



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos de
50 años a más que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de
Daños No transmisibles, Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-
1, Junio - Octubre 2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

LUÍSA MARIA CÁRDENAS VINCES

TUMBES – PERÚ

2015

Dedicatoria

A mis padres Luis Alberto Cardenas Silva y Emerita Vincas Aldean pilares fundamentales en mi vida, gracias por cada esfuerzo y sacrificio que han tenido que realizar, como el de mi padre al tener que estar lejos de su Familia para poder darme ésta carrera tan maravillosa y humanitaria, a mi Madre por estar en los momentos importantes, por ser el ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento; este logro es el resultado de lo que me han enseñado en la vida ya que siempre han sido unas personas honestas, entregadas a su trabajo, unos grandes líderes pero más que todo eso unos excelente padres. Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de terminar uno de mis más anhelados sueños.

AGRADECIMIENTO

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

A mis Tías en especial a mi Tia Ericka que a pesar de la distancia y las horas de diferencia ha estado ahí, brindándome consejos, orientación y ánimos para continuar con mi carrera.

A mis maestras(os) de la universidad; por sus enseñanzas, comprensión, paciencia y dedicación, dándome ánimos de fuerza y valor para seguir a delante.

A mi Asesora: Dra. Gaby Cecilia Navarro Valdiviezo; gracias por su infinita paciencia y ayuda en este trabajo, por el tiempo que se tomó para asesorarme. Para usted mi respeto y admiración.

A todas las pacientes entrevistadas para la realización del presente estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la elaboración de esta investigación.

Atentamente

La autora.

Resumen

El trabajo de tesis se realizó con el objetivo de conocer la relación existente entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de Daños No transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1Tumbes. Correspondiéndole un diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal de un nivel aplicativo. Para la recolección de la información, se utilizó la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario, para identificar el estilo de vida de los usuarios inscritos en la Estrategia de Prevención y Control de Daños no Transmisibles y para clasificar la incidencia de hipertensión arterial por estratos de edad y sexo, se realizó la toma de la presión arterial, teniendo en cuenta recomendaciones y la clasificación según la Organización Mundial de la Salud. Se obtuvo como resultado: el 55.6 % (25) son de sexo femenino, mientras el 44.4% (20) son de sexo masculino. Las edades de los participantes fueron distribuidas por intervalos de 50 a 80 años para ambos sexos. Respecto al estilo de vida saludable, según edad y sexo, el 50% de sexo femenino en edades, entre 50-59 años, poseen un estilo de vida saludable y el 57.1% en edades entre 70-79 años, poseen un estilo de vida no saludable, referente al sexo masculino el 45.5% entre las edades de 60-69 años, llevan un estilo de vida saludable y el 66.7% en edades entre 70-79 años no llevan un estilo de vida saludable, finalmente mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó que existe una relación de dependencia significativa entre los Estilos de Vida y la Hipertensión Arterial. Se pone de manifiesto que es de vital importancia promover estilos de vida saludable de una manera constante y permanente como prevención de hipertensión arterial.

Palabras Claves: estilos de vida, hipertensión arterial.

Abstract

The thesis was carried out in order to know the relationship between lifestyles and high blood pressure in adults 50 years and over, who come to in the Strategy for Prevention and Control of Non communicable the Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarria” II-1 Tumbes.

Accounting for around one quantitative, descriptive and correlational design, cross-section of an application level. The survey was used to collect information using a questionnaire as a tool to identify the lifestyle of registered users in the Strategy for Prevention and Control of Non communicable damage and to classify the incidence of hypertension by strata age and sex, making blood pressure was performed, taking into account recommendations and classification according to the World Health Organization. Was obtained as a result: 56.06% (37) were female, while 43.94% (29) were male. The ages of the participants were distributed at intervals of 30-80 years for both sexes in both the male and the female the highest percentage of hypertensive belongs to the ages between 60 and 80 years. Regarding healthy lifestyle, age and sex, 32% of females aged between 50-59 years, have a healthy lifestyle and 41.7% aged between 60-69 years, have a lifestyle unhealthy, referring to the 25% male between the ages of 60-69 years, carry a healthy lifestyle and 44% aged between 70-79 years do not carry a healthy lifestyle. The incidence of hypertension in men, finally using Chi-square test, we determined that there is a significant dependence relationship between lifestyles and high blood pressure. It shows that it is vital to promote healthy lifestyles in a constant and permanent basis for prevention of hypertension.

Keywords: lifestyles, hypertension.

INDICE

DEDICATORIA	Pág.
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1.- Planteamiento del problema	6
1.2.- Formulación del problema	
1.3.- Objetivos de la investigación	9
1.3.1.-Objetivos generales	9
1.3.2.-Objetivos específicos	9
1.4.- Justificación del estudio	10
1.5.- Limitaciones de la investigación	11
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	12
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Definición de términos	24
2.4 Hipótesis	25
2.5 Variables	26
2.5.1 Definición conceptual de variables	26

2.5.2 Definición operacional de variables	27
2.5.3 Operacionalización de variables	28

CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo y nivel de investigación	29
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	29
3.3 Población y muestra	30
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	30
3.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento	31
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	31

CAPITULO IV: RESULTADOS

32

CAPITULO V: DISCUSIÓN

52

CONCLUSIONES

55

RECOMENDACIONES

57

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

59

ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)

63

Introducción

Las enfermedades crónicas se han convertido en un problema alarmante para la humanidad por la alta incidencia y prevalencia que presentan. Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control; éstos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia ¹.

La hipertensión arterial dentro de las enfermedades crónicas, es una de las más frecuentes con importantes repercusiones en el orden personal, económico y sanitario, está asociada a múltiples complicaciones degenerativas y es responsable directamente de un alto porcentaje de muertes. Ante esto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen estrategias de la salud pública contemporánea en las que el estilo de vida y los comportamientos individuales de las personas en relación con la salud son fundamentales. El comportamiento humano y el estilo de vida tienen en la actualidad, destacada importancia como determinante del proceso salud enfermedad, en unión de otros factores de tipo biológico, ambientales y sociales ¹.

La Participación de la Enfermera/o en la promoción de estilos de vida saludables dirigidos a evitar complicaciones en pacientes con hipertensión arterial, es de vital importancia, ya que permite proporcionar al paciente, la información necesaria dirigida a contribuir con la toma de conciencia sobre la necesidad de disminuir la práctica de hábitos nocivos de salud, relacionados con el consumo de alcohol y cigarrillo, ingesta de alimentos con alto contenido de grasa, condimentos y sal, así como el fortalecimiento de prácticas de vida favorables como la realización de ejercicios, el consumo de alimentos con alto contenido de fibra, el manejo adecuado del estrés y el descanso adecuado, entre

otros. Por otro lado en nuestro país se creó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles, establecida el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA, cuyo

objetivo principal es fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el País, en el marco de la Atención Integral de Salud ². La estrategia previene y controla enfermedades tales como la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Hiperglicemia, Hipercolesterolemia, Hiperlipidemia ².

Al ser conscientes de esta realidad y como futuras profesionales en enfermería, pretendemos mediante éste estudio contribuir con información científica y relevante en éste nivel primario de atención, dentro de la estrategia sanitaria; mediante la realización de la investigación titulada: Relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles con diagnóstico de hipertensión, Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes, 2015. Información que permitirá reforzar, el desarrollo de las actividades y estrategias de prevención y promoción.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.-Planteamiento del problema

Sobre la salud humana influyen en todo el mundo los mismos factores poderosos: envejecimiento de la población, urbanización acelerada y generalización de modos de vida malsanos. Cada vez más, los países ricos y pobres se enfrentan a los mismos problemas de salud. Uno de los ejemplos más notables de este cambio es que las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades pulmonares crónicas han superado a las enfermedades infecciosas como principales causas de mortalidad en el mundo ³.

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total ³. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular ⁴.

En 2008, se habían diagnosticado con hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos, mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en el 2008 ³.

La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en

los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos, en los que es del 40% ⁵.

A nivel nacional, en el período 2003-2007, se ha producido un incremento notable tanto en el número de casos como en las atenciones realizadas en los establecimientos de salud de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y las complicaciones derivadas de ellas. En el año 2003 en los servicios de consulta externa del Ministerio de Salud se atendieron 103,474 personas por hipertensión arterial, lo que significó que por cada 10,000 personas atendidas 79 fueron por esta enfermedad. Esta cifra se incrementó al 2007 en términos absolutos y relativos llegando a 97 por cada 10 mil atendidos ⁶.

En el año 2013, el 12,2% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticada con hipertensión arterial por un médico o profesional de la salud. La población femenina que padece la enfermedad alcanzó el 14,0% y la masculina 10,2%. Los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en Lima Metropolitana (15,5%) y Costa. De la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, el 62,2% ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 63,3% y la masculina 60,5%. La mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en Lima Metropolitana y Costa; seguida por la Selva (51,2%) y Sierra (46,2%).

Los resultados del estudio indican que las ciudades de mayor incidencia de hipertensión arterial en personas de 60 años a más se registra en San Martín (42.7 %), Ica (41.4 %), Tumbes (40.4 %) y Lima y Callao (39.9 %) ⁷.

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de mortalidad en la Región Tumbes, con una tasa de 107.0 por cien mil habitantes. A nivel nacional esta causa también constituye la primera causa. Además se ha estimado que en el grupo de adultos de 30 a 59 años en el año 2010, las enfermedades hipertensivas constituyen un 10% de la población y en los mayores de 60 años, las enfermedades hipertensivas constituyen un 34% de la población ⁷.

Por otro lado, en los últimos años, se han observado cambios importantes en la composición de la población, determinando que la proporción de adultos mayores sea cada vez mayor. Así, en los últimos 50 años casi se duplicó el índice de envejecimiento y la próxima duplicación se espera que sea en sólo 20 años. La Esperanza de Vida al Nacer está en 71.2 años y todas las regiones han mostrado incremento de este indicador en los últimos 30 años ⁸. Si analizamos todo esto observamos que la prevalencia de hipertensión se incrementa sostenidamente con la edad, esto nos obliga a considerar seriamente cambios en estilos de vida (hábitos en actividad física y alimentación), así como el uso de terapia antihipertensiva en aquellos individuos en quienes es necesario prevenir serias complicaciones ⁸.

Las soluciones de estos graves problemas no se encuentran en el mejoramiento de la eficiencia de los servicios asistenciales sino en la implementación de estrategias que se anticipen a las causas. Como una de las estrategias para contribuir en el conocimiento de este problema se realizó la presente investigación titulada: Relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes; que contribuya a incrementar los conocimientos referentes a los estilos de vida de personas con enfermedades no transmisibles como es la Hipertensión arterial; resultados que permitirá una mejor comprensión de la situación de salud de esta zona, detectando los grupos de riesgo, educando a esta población para disminuir la morbimortalidad a través de un trabajo multisectorial, coordinado y promoviendo estilos de vida más saludables en la población estudiada.

1.2.-Formulación del problema

Qué relación existe entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes, 2015.

1.3.- Objetivos de la investigación

1.3.1.-Objetivos general

Conocer la relación existente entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes, 2015.

1.3.2.-Objetivos específicos

- Identificar los estilos de vida en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1.
- Establecer la relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de Daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1.

1.4.-Justificación del estudio

La Hipertensión arterial, es un problema de salud pública con un importante costo social y económico a nuestro País, cuya repercusión en la población puede observarse con el incremento de la morbilidad cardiovascular y la enfermedad cerebrovascular, lo que llevó en nuestro país a la formación de estrategia de Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles con la finalidad de disminuir la morbilidad producida por esta patología fomentando la adopción de estilos de vida saludables entre la población en riesgo como uno de los pilares básicos en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles ⁹. Ante lo expuesto el presente estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista social, práctico, metodológico y teórico.

Desde el punto de vista social está dada por el aporte de la información que se recolectará a la solución de un problema de carácter social como lo es la atención prestada a los pacientes que sufren de hipertensión arterial, contribuyendo así a prevenir las complicaciones que pudieran derivarse de esta enfermedad para quien la padece.

En lo práctico el presente estudio nos va dar una visión de cómo estamos y que la clave está en la prevención y en crear conciencia; en simples cambios para mejorar la nutrición e incrementar la actividad física. Por corresponder a primer nivel de atención hemos de llegar especialmente a comunidades vulnerables y las familias. Debemos empezar con quienes trabajen en prevención, en no subir de peso, en no fumar, en empezar a realizar actividad física. Además esta investigación es necesaria para los establecimientos de salud porque las conclusiones y recomendaciones pueden contribuir a elevar la eficiencia de los programas preventivos promocionales de la salud del adulto y reducir los factores de riesgo así como mejorar el estilo de vida de las personas.

Además es conveniente para: Las autoridades regionales de las direcciones de salud y municipales en el campo de la salud, así como para la población peruana; porque los resultados de la investigación pueden contribuir a que las personas identifiquen sus factores de riesgo y se motiven a operar cambios en conductas promotoras de salud, ya

que al conocer el estilo de vida de las personas se podrá disminuir el riesgo de padecer enfermedad y favorecer la salud y el bienestar de los mismos.

Finalmente este estudio se justifica desde el punto de vista metodológico y teórico por los aportes realizados a las líneas de investigación desarrolladas por la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Filial Tumbes y por la oportunidad que poseen los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

1.5.-Limitaciones de la investigación

- Los investigadores sólo tendrán acceso para la recolección de datos en horarios de atención que establece la Institución de Salud.
- La falta de cooperación de los usuarios para proporcionar información.
- Los resultados sólo podrán ser generalizados a la población estudiada.
- Escasos trabajos de investigación, en nuestro medio que nos sirvan como antecedentes.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes del estudio

A Nivel Internacional se encontraron investigaciones como los de Trujillo y col., (2008), en Caracas Venezuela, realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar las medidas de autocuidado practica das por las personas con presión arterial elevada, en una muestra de 81 pacientes. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados: En relación con los estilos de vida el 49% consumen alimentos con altos contenidos de sal, grasas y procesados, el 56% nunca realizan algún deporte; así también el mismo porcentaje de pacientes consume alcohol y cigarrillos, en relación al tratamiento el 81% siempre se auto administran sus medicamentos antihipertensivos en el horario indicado y el 93% asisten a sus controles médicos periódicos. Conclusión: La mayoría de los pacientes no mantienen un régimen dietético acorde con su problema de presión arterial elevada, así mismo no realizan ningún tipo de actividad física, además de ser consumidores de cigarrillo y alcohol, aun cuando se observa que cumplen con sus medicamentos antihipertensivos y controles médicos periódicos, lo que nos indica que los estilos de vida se relacionan significativamente con la patología de la hipertensión arterial ¹⁰. También tenemos una investigación realizada por Assef, J. (2009), cuyo título “Características Clínicas y del estilo de vida asociadas a la hipertensión arterial en adultos mayores”. En Cuba, tuvo como objetivo determinar la asociación entre hipertensión arterial y algunas características clínicas y del estilo de vida de los adultos mayores de dos consultorios del área Centro, municipio Ciego de Ávila, de octubre a mayo 2009. El universo fue la totalidad de adultos mayores (289); la muestra (166), 83 Hipertensos (casos) y 83 (controles) que no padecían la enfermedad. Se utilizó como técnica básica un formulario y se empleó el Odds ratio y el Chi cuadrado. Principales conclusiones: la cuarta parte de los casos tenía antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, los factores de riesgo cardiovasculares más fuertemente asociados resultaron el tabaco, el consumo de café, el sedentarismo, la tensión emocional mantenida y las dislipidemias; más de la mitad

de los casos presentaban de forma concomitante más de 2 factores de riesgo. Se evidenció la asociación directa de los estilos de vida con la hipertensión arterial ¹¹.

A nivel nacional Rodríguez, M (2010), realizó un estudio descriptivo titulado: Nivel de Autocuidado y Estilo de vida del adulto con Hipertensión Arterial del Policlínico El Porvenir 2010 en Trujillo, Perú; con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con Hipertensión Arterial, en una muestra de 100 pacientes adultos de ambos géneros. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, Resultados: El 58% de los participantes presentó un nivel de autocuidado alto y el 2% un nivel de autocuidado bajo, en relación al estilo de vida, el 94% presentó un nivel de estilo de vida adecuado y el 6% un nivel de estilo de vida inadecuado. Conclusión: La mayoría de los participantes presentaron un nivel de autocuidado alto y un nivel de estilo de vida adecuado, ¹².

También Janampa, F (2013), en su estudio titulado Estilos de Vida de los Pacientes Hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú. El objetivo fue determinar los estilos de vida de los pacientes Hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza e identificar los estilos de vida según dimensiones alimentación, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 38 pacientes hipertensos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (38), 58%(22) tienen estilos de vida saludable y 42% (16) tienen estilos de vida no saludable; en relación a alimentación 37%(14) tienen estilos de vida no saludable y 63% (24) tienen estilos de vida saludable; en relación a actividad física 50%(19) tienen estilos de vida saludable y 50% (19) no tienen estilos de vida saludable; en relación al consumo de sustancias psicoactivas, 47%(18) tienen estilos de vida no saludable y 53% (20) tienen estilos de vida saludable.

Conclusiones. El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como:

caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinning 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia ¹³.

Por otro lado Guerrero, M, en Cañete - Perú, en 2010, realizó un estudio sobre: "Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola - Cañete". El cual tuvo como objetivo determinar el perfil de los estilos de vida de los pacientes hipertensos 11 continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola - Cañete en el segundo semestre del 2010. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes hipertensos continuadores menores de un año. Para recolectar los datos se utilizó un cuestionario que fue sometido al juicio de expertos para determinar la validez y el coeficiente de Alfa de Crombach siendo de 0.436, los datos fueron analizados y procesados en el programa computarizado. El perfil de los estilos de vida de los pacientes en la dimensión general; 80.7% saludable y 19.3% parcialmente saludable. En cuanto al estilo de vida saludable se ve reflejado en su actividad física y adherencia al tratamiento; y es parcialmente saludable en su alimentación, descanso-sueño, control del estrés y control de sus hábitos nocivos ¹⁴

A nivel local Sosa J. (2009), realizaron un estudio sobre "Estilos de vida y prevalencia de Hipertensión Arterial en tres comunidades peruanas", el objetivo fue determinar la prevalencia y los estilos de vida en tres comunidades. El estudio fue de corte transversal en las comunidades de Zarumilla en Tumbes, Tarata y Quillabamba en pobladores mayores de 25 años. La prevalencia de presión arterial elevada en la población estudiada fue más alta en la población en Zarumilla, siendo los valores menores en Tarata. La población de Tarata era una población que mayoritariamente se dedicaba a la agricultura y sus pobladores caminaban un promedio de 6 Km diarios. De

la población encuestada el 35.3% tenía antecedente de haber sido diagnosticado de padecer de Hipertensión Arterial, el 31.4% seguía tratamiento antihipertensivo. No se encontró relación entre sexo y presión arterial alta. En el 14.9% de la población hipertensa se observó la presencia de Hipertensión sistólica aislada, El 81.8 % con Hipertensión sistólica aislada, eran mayores de 65 años. Antecedente de Hipertensión Arterial, familiar el 18.66%, 68.5% no fumaba y el 78 % tenía el hábito de fumar aunque ninguno de los encuestados fumaba más de 10 cigarrillos al día. El 39,47% de la población encuestada tomaba licor y el 37.25% de la población hipertensa, considerándose como bebedores sociales, el licor más consumido fue la cerveza, no se observaron diferencias entre el grupo de bebedores hipertensos y no hipertensos.

Con relación a los hábitos alimentarios se observó que la población normotensa consumía con menor frecuencia carnes rojas y en cambio era mayoría ingesta de cereales, tubérculos y frutas. Concluyó que los estilos de vida se relacionan directamente con la prevalencia de Hipertensión Arterial¹⁵.

2.2.- Bases teóricas

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud, por ejemplo el hábito de consumir el alcohol, la conducta sexual desprotegida, etc. y las conductas protectoras de la salud, que se refieren a aquellas actuaciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y sus secuelas ¹⁶.

Según Bibeaw y Col. en Maya, L. ¹⁶. Refieren que desde una perspectiva integral, es necesario considerar el estilo de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: El material, el social y el ideológico. 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: tipos 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.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenece y deben de ser acorde a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar a la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar ¹⁶.

Los estilos se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial, espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se define como estilo de vida saludable.

Estilo de vida saludable, es definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, la religión, idioma, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida ¹⁶.

En el presente estudio el estilo de vida será medido en base a la modificación del instrumento propuesto en el Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender ¹⁷. El cual permite una valoración de los estilos de vida pero basado en el estilo de vida promotor de salud de los individuos; que resulta útil para las enfermeras, en la asistencia tanto en el apoyo como en la educación al paciente.

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

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 ¹⁸.

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 ¹⁸.

El término actividad física se refiere a una serie de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular, las tareas domésticas pesadas, trabajo en campo, y la crianza de animales entre otras. El ejercicio, es entonces un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados,

estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud ¹⁹.

Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo también influye en 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 ¹⁸. Múltiples estudios recomiendan el ejercicio aeróbico regular y programado, dado que se han documentado beneficios en la salud física y mental. El ejercicio regular mejora la forma física, la función cardiovascular, la masa ósea, la fuerza muscular, la sensación de bienestar, las relaciones interpersonales, así como se ha asociado a reducciones de ansiedad, depresión, soledad, obesidad y a la mortalidad general ¹⁷.

Dimensión Manejo del estrés: El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto 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 ²⁰.

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.

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 ²⁰.

En la Dimensión de responsabilidad se encontró que 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.

Dimensión apoyo interpersonal: Es una dimensión importante por considerar al adulto como ser eminentemente social, para lo cual él 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.

Hombres y mujeres se benefician por igual de participar en actividades sociales a todas las edades. Aquellos que continúan interactuando con otros tienden a ser más saludables, tanto física como mentalmente, que aquellos que se mantienen aislados socialmente. La interacción con amigos y familia provee apoyo práctico y emocional al adulto mayor el cual les permite permanecer en el ambiente comunitario y reducir la necesidad de usar los servicios de salud ¹⁹.

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

Así mismo la Hipertensión Arterial, es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de las cifras tensionales causando el aumento del trabajo del corazón y lesión continua de las arterias, es decir las arterias se endurecen y se hacen menos elásticas. En el transcurso de un largo periodo de tiempo, el corazón se agranda y los vasos sanguíneos que van al corazón y a los pulmones quedan dañados.

Es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. Se denomina hipertensión arterial cuando la presión sistólica es mayor de 140 mmHg y la diastólica es mayor de 90 mmHg. En la hipertensión arterial, son los valores de presión arterial que representan para quienes los portan un aumento del riesgo para desarrollar alguna complicación así como una disminución de la esperanza y calidad de vida ²².

Entre los Tipos de Hipertensión Arterial tenemos los siguientes: La Hipertensión Primaria; Es la hipertensión arterial que no tiene causa definible. Sin duda, la dificultad fundamental para descubrir los mecanismos responsables de la hipertensión se atribuye a la variedad de sistemas implicados en la regulación de la presión arterial (adrenérgicos, renales, hormonales y vasculares) y a la complejidad de las interrelaciones entre estos sistemas. En cuanto a la Hipertensión Secundaria; En una minoría de pacientes con hipertensión se puede identificar una causa específica. Casi todas las formas secundarias de hipertensión están relacionadas con una alteración de la secreción hormonal, de la función renal o de ambas.

En el Diagnóstico de la Hipertensión Arterial, en los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas que se mantienen elevadas de manera sostenida. El diagnóstico de hipertensión arterial se establece cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mmHg en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas, en más del 50% de las tomas registradas ²³.

Para la prevención, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial se considera 2 categorías: La Sistólica y la diastólica. La presión arterial normal es considerada inferior de 120/80 mmHg y mayor e igual a 120/80 mmHg. Al hablar de Hipertensión tenemos la de Grado 1 con un valor de 140-159/90-99 mmHg y la de la Grado 2 con un valor de 160 o más/ 100 o más mmHg. Esta clasificación se basa en adultos mayores de 18 años que no toman medicamentos para la hipertensión ni están gravemente enfermos. Si las cifras de presión sistólica y diastólica correspondieran a diferentes clasificaciones, deberá seleccionarse la categoría superior para clasificar la presión arterial de cada persona.

Para el Diagnóstico de la Hipertensión Arterial existen ciertas condiciones que son necesarias; En el entorno la habitación debe estar tranquila, sin ruidos y a temperatura

de 20 a 25°C, Evitar la entrada y salida de personas en la consulta, llamadas y cualquier situación que pueda distraer al paciente.

El paciente Desde media hora antes debe evitar fumar y hacer ejercicio físico y tomar cualquier comida o bebida, especialmente café, té o bebidas alcohólicas, orinar antes, reposar sentado cinco minutos, sujeto en reposo, en silencio, con el brazo desnudo, el antebrazo apoyado en la mesa y la espalda en el respaldo de la silla, no cruzar las piernas.

Se deben utilizar aparatos de medida; Electrónicos por su gran precisión y comodidad de uso; Aparatos homologados que deben revisarse cada 6 meses, esfigmomanómetro de mercurio, considerados hasta hace poco tiempo como los más recomendables, están siendo retirados de las consultas en toda Europa por cuestiones medioambientales; Aneroides: poco fiables, No son fiables, en general, los aparatos de muñeca, se utiliza el manguito de tamaño adecuado al perímetro del brazo (existen varios tamaños) y colocado 2-3 cm. por encima de la flexura del codo.

Actualmente se recomienda tomar la tensión con los aparatos electrónicos debidamente homologados por su gran precisión, comodidad de uso y facilidad para que el sujeto pueda hacerse sus propios controles.

En cuanto a la técnica la presión arterial se debe tomar en ambos brazos y repetir dos veces más, dejando dos minutos de reposo, en el brazo donde las cifras fueron más altas (brazo de referencia). La Presión Arterial del paciente en ese momento es la media aritmética de las medidas segunda y tercera; Repetir en el brazo de referencia en dos consultas sucesivas separadas entre sí por una o dos semanas.

Para la detección de la Hipertensión Arterial en Atención Primaria, en mayores de 40 años se debe tomar la tensión cada dos años. Cada año si existen otros Factores de riesgo cardiovasculares (o individualizar); Entre los 14 y los 40, cada cuatro años; En pacientes poco frecuentadores, aprovechando cualquier motivo de consulta; Al menos una vez en los niños a los 6 a 8 años ²⁴.

Si hablamos de Prevención de Hipertensión Arterial ésta puede ser favorecida por factores de diversas índoles, sin embargo, a pesar de que existen elementos de tipo hereditario que contribuyen a la aparición de la Hipertensión Arterial, la mayoría de sus causas se encuentran relacionados de manera directa con los hábitos de vida observados por las personas. Existen factores asociados a la aparición de la hipertensión de tipo no modificable y modificable. Dentro de los primeros se encuentran el sexo, la edad y los antecedentes familiares, mientras que los segundos se refieren a los hábitos alimentarios, la tensión emocional o el estrés, el hábito de fumar, la obesidad/sedentarismo, el colesterol y el alcohol.

De manera general puede decirse que la prevención de la Hipertensión Arterial, guarda estrecha relación con los hábitos de vida, debiendo prestarse especial atención a los factores de riesgo modificables tales como la dieta adecuada, el descanso, las visitas regulares al médico, la realización de ejercicio, el reconocimiento de los síntomas y la epidemiología, ya que al fin y al cabo son los que pueden manejarse por el individuo y que en todo caso, la eliminación de los mismos podría disminuir en forma significativa la posibilidad de sufrir de Hipertensión. Es por ello que la enfermera mediante la promoción de los hábitos de salud mediante el desarrollo de su función docente puede contribuir de manera significativa a prevenir las complicaciones derivadas de la hipertensión, al ofrecer información a los pacientes hipertensos sobre la promoción de hábitos saludables ²⁵.

Para que las personas realicen su propio autocuidado, es importante señalar que los mismos se refieren a todas aquellas acciones que el individuo emprende por sí mismo y que se encuentran orientadas a la prevención de las complicaciones derivadas de una enfermedad.

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

Es por ello que, si bien es cierto que la participación del equipo de salud se orienta más hacia la acción de tipo asistencial, no deben descuidarse los aspectos de índole educativo, ya que sobre estos se fundamenta la promoción de los autocuidados. Al ser la

enfermera parte del equipo de salud, esta juega un rol relevante en el campo de la educación para la salud. La enseñanza para el fomento de la salud es indispensable en la asistencia de enfermería, estando dirigida al fomento, conservación y restauración de la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales de las enfermedades ²⁶.

En Prevención de las Complicaciones de la Hipertensión Arterial Como ya se ha mencionado, puede lograrse mediante la modificación de los hábitos de salud y los autocuidados ²⁶.

Para reducir las complicaciones asociadas a la Hipertensión Arterial se debe considerar; Reducirse el consumo de grasas saturadas de origen animal (huevo, manteca, mantequilla, mayonesa, leche, queso y piel de pollo); Incluir en la dieta alimentos tales como hortalizas, frutas, granos y cereales, ya que ayudan a disminuir el nivel de colesterol y triglicéridos en la sangre; Disminuir el consumo de carnes rojas e incluir lácteos descremados, pescado, aceite de maíz, ajonjolí, maní, oliva y girasol; Evitar frituras y reducir el consumo de sal; Eliminar alimentos ahumados, embutidos y enlatados, y no abusar del té y del café; La mujer menopáusica debe controlar sus niveles hormonales; Practicar ejercicios regularmente, dormir como mínimo ocho horas, manejar el estrés de manera adecuada, no enojándose, ni preocupándose por pequeñeces.

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

Las enfermedades cardiovasculares, y en especial la hipertensión arterial es el resultado de la confluencia de diversos factores, razón por la cual la enfermera debe participar de manera activa en la educación del paciente para la prevención de la misma. Existe un modelo presentado por Leavell y Clarck ²⁷, fundamentado en 5 niveles de prevención.

El primer nivel corresponde al fomento de la salud, en él la enfermera proporciona educación sanitaria a toda la población a nivel de ambulatorios, clubs, comedores populares, fábricas, escuelas y otros ²⁷.

2.3.- Definición de términos

Estilo de Vida

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud, por ejemplo el hábito de consumir el alcohol, la conducta sexual desprotegida, etc. y las conductas protectoras de la salud, que se refieren a aquellas actuaciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y sus secuelas ¹⁶.

Hipertensión Arterial

Hipertensión Arterial, es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de las cifras tensionales causando el aumento del trabajo del corazón y lesión continua de las arterias, es decir las arterias se endurecen y se hacen menos elásticas. En el transcurso de un largo periodo de tiempo, el corazón se agranda y los vasos sanguíneos que van al corazón y a los pulmones quedan dañados.

Es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. Se denomina hipertensión arterial cuando la presión sistólica es mayor de 140 mmHg y la diastólica es mayor de 90 mmHg. En la hipertensión arterial, son los valores de presión arterial que representan para quienes los portan un aumento del riesgo para desarrollar alguna complicación así como una disminución de la esperanza y calidad de vida ²².

2.4.- Hipótesis

Hi: Existe relación significativa entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes.

H₀: No existe relación significativa entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes.

2.5 Variables

2.5.1 Definición conceptual de las variables

Estilo de Vida

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relacionan estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

Han existido varias formas de identificar el estilo de vida; una forma ampliamente difundida ha sido caracterizar los comportamientos de riesgo de las personas para aludir a aquellos comportamientos y hábitos que en un momento determinado ponen en peligro la salud, por ejemplo el hábito de consumir el alcohol, la conducta sexual desprotegida, etc. y las conductas protectoras de la salud, que se refieren a aquellas actuaciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades y sus secuelas ¹⁶.

Hipertensión Arterial

Hipertensión Arterial, es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de las cifras tensionales causando el aumento del trabajo del corazón y lesión continua de las arterias, es decir las arterias se endurecen y se hacen menos elásticas. En el transcurso de un largo periodo de tiempo, el corazón se agranda y los vasos sanguíneos que van al corazón y a los pulmones quedan dañados.

Es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. Se denomina hipertensión arterial cuando la presión sistólica es mayor de 140 mmHg y la diastólica es

mayor de 90 mmHg. En la hipertensión arterial, son los valores de presión arterial que representan para quienes los portan un aumento del riesgo para desarrollar alguna complicación así como una disminución de la esperanza y calidad de vida ²².

2.5.2 Definición operacional de las variables

La variable estilo de vida se operativizará de la siguiente manera:

Escala del Estilo de vida

El instrumento es un cuestionario que será medido en sus dimensiones como son: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. (ANEXO