

2.3.1 Definición de estilos de vida

Estilos De Vida

Los estilos de vida saludables es el conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal y son determinados por 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. Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud, este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud enfermedad de Lalonde y Lafrancoise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de

salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población (18).

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en la alimentación, de tabaco; así como el desarrollo o no de la actividad física, los riesgos del ocio y en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional, Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento de enfermedades transmisibles como no transmisibles (Diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, cáncer entre otras) (18).

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 (18).

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. Con los años la mayoría de las personas aumentan de peso, debido al cambio en el funcionamiento del organismo que va siendo más lento, incluso el metabolismo el cual influye en el sobrepeso y también la disminución en la actividad física, si

agregamos los malos hábitos alimenticios, consumo de tabaco, alcohol, nos lleva a problemas de dislipidemias, sobrepeso y problemas cardiovasculares (18).

La alimentación debe ser balanceada de 1800 kcal/día con alto contenido de nutrientes. El consumo insuficiente de frutas y verduras causa cerca de 2,7 millones de muertes por año y está entre los diez principales factores de riesgo que actúan como causa de mortalidad, según el informe sobre salud en el mundo. La importancia de los datos para la salud pública llevó la organización, en colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación a promover en todo el mundo campañas para aumentar el consumo de frutas y hortalizas (OMS, 2002) (1).

El consumo de cítricos, frutas, verduras verdes– amarillas aportan fibra, antioxidantes, agua, vitaminas y minerales que modulan las funciones metabólicas, reducen el envejecimiento celular, regularizan el tránsito intestinal y su consumo previene de enfermedades cardiovasculares. El deterioro del balance de calcio por la disminución de su ingesta y su menor absorción intestinal, hacer encomendable el consumo de un vaso de leche al día, yogurt descremado, queso, administrar 1.5 gr de calcio elemental para prevenir la osteoporosis. Consumir carnes magras (pollo sin piel, pescado, poca carne roja), una porción mediana aporta diariamente proteínas de buena calidad, hierro, zinc y vitamina B12, entre otros nutrientes necesarios y fundamentales en esta situación. Se sugiere el consumo de pescado dos veces por semana sus ácidos grasos influyen favorablemente en la salud vascular. Huevos, 3 ó 4 huevos sin yema por semana, aportan vitaminas del complejo B y liposolubles, minerales y lecitina,

proteínas de buena calidad, la clara se puede consumir diariamente (19).

Un tema fundamental es también la actividad física que influye favorablemente en los músculos aportando mayor fuerza, resistencia y elasticidad; en los huesos aumenta la masa ósea, se fortalecen los ligamentos y cartílagos; en el corazón refuerza las paredes del corazón, aumenta su masa muscular, mejora la circulación; en la respiración mejora la actividad respiratoria; en el metabolismo: 27 aumenta las cifras de HDL (colesterol bueno), desciende las cifras de LDL colesterol malo) (19).

Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Aproximadamente dos millones de muertes anuales pueden atribuirse a la inactividad física; a ello se añade que, según las conclusiones preliminares de un estudio de la OMS sobre factores de riesgo, los modos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad. Duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad (19).

Evitar el sedentarismo, debe de iniciarse una actividad física indicados, los ejercicios aeróbicos asociados a ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento muscular y relajación diaria, por lo

menos tres veces a la semana; se ha observado que el ejercicio disminuye la pérdida de masa ósea (19).

El control del peso es importante para saber la masa corporal y saber si el peso está de acuerdo con la talla y es óptimo, si hay sobrepeso o déficit del mismo. Debe evitarse el sobrepeso pues en esta etapa llevará a una deformación del cuerpo; se produce un ensanchamiento del mismo con aumento de diámetro de las caderas y muchas veces los hombros que se redondean por depósito de grasa y por pérdida del tono muscular por falta de actividad física. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular, diabetes, ciertos tipos de cáncer y osteoartritis (dolor en las rodillas) (20).

2.3.2 Dimensiones de estilos de vida

Las dimensiones del estilo de vida consideradas para la presente investigación son las siguientes: nutrición, actividad y ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad en salud, apoyo interpersonal y autorrealización.

A) Dimensión de alimentación: Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida (21).

La alimentación es educable, desde que se idea la producción de los alimentos, se gana el dinero para

adquirirlos, a la hora de la compra, en la preparación y conservación de los alimentos, hasta que los ingerimos. Comemos lo que queremos, cuando queremos; al ingerir los alimentos empieza un proceso nuevo que no depende de nosotros, de nuestra voluntad, que no podemos educar, es la nutrición (21).

B) Dimensión Actividad y Ejercicio: es el esfuerzo corporal o actividad física que pone en movimiento al cuerpo en su totalidad o una parte del mismo de manera armónica, ordenada y repetida que se realiza regularmente con el propósito de mejorar, desarrollar y conservar las funciones del adulto mayor. Dentro del concepto de salud, el ejercicio físico cumple un rol fundamental, ya que, al practicarlo de manera cotidiana, aumenta la vitalidad en general y reduce la posibilidad de padecer enfermedades (21).

Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes de tipo II y de obesidad. Además, aumenta el riesgo de padecer cáncer de colon y de pecho, hipertensión arterial, problemas de peso, osteoporosis, depresión y ansiedad (21).

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo como es el de la nutrición del adulto mayor, que le favorece a la adecuada digestión y funcionamiento intestinal favoreciendo a la vez para el fortalecimiento de la

musculatura buscando aumentar la masa muscular y la fuerza muscular; evitando así una de las principales causas de incapacidad y de caídas; también favorece las funciones cognitivas (21).

C) Dimensión Manejo del estrés: El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés (21).

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular (21).

El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control (21).

D) Dimensión responsabilidad en salud: La responsabilidad en salud del adulto mayor implica saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, además deben

modificar su comportamiento y realizar actividades que mantengan su salud (21).

E) Dimensión apoyo interpersonal: Las relaciones interpersonales se establecen sobre la base de una consistente autoestima, partiendo de la óptica de tener algo que ofrecer a alguien, además estas se logran como producto de la motivación para compartir con otra persona. Las relaciones preestablecidas, se mantiene por el placer de estar queriendo y sentirse querida, tener reconocimiento y dar reconocimiento, recibir y dar afecto (21).

Es una dimensión importante por considerar al adulto mayor como ser eminentemente social, para lo cual se requiere de redes de apoyo familiar y social, lo mismo que le permita sostenerse y seguir creciendo en el camino junto a otros individuos de su entorno (21).

F) Dimensión Autorrealización: se refiere a la adopción del adulto mayor a su inicio como persona en la tercera edad, teniendo como tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen mayor, alcanzando la superación y a la autorrealización a obtener un sentimiento de satisfacción hacia el mismo como adulto (21).

El ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida, según Erickson, el grado de socialización aumenta (21).

La escuela, las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia (21).

En cuanto a los factores biosocioculturales de la persona para el presente estudio se han considerado: la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, ingreso económico, y la religión (21).

Ciertos factores tienen influencia indirecta sobre las conductas de salud, a través de los factores cognitivo – perceptual. Estos factores pueden ser: Factores demográficos: Se proponen que tanto la edad; sexo, raza étnica, educación procedencia e ingreso económicos tienen influencia indirecta a través de su impacto en el establecimiento de conductas de salud (21).

2.4 Definición de 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 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

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 (22).

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 (23).

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 (23).

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 (23).

El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la 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 (23).

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 3.000.000 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 (23).

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 (14). 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 (23).

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 (23).

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial (23).

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.(1)

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. (1).

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 40años 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 (1).

2.4.1 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 (23).

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 (23).

2.4.2 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 (4).

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 35 las diversas formas posibles de modificar la ingestión de sal y grasas (4).

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Definición de variables

ESTILO DE VIDA DEL ADULTO HIPERTENSO

Definición Conceptual

Es un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad (25).

3.2 Operacionalización de variables

| VARIABLE DE ESTUDIO | DIMENSIONES | INDICADORES | TECNICAS E INSTRUMENTO | VALOR FINAL |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|--|
| ESTILOS DE VIDA | Alimentación | Frecuencia de alimentación | Técnica: Entrevista (elaborado por Walker, Sechrist y Pender) Instrumento: Guía de entrevista | Saludable: 18-24 No saludable: 6-17 |
| | | Tipos de alimentos | | |
| | | Consumo de agua | | |
| | | Valor nutricional | | |
| | Actividad Y Ejercicio | Frecuencia de actividad física | | Saludable: 6-8 No saludable: 2-5 |
| | | Tipo de actividad física | | |
| | Manejo Del Estrés | Actividades recreativas | | Saludable: 12-16 No saludable: 4-11 |
| | | Expresión de sentimientos | | |
| | | Planteamiento de soluciones | | |
| | | Terapias alternativas | | |
| | Apoyo Interpersonal | Relaciones interpersonales | | Saludable: 12-16 No saludable: 4-11 |
| | | Afrontamiento de problemas | | |
| | Autorrealización | Satisfacción personal | | Saludable: 9-12 No saludable: 3-8 |
| | | Desarrollo personal | | |
| | Responsabilidad En Salud | Consultas médicas periódicas | | Saludable: 17-21 No saludable: 9-16 |
| | | Cumplimiento de tratamiento | | |
| Asistencias a citas medicas | | | | |
| Hábitos nocivos | | | | |

3.3 Hipótesis

Por ser una investigación de tipo descriptivo, carece de hipótesis.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo de investigación

Estudio descriptivo, aplicativo por que tiene el propósito de solucionar problemas. De corte transversal prospectivo, ya que los datos se recolectaron en un solo momento de la investigación, y los grupos fueron elegidos aleatoriamente, constituidos a criterio de los investigadores (24).

4.2 Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es no experimental, porque no se manipulan las variables, solo se observa y recoge información del comportamiento de la variable.

$$M \rightarrow O_1$$

Donde:

M: Muestra del estudio

O₁: Variable de estudio; nivel de conocimiento sobre estilos de vida.

4.3 Población y muestra

Población: Estuvo conformada por 120 pacientes adultos hipertensos que acudieron en el último trimestre comprendido desde el mes de julio a setiembre al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2017.

Muestra: Del total de la población, se seleccionó una muestra representativa en tamaño y calidad, la cual se calculó aplicando la siguiente fórmula para poblaciones finitas: (ANEXO 01)

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2 (N - 1)}$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

p = 0,5 Proporción de individuos de la población que no tiene las características de interés

q = 0,5 Proporción de individuos de la población que no tiene las características de interés

e = 0,05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (120)}{(1,96)^2 (0,5) (0,5) + (0,05)^2 (120 - 1)}$$

$$n = 81$$

La muestra es de 81 personas adultas hipertensas.

- **Criterios de inclusión**

- ✓ Personas adultas hipertensas.
- ✓ Personas adultas hipertensas que acepten participar voluntariamente en la investigación.

- **Criterios de exclusión**

- ✓ Personas adultas no hipertensas.

- ✓ Personas hipertensas con comorbilidad.
- ✓ Personas hipertensas gestantes.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- La técnica para la recolección de datos sobre los estilos de vida del adulto hipertenso fue la encuesta, haciendo uso de un cuestionario del estilo de vida del adulto hipertenso como instrumento de investigación.

Técnicas

Para la realización del trabajo de investigación se utilizó la encuesta; y el cuestionario como instrumento para la recolección de información.

Instrumentos

En el presente informe de investigación se utilizó 1 instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación:

Instrumento N° 01

Escala del estilo de vida del adulto hipertenso

Instrumento elaborado en base al Cuestionario de estilo de vida promotor de salud, modificado por Delgado, R; Reyna E y Díaz, R. que fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender, para fines de la presente investigación y poder medir el Estilo de vida a través de sus dimensiones como son alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. (Ver Anexo N° 02)

Está constituido por 25 ítems distribuidos de la siguiente manera

| Dimensiones | Ítems |
|--------------------------|-----------------------|
| Alimentación | 1, 2, 3, 4, 5,6 |
| Actividad y Ejercicio | 7,8 |
| Manejo del Estrés | 9, 10, 11,12 |
| Apoyo Interpersonal | 13, 14, 15,16 |
| Autorrealización | 17, 18,19 |
| Responsabilidad en Salud | 20, 21, 22, 23, 24,25 |

Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación

NUNCA: N = 1
A VECES: V = 2
FRECUENTEMENTE: F = 3
SIEMPRE: S = 4

En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es N=4; V=3;
F=2; S=1

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems, de la misma manera se procede en cada sub escala.

Se utilizó la escala nominal

Estilo de vida saludable: 75 - 100 puntos

Estilo de vida no saludable: 25 - 74 puntos

Se utilizó la escala nominal para la dimensión alimentación

Estilo de vida saludable: 18 - 24 puntos

Estilo de vida no saludable: 6 – 17 puntos

Se utilizó la escala nominal para la dimensión actividad y ejercicio

Estilo de vida saludable: 6 - 8 puntos

Estilo de vida no saludable: 2 - 5 puntos

Se utilizó la escala nominal para la dimensión manejo del estrés

Estilo de vida saludable: 12 - 16 puntos

Estilo de vida no saludable: 4 - 11 puntos

Se utilizó la escala nominal para la dimensión apoyo interpersonal

Estilo de vida saludable: 12 - 16 puntos

Estilo de vida no saludable: 4 - 11 puntos

Se utilizó la escala nominal para la dimensión autorrealización

Estilo de vida saludable: 9 - 12 puntos

Estilo de vida no saludable: 3 - 8 puntos

Se utilizó la escala nominal para la dimensión responsabilidad en salud

Estilo de vida saludable: 17 - 21 puntos

Estilo de vida no saludable: 9 - 16 puntos

El autor estableció la validez del instrumento a través de:

Validez externa: Aseguró la validez externa por juicio de expertos presentando el instrumento a cuatro (4) expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindaran mayor calidad y especificidad a los instrumentos.

Validez Interna: Para realizar la validez interna se realizó ítem por ítem o ítem total a través de la prueba piloto a una muestra similar a la población en estudio. (Ver Anexo N° 04)

Confiabilidad: Fue medida y garantizada mediante la prueba de Alpha de Crombach (37, 38). (Ver Anexo N° 05)

4.5 Procedimiento de recolección de datos

Los procedimientos de recolección de datos se consideraron los siguientes aspectos:

- ✓ Se solicitó autorización al hospital
- ✓ Se solicitó a las personas hipertensas su disponibilidad y el tiempo para la aplicación del instrumento. (Ver Anexo N° 03)
- ✓ Se procedió con la aplicación del instrumento de investigación durante un tiempo máximo de 15 minutos.

CAPÍTULO V
RESULTADOS

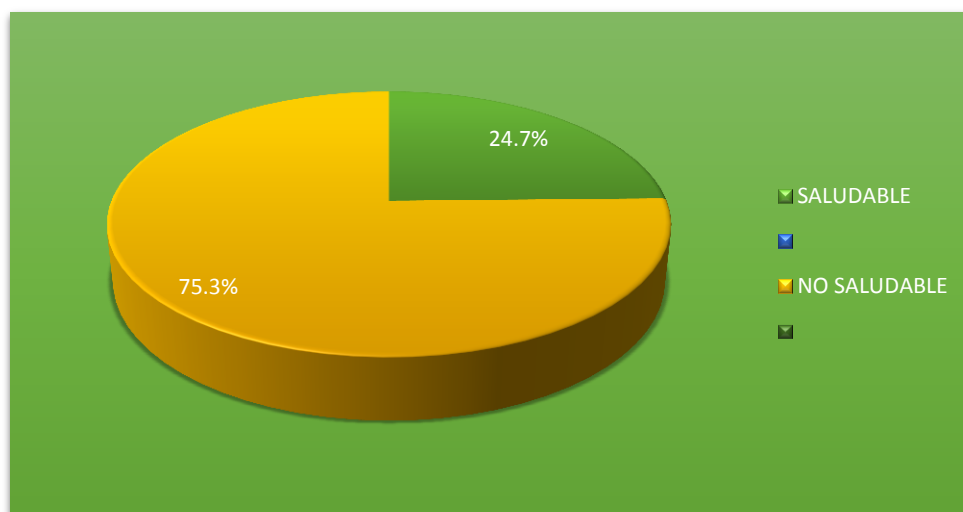
5.1 RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TABLA 5.1
ESTILO DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS
ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| Estilo De Vida | N | % |
|----------------|----|---------|
| Saludable | 20 | 24,7 |
| No Saludable | 61 | 75,3 |
| Total | 81 | 100,00% |

Fuente: Escala de Estilo de Vida modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada al adulto hipertenso que acude al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017.

GRÁFICO 5.1



Fuente: Tabla 5.1

En la tabla y figura 01, se muestran la distribución porcentual de los estilos de vida del adulto hipertenso que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, donde se observa que un 75,3% (61 personas) de los encuestados tiene un estilo de vida no saludable, mientras que un 24,7% (20 personas) tiene un estilo de vida saludable.

TABLA 5.2

CUESTIONARIO REALIZADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| Sexo | N | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Masculino | 44 | 54,3 |
| Femenino | 37 | 45,7 |
| Total | 81 | 100 |
| Grado de instrucción | N | % |
| Analfabeto(a) | 0 | 0 |
| Primaria incompleta | 2 | 2,5 |
| Primaria completa | 5 | 6,2 |
| Secundaria incompleta | 6 | 7,4 |
| Secundaria completa | 15 | 18,5 |
| Superior incompleta | 18 | 22,2 |
| Superior completa | 35 | 43,2 |
| Total | 81 | 100 |
| Religión | N | % |
| Católico(a) | 68 | 84 |
| Evangélico(a) | 7 | 8,6 |
| Otras | 6 | 7,4 |
| Total | 81 | 100 |
| Estado civil | N | % |
| Soltero(a) | 8 | 9,9 |
| Casado(a) | 43 | 53,1 |
| Viudo(a) | 5 | 6,2 |
| Unión libre | 18 | 22,2 |
| Separado/Divorciado(a) | 7 | 8,6 |
| Total | 81 | 100 |
| Ocupación | N | % |
| Obrero(a) | 5 | 6,2 |
| Empleado(a) | 26 | 32,1 |
| Ama de casa | 10 | 12,3 |
| Ambulante | 14 | 17,3 |
| Jubilados | 3 | 3,7 |
| Otros | 23 | 28,4 |
| Total | 81 | 100 |
| Ingreso económico soles | N | % |
| De 100 a 599 | 16 | 19,8 |

| | | |
|---------------|-----------|------------|
| De 600 a 1000 | 31 | 38,2 |
| De 1000 a mas | 34 | 42 |
| Total | 81 | 100 |

Fuente: Cuestionario modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada Al adulto hipertenso que acude al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017.

En la tabla N°02 se muestran resultados del cuestionario sobre factores biosocioculturales realizado al Adulto Hipertenso que acude al servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo,2017. Donde se observa que un 54,3% (44 personas) son de sexo masculino, mientras que un 45,7% (37 personas) son de sexo femenino; en cuanto al grado de instrucción se observa que el 43,2% (37 personas) presentas un grado de instrucción superior completa, mientras que en un 0% (0 personas) presentaron como grado de instrucción analfabeto; en cuanto a la religión el 84 % (68 personas) son de religión católica y un 7,4% (6 personas) son de otras religiones; en cuanto al estado civil el 53,1% (43 personas) son casados y en un 6,2% (05 personas) son viudos; en cuanto a la ocupación el 32,1% (26 personas) son empleados mientras que 3,7% (03 personas) son jubilados; finalmente en cuanto a ingresos económicos el 42%(34 personas) perciben un ingreso económico de 10000 a más soles, mientras que el 19,8% (16 personas) perciben un ingreso económico entre 100 a 599 soles.

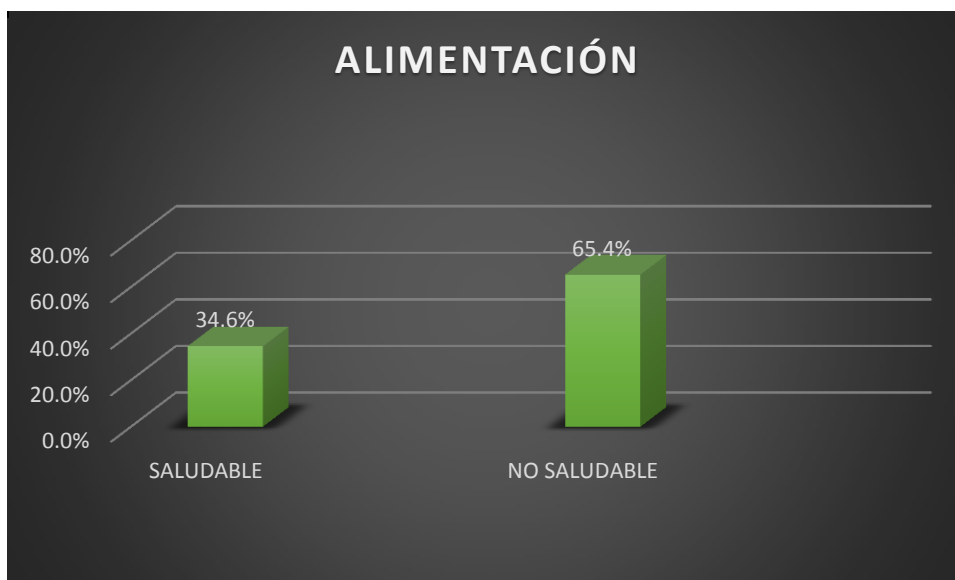
TABLA 5.3

ALIMENTACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| DIMENSION | ESTILOS DE VIDA | | | | | |
|---------------------|-----------------|-------|--------------|-------|-------|------|
| | SALUDABLE | | NO SALUDABLE | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| ALIMENTACIÓN | 28 | 34,6% | 53 | 65,4% | 81 | 100% |

Fuente: Escala de Estilo de Vida modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada al adulto hipertenso que acude al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017.

GRÁFICO 5.2



Fuente: Tabla 5.3

En la tabla N°03 y grafico N° 02, se muestran los resultados de los estilos de vida de las personas hipertensas que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de alimentación, donde se observa que el 65,4% (53 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 34,6 % (28 personas) presentan un estilo de vida saludable.

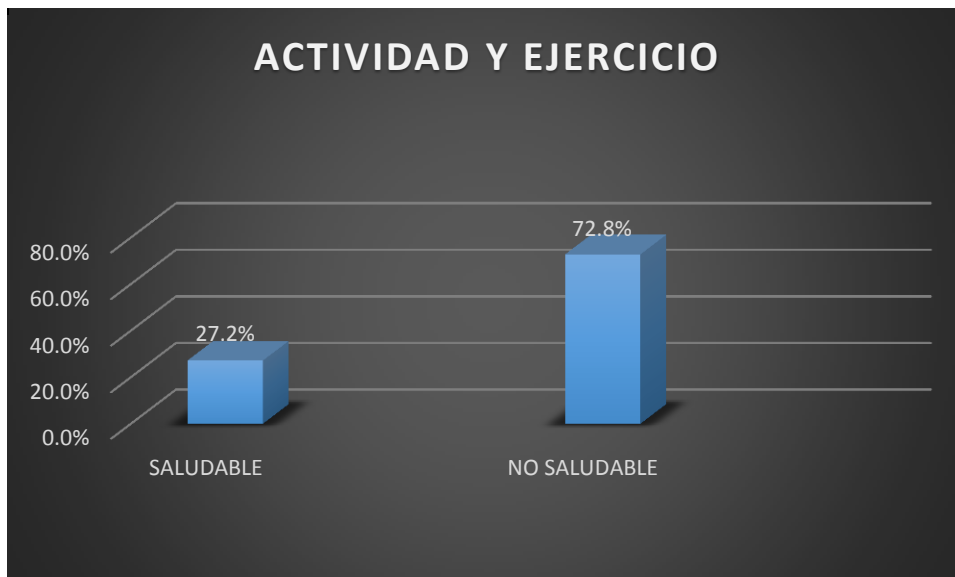
TABLA 5.4

ACTIVIDAD Y EJERCICIO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| DIMENSION | ESTILOS DE VIDA | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|-------|------|
| | SALUDABLE | | NO SALUDABLE | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| ACTIVIDAD Y EJERCICIO | 22 | 27,2% | 59 | 72,8% | 81 | 100% |

Fuente Escala de Estilo de Vida modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada al adulto hipertenso hipertensa que acude al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017.

GRÁFICO 5.3



Fuente: Tabla 5.4

En la tabla N°04 y gráfico N° 03, se muestran los resultados de los estilos de vida de las personas hipertensas que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de actividad y ejercicio, donde se observa que el 72,8% (59 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 27,2 % (22 personas) presentan un estilo de vida saludable.

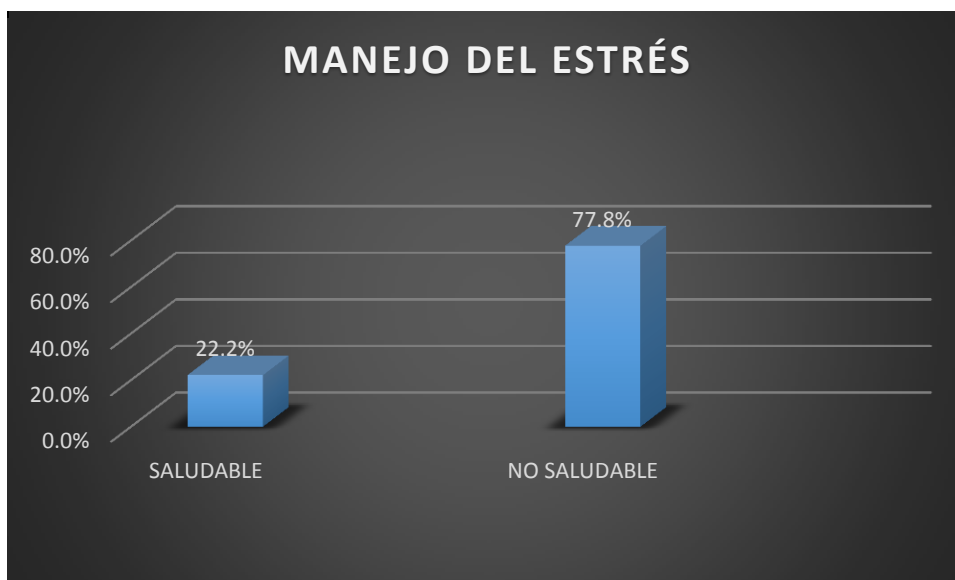
TABLA 5.5

MANEJO DEL ESTRES EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| DIMENSION | ESTILOS DE VIDA | | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|-------|------|
| | SALUDABLE | | NO SALUDABLE | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| MANEJO DEL ESTRÉS | 18 | 22,2% | 63 | 77,8% | 81 | 100% |

Fuente: Escala de Estilo de Vida modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada al adulto hipertenso que acude al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017.

GRÁFICO 5.4



Fuente: Tabla 5.5

En la tabla N°05 y grafico N° 04, se muestran los resultados de los estilos de vida de las personas hipertensas que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de manejo del estrés, donde se observa que el 77,8% (63 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 22,2 % (18 personas) presentan un estilo de vida saludable.

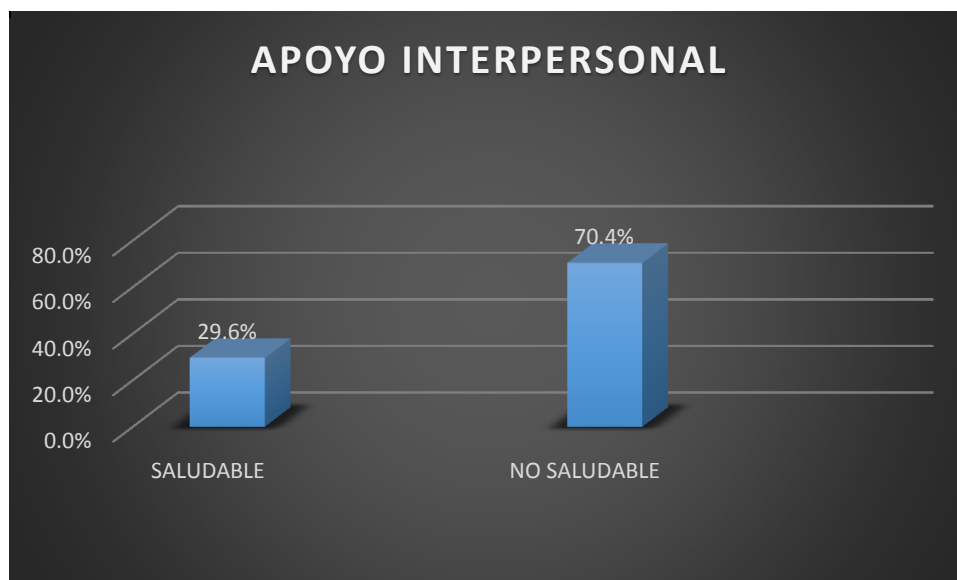
TABLA 5.6

APOYO INTERPERSONAL EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| DIMENSION | ESTILOS DE VIDA | | | | | |
|----------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|-------|------|
| | SALUDABLE | | NO SALUDABLE | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| APOYO INTERPERSONAL | 24 | 29,6% | 57 | 70,4% | 81 | 100% |

Fuente Escala de Estilo de Vida modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada al adulto hipertenso que acude al servicio de emergencia del Hospital Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017.

GRÁFICO 5.5



Fuente: Tabla 5.6

En la tabla N°06 y gráfico N° 05, se muestran los resultados de los estilos de vida de las personas hipertensas que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de apoyo interpersonal, donde se observa que el 70,4% (57 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 29,6 % (24 personas) presentan un estilo de vida saludable.

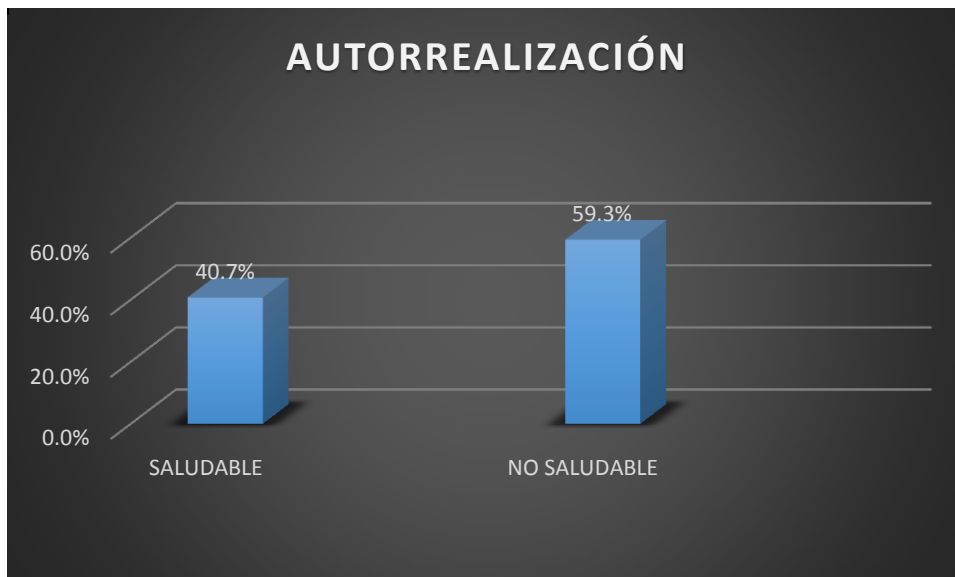
TABLA 5.7

AUTORREALIZACIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| DIMENSION | ESTILOS DE VIDA | | | | | |
|------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|-------|------|
| | SALUDABLE | | NO SALUDABLE | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| AUTOREALIZACION | 33 | 40,7% | 48 | 59,3% | 81 | 100% |

Fuente: Escala de Estilo de Vida modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada al adulto hipertenso que acude al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017.

GRÁFICO 5.6



Fuente: Tabla 5.7

En la tabla N°07 y gráfico N° 06, se muestran los resultados de los estilos de vida de las personas hipertensas que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, en la dimensión de autorrealización, donde se observa que el 59,3% (48 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 40,7 % (43 personas) presentan un estilo de vida saludable.

TABLA 5.8

RESPONSABILIDAD EN SALUD EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017.

| DIMENSION | ESTILOS DE VIDA | | | | | |
|---------------------------------|-----------------|-------|--------------|-------|-------|------|
| | SALUDABLE | | NO SALUDABLE | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| RESPONSABILIDAD EN SALUD | 26 | 32,1% | 55 | 67,9% | 81 | 100% |

Fuente: Escala de Estilo de Vida modificada por: Delgado, R; Reyna E y Díaz, R, elaborada por: Walker, Sechrist y Pender. Aplicada al adulto hipertenso hipertensa que acude al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo - 2017.

GRÁFICO 07



Fuente: Tabla 08

En la tabla N°08 y grafico N° 07, se muestran los resultados de los estilos de vida de las personas hipertensas que acuden al servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de responsabilidad en salud, donde se observa que el 67,9 % (55 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 32,1 % (26 personas) presentan un estilo de vida saludable.

Con estos resultados se comprueba que:

“Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo son no saludables.”

De los resultados:

Del apartado 5.1 de la tabla 3 se concluye: Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de alimentación son no saludables.

Del apartado 5.1 de la tabla 4 se concluye: Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de actividad y ejercicio son no saludables.

Del apartado 5.1 de la tabla 5 se concluye: Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de manejo del estrés son no saludables.

Del apartado 5.1 de la tabla 6 se concluye: Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de apoyo interpersonal son no saludables.

Del apartado 5.1 de la tabla 7 se concluye: Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de autorrealización son no saludables.

Del apartado 5.1 de la tabla 8 se concluye: Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, en la dimensión de responsabilidad en salud son no saludables.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La hipertensión arterial es catalogada como un problema de salud pública mundial que afecta no solo al individuo en particular sino a la población en general; sus complicaciones derivadas son gran fuente de discapacidad y muerte prematura. La Organización Mundial de la Salud plantea que el aumento creciente en la prevalencia de HTA se debe en gran medida al aumento y envejecimiento de la población y a la presencia de factores de riesgo relacionados con estilos de vida inadecuados.

En nuestra investigación el 75,3% de los adultos hipertensos encuestados presentan estilos de vida no saludables, donde las dimensiones no saludables de mayor porcentaje son la de manejo del estrés (77,8 %) y actividad física y ejercicio (72,8), estos resultados son superiores a lo expuesto por GORDON, M. y GUALOTUÑA, M. quienes en su investigación concluyen los estilos de vida adoptados por los pacientes señalan que el 50% realizan actividad física de manera ocasional, su dieta está basada en un 46% de alimentos ricos en grasa, su carga de estrés es moderada en un 44% debido a su vida cotidiana

Los estilos de vida no saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades puesto que se desarrollan más factores de riesgo, estos son aquellos que aumentan las posibilidades de que una persona desarrolle una enfermedad específica. Algunos factores de riesgo influyen el sexo, estilo de vida (fumar, por ejemplo), antecedentes médicos familiares y enfermedades previas. Una forma de vida rutinaria también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo (50). Tales factores se confirman en la incidencia de casos en

nuestra investigación donde 54,3% (44 personas) son de sexo masculino, mientras que un 45,7% (37 personas) son de sexo femenino; en cuanto al estado civil el 53,1% (43 personas) son casados y en un 6,2% (05 personas) son viudos; en cuanto a la ocupación el 32,1% (26 personas) son empleados mientras que 3,7% (03 personas) son jubilados.

Por otro lado, se observa un porcentaje significativo del adulto hipertenso presenta estilo de vida saludable, en la investigación 24,7% (20 adultos hipertensos) esto se debe probablemente a que el adulto constantemente mantiene una alimentación balanceada, evitan consumir alimentos embazados, realizan ejercicios físicos frecuentemente por lo menos una vez por semana, duermen sus ocho horas diarias, manejan su estrés a través de actividades de relajación, acuden a un establecimiento de salud para su revisión médica, y no se auto medican lo cual coincide con la investigación de BURBANO, D. quien concluyó en su estudio que los estilos de vida favorecen el control de la hipertensión y la prevención de complicaciones

Los factores sociales son aquellos que influyen en cada persona para interactuar unos con otros, esos factores pueden ser negativos o positivos, los negativos pueden ser los malos hábitos , etc. y los positivos fuerzas para superarte y reforzamiento de valores; también va a determinar su sobrevivencia y convivencia con el entorno social; es decir que son seres con necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción (58).

Donde el estado civil es la forma y conducta humana social que se da entre el hombre y la mujer reguladora de sentimientos en la cual se relaciona con otros factores: social, económico y cultural propio de cada comunidad (59).

Por otro lado, la ocupación es el conjunto de funciones y tareas desarrolladas por un trabajador independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga (60).

Por último, en cuanto al ingreso económico decimos que son todas las entradas financieras que reciben una persona, una familia por realizar una actividad habitualmente, en forma de dinero (61).

En relación al factor económico se dice la pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya que ella puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permitan adquirir los alimentos necesarios de forma suficiente, la pobreza existe donde quiera que haya personas extremadamente pobres o gravemente desfavorecidas; tanto a los países pobres como en los ricos, es el problema de muchos hogares pobres ya que en la totalidad de su trabajo y de sus ingresos apenas alcanza para cubrir sus necesidades en circunstancias normales. Si bien es cierto que el dinero es útil para cubrir las principales necesidades básicas, pero no condicionante para llevar un estilo de vida saludable (80).

Por lo tanto, el ser humano necesita a lo largo de su vida de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal en el hogar y en la comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y afecto para satisfacer necesidades mentales y

espirituales, la ausencia de alguno de estos factores provoca daños, en ocasiones irreversibles a la salud del individuo (63).

Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre los estilos de vida en los adultos hipertensos que acuden al servicio de emergencia confirman que tales estilos de vida son no saludables en todas sus dimensiones; por lo que necesario que los profesionales de salud que están en contacto con este grupo de pacientes enfatizen la promoción de la salud, ello debería estar enmarcado en programas preventivo promocionales, ello coincide con lo expuesto por CRUZ, N. quienes reconocen la importancia de la participación activa del personal de enfermería en los programas de promoción de estilos de vida saludable que permitan a las personas participar en el mantenimiento de su salud.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Luego de analizar y discutir los resultados del presente informe de investigación se detalla las siguientes conclusiones:

- El 75,3 % (61 encuestados) de adultos hipertensos tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo 24 % (20 encuestados) presenta un estilo de vida saludable.
- En cuanto a sus características sociodemográficos más de la mitad 54,3 % (44 encuestados) son de sexo masculino, un 43,2 % (35 encuestados) tienen grado de instrucción superior completa, más de la mitad 84% (68) son católicos, un 53,1 % (43 encuestados) son casados, empleados 32,1% (26 encuestados) y otras ocupaciones 28,4 % (23 encuestados) y un 42% (34 encuestados) presenta ingresos económicos de 600 a 1000 nuevos soles.
- En cuanto a las dimensiones de Alimentación 65,4 % (53 encuestados), actividad y ejercicio 72,8% (59 encuestados), manejo del estrés 77,8% (63 encuestados), apoyo interpersonal 70,4% (57 encuestados), autorrealización 59,3% (48 encuestados), responsabilidad en salud 67,9 % (55 encuestados); en cada una de las dimensiones los adultos hipertensos tienen un estilo de vida no saludable.
- En la dimensión de alimentación se muestran los resultados de los estilos de vida del adulto hipertenso, donde se observa que el 65,4% (53 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 34,6 % (28 personas) presentan un estilo de vida saludable.

- En la dimensión de actividad y ejercicio se muestran los resultados de los estilos de vida del adulto hipertenso, se observa que el 72,8% (59 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 27,2 % (22 personas) presentan un estilo de vida saludable.
- En la dimensión de manejo del estrés se muestran los resultados de los estilos de vida del adulto hipertenso, donde se observa que el 77,8% (63 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 22,2 % (18 personas) presentan un estilo de vida saludable.
- En la dimensión de apoyo interpersonal se muestran los resultados de los estilos de vida del adulto hipertenso, donde se observa que el 70,4% (57 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 29,6 % (24 personas) presentan un estilo de vida saludable.
- En la dimensión de autorrealización se muestran los resultados de los estilos de vida del adulto hipertenso, donde se observa que el 59,3% (48 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 40,7 % (43 personas) presentan un estilo de vida saludable.
- En la dimensión de responsabilidad en salud se muestran los resultados de los estilos de vida del adulto hipertenso, donde se observa que el 67,9 % (55 personas) presentan un estilo de vida no saludable, mientras que el 32,1 % (26 personas) presentan un estilo de vida saludable.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente informe de investigación se hacen referencia las siguientes recomendaciones:

- Dar a conocer y difundir los resultados de la presente investigación a las autoridades del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión con el fin de contribuir a elevar la eficacia del Programa Preventivo de Hipertensión para reducir los factores de riesgo con un estilo de vida saludable.
- Presentar los resultados de la presente investigación a las autoridades del Departamento de Enfermería y a los responsables del programa preventivo de Hipertensión, con la finalidad de que desarrollen programas educativos enfocados al cuidado de la persona hipertensa en los diferentes niveles de prevención, donde se denote la influencia del trabajo del profesional de Enfermería en su manejo.
- Sensibilizar al profesional del área de salud, que refuerce prácticas nutricionales, y de actividad física a través de talleres educativos no solo dirigidos a las personas hipertensas, sino también a sus familiares y público en general que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión.
- Presentar el informe de la presente investigación a las entidades formadoras para seguir realizando investigaciones en esta línea.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión Arterial. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 628, Ginebra 1978. Puffer, R. R., Griffith, G. W. Características de la Mortalidad Urbana. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 151. Washington, 1968
2. Dirección General de Salud Pública [sede web]. Valencia: Conselleria de Sanidad. Subdirección general de Epidemiología y Vigilancia de la Salud. Epidemiología y Vigilancia de la Salud / Registro de Mortalidad. Disponible en <http://www.sp.san.gva.es/epidemiologia/infoEstadistica.jsp>.
3. Morbi-mortalidad Región Lima 2010. Oficina General de Estadística e Informática (OGEI). Ministerio De Salud del Perú.
4. Brunnery Suddarth, Edicion Nathal, México. Enfermería en el cuidado enfermedades metabólicas, volumen 2
5. Nevado A. y cols, Hipertensión arterial (HTA). Estilos de vida y tratamiento no farmacológico. Info semFYC. / Sosa J. y cols. Estilos de vida y prevalencia de hipertensión arterial en tres comunidades peruanas. Revista Peruana de Cardiología :Mayo - Agosto 1999./ Ferreira-Montero I., y cols. La alimentación y la actividad física en la hipertensión arterial. Rev Lat Cardiol ,23(5): 144-51; 2002.
6. Arriego, G. “Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial” (Tesis maestría). Universidad de Nuevo Leon. España, 2014.
7. Burbano, D. “Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso”. (Tesis maestría). Universidad nacional de Colombia. Colombia, Bogotá 2017.
8. Mendez, V; Soriano, C; Hernandez, R; Plantas, S. “Estilos de vida en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital Publico”(Tesis

- Doctoral). Universidad Autónoma del Estado de México. México, 2014.
9. Gordon, M. y Gualotuña, M. “Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo A, Pujillí” (Tesis Licenciatura). Universidad Central de Ecuador. Quito, Ecuador 2014.
 10. Zela, L. y Mamani, W. “Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la micro red de salud revolución San Román”. (Tesis Licenciatura). Universidad Nacional de Puno. Perú, Juliaca 2015.
 11. Caceres, J. “Estilos de vida en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial Del Hospital I Carlos Alcantara Butterfield”. (Tesis Especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, Lima 2016.
 12. Polo, L. y Ruiz, L. “Estilo de vida y autocuidado del adulto maduro con hipertensión arterial”. (Tesis Licenciatura). Universidad Nacional de Trujillo. Perú, Trujillo 2016..
 13. Cruz, N. “Estilos de vida del adulto mayor hipertenso del hospital carlos cornejo roselló vizcardo”. (Tesis Licenciatura). Universidad Nacional del Altiplano. Perú, Puno 2013
 14. Quispe, M. y Roncal, R. “Estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor – La Tullpuna”. (Tesis Licenciatura) Universidad Nacional de Cajamarca. Perú, Cajamarca 2013.
 15. Alderete, K. Y Gonzales, S. “Estilos de vida de los adultos mayores hipertensos del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Chupaca 2016”. (Tesis Licenciatura). Universidad Roosevelt. Perú, Huancayo 2016
 16. Maya L. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. [Citado 2010 Ago. 20]. [5 páginas]. Disponible en URL:

[http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/di
plomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/di
plomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf)

17. N. Pender. Promoción de la Salud. [Portada en internet]. 2007. [Citado 2010 Ago. 26]. [1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>
18. Pinedo E. Estilo de Vida, Factores Socio demográficos y Bienestar Percibido en Asegurados Hipertensos [Tesis para optar el grado de maestra en enfermería con mención en salud familiar y comunitaria]. Trujillo: Gerencia Departamental La Libertad del Instituto Peruano de Seguridad Social. 1998
19. Lopategui E. La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet]. 2000. [Citado 2010 Ago. 26]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
20. Camacho K, Lau Y. Estilo de vida y el estado nutricional del adulto mayor del AAHH Fraternidad del distrito de Chimbote [tesis para optar el título de enfermería]. Chimbote. Universidad católica los Ángeles de Chimbote. 2010.
21. Polanco K, Ramos L. Estilos De Vida Y Factores Biosocioculturales de la Persona Adulta De La Comunidad Señor De Palacios. Ayacucho [tesis para optar el título de enfermería]. Piura, Perú: Universidad católica los Ángeles de Chimbote; 2009.
22. GARCÍA P, MARTIN M, RODRÍGUEZ M. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares . Factores de riesgo . Detección y búsqueda de hipertensos , diabéticos y otros grupos de riesgo elevado . En: Gallo EJ. "Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria ~ Madrid: I M . & C . , 1993
23. TORALES Ibañez, Juan. "Hipertensión Arterial Aspectos etiológicos y fisiopatología". En Revista Peruana de Cardiología. 2011. Vol. 36 N° 1, pp.

24. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Matriz de Consistencia

ESTILOS DE VIDA EN HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS

ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL

HOSPITAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES

CARRION, HUANCAYO - 2017

| Problema de investigación | Objetivos de investigación | Hipótesis | Variables | Metodología |
|--|--|--|--------------------|--|
| Problema general: | Objetivo general: | Hipótesis general: | Variable 1: | Tipo de investigación: |
| ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de alimentación? | Determinar los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2017 | Los estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel | ESTILOS DE VIDA | Estudio descriptivo, aplicativo por que tiene el propósito de solucionar problemas. De corte transversal prospectivo, ya que los datos se recolectaron en un solo momento de la investigación, |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | Alcides Carrión Huancayo o son no saludables. | | y los grupos fueron elegidos aleatoriamente, constituidos a criterio de los investigadores. |
| Problemas específicos: | Objetivos específicos: | Hipótesis: | Dimensiones: | Diseño de investigación: |
| ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de alimentación? | Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de alimentación. | Por ser una investigación de tipo descriptivo o carece de hipótesis. | Alimentación Actividad Y Ejercicio Manejo Del Estrés Apoyo Interpersonal Autorrealización Responsabilidad En Salud | El diseño de la investigación es no experimental, porque no se manipulan las variables, solo se observa y recoge información del comportamiento de la variable |
| ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de | Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de | | | Población y muestra: Población: 120 |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| actividad y ejercicio? | actividad y ejercicio. | | | Muestra: 81 |
| ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de manejo del estrés? | Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión del manejo de estrés. | | | |
| ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de apoyo interpersonal? | Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de apoyo interpersonal. | | | |
| ¿Cuál es el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas en la dimensión de autorrealización? | Identificar el estilo de vida en hipertensión arterial de las personas adultas, en la dimensión de autorrealización. | | | Técnicas e Instrumentos de recolección de datos: Entrevista Guía de entrevista |

ANEXO N° 02
UNIVERSO MUESTRAL
DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de población finita.

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2 (N - 1)}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

p = 0,5 Proporción de individuos de la población que no tiene las características de interés

e = 0,05 Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (120)}{(1,96)^2 (0,5) (0,5) + (0,05)^2 (120 - 1)}$$

$$n = 81$$

ANEXO N° 03

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA PERSONA ADULTA

Elaborado por: Díaz, R; Reyna, E; Delgado, R (2008)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

A) FACTORES BIOLÓGICOS

1. Marque su sexo

Masculino ()

Femenino ()

2. ¿Cuál es su edad?

a) 20 - 35 años b) 36 -59 años c) 60 a más

B)FACTORES CULTURALES:

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

a) Analfabeto (a)

b) Primaria Incompleta

c) Primaria Completa

d) Secundaria Incompleta

e) Secundaria Completa

f) Superior Incompleta

g) Superior Completa

4. ¿Cuál es su religión?

a) Católico(a)

b) Evangélico

c) Otras

C) FACTORES SOCIALES

5. ¿Cuál es su estado civil?

a) Soltero (a) b) Casado(a) c) Viudo (a)

d) Unión libre e) Separado/Divorciado(a)

6. ¿Cuál es su ocupación?

a) Obrero(a)

b) Empleado(a)

c) Ama de casa

d) Ambulante

e) Jubilados

f) Otros

7. ¿Cuál es su ingreso económico?

- a) Menor de 100 nuevos soles ())
- b) De 100 a 599 nuevos soles ())
- c) De 600 a 1000 nuevos soles ())
- d) De 1000 a más nuevos soles ())

ANEXO N° 03
ESCALA DE ESTILO DE VIDA

| No. | Ítems | CRITERIOS | | | |
|------------------------------|--|-----------|---|---|---|
| ALIMENTACIÓN | | | | | |
| 1 | Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida. | N | V | F | S |
| 2 | Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos. | N | V | F | S |
| 3 | Consume de 4 a 8 vasos de agua al día | N | V | F | S |
| 4 | Incluye entre comidas el consumo de frutas. | N | V | F | S |
| 5 | Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida. | N | V | F | S |
| 6 | Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes. | N | V | F | S |
| ACTIVIDAD Y EJERCICIO | | | | | |
| 7 | Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana. | N | V | F | S |
| 8 | Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo. | N | V | F | S |
| MANEJO DEL ESTRÉS | | | | | |
| 9 | Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida. | N | V | F | S |
| 10 | Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación. | N | V | F | S |
| 11 | Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación. | N | V | F | S |
| 12 | Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación | N | V | F | S |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| | tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración. | | | | |
| | APOYO INTERPERSONAL | | | | |
| 13 | Se relaciona con los demás. | N | V | F | S |
| 14 | Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás. | N | V | F | S |
| 15 | Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas. | N | V | F | S |
| 16 | Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás. | N | V | F | S |
| | AUTORREALIZACIÓN | | | | |
| 17 | Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida. | N | V | F | S |
| 18 | Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza. | N | V | F | S |
| 19 | Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal. | N | V | F | S |
| | RESPONSABILIDAD EN SALUD | | | | |
| 20 | Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica. | N | V | F | S |
| 21 | Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud. | N | V | F | S |
| 22 | Toma medicamentos solo prescritos por el médico. | N | V | F | S |
| 23 | Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud. | N | V | F | S |
| 24 | Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud. | N | V | F | S |
| 25 | Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas. | N | V | F | S |

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO:

**ESTILOS DE VIDA EN HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS
ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, HUANCAYO-2017**

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

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y
anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general,
guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

.....

ANEXO N°05

VALIDACIÓN EXTERNA

(Mediante el criterio de expertos)

Instrucciones:

El presente documento, tiene como objetivo recoger las informaciones útiles de personas especializadas en el tema.

ESTILOS DE VIDA EN HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO-2017

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimulación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante.
2. Representa una absolución escala de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en término intermedio.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con una "X", en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que merezca e instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALIDACIÓN | | | | |
|---|----------------------|---|---|---|---|
| 1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos es éste instrumento son una muestra representativa del universo materia del estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ¿considera que todo y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. ¿considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Estima Ud. Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Qué aspectos habría de modificar, qué aspectos tendría que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? | | | | | |

ANEXO N°06

VALIDEZ INTERNA

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA EL ESTILO DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS

| Preguntas | Coefficiente de Correlación |
|-----------|-----------------------------|
| P01 | 0.039 |
| P02 | 0.127 |
| P03 | 0.232 |
| P04 | 0.128 |
| P05 | 0.053 |
| P06 | 0.158 |
| P07 | 0.273 |
| P08 | 0.107 |
| P09 | 0.016 |
| P10 | 0.025 |
| P11 | 0.113 |
| P12 | 0.053 |
| P13 | 0.147 |
| P14 | 0.236 |
| P15 | 0.243 |
| P16 | 0.107 |
| P17 | 0.046 |
| P18 | 0.165 |
| P19 | 0.075 |
| P20 | 0.201 |
| P21 | 0.137 |
| P22 | 0.182 |

| | |
|------------|-------|
| P23 | 0.109 |
| P24 | 0.071 |
| P25 | 0.471 |

Nota: Si el valor de la correlación es mayor a
0.20

Entonces la pregunta es validada

ANEXO N° 07

ESTADISTICOS ALFA DE CRONBACH PARA LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS

| Contenido de las preguntas | Media | Desviación Estándar | Alfa de Cronbach Si se elimina la pregunta |
|----------------------------|-------|---------------------|--|
| P01 | 3.83 | 0.50 | .746 |
| P02 | 3.33 | 0.54 | .738 |
| P03 | 2.53 | 0.91 | .744 |
| P04 | 3.24 | 0.64 | .722 |
| P05 | 2.68 | 0.65 | .750 |
| P06 | 2.57 | 0.64 | .731 |
| P07 | 2.02 | 0.97 | .741 |
| P08 | 3.51 | 0.54 | .754 |
| P09 | 3.15 | 0.54 | .735 |
| P10 | 2.49 | 0.87 | .724 |
| P11 | 2.79 | 0.70 | .720 |
| P12 | 2.80 | 0.50 | .733 |
| P13 | 2.94 | 0.60 | .735 |
| P14 | 3.02 | 0.54 | .739 |
| P15 | 2.37 | 0.79 | .722 |
| P16 | 2.52 | 0.96 | .723 |
| P17 | 2.55 | 0.94 | .712 |
| P18 | 3.03 | 0.85 | .719 |
| P19 | 2.22 | 0.92 | .725 |
| P20 | 2.21 | 1.04 | .734 |
| P21 | 3.37 | 0.72 | .746 |
| P22 | 2.67 | 0.73 | .719 |

| | | | |
|-------------------------------------|------|-------------------------|------|
| P23 | 3.03 | 0.57 | .740 |
| P24 | 2.31 | 0.64 | .728 |
| P25 | 3.46 | 0.63 | .745 |
| Estadístico de Confiabilidad | | | |
| Nº Preguntas | | Alfa de Cronbach | |
| 25 | | 0.741 | |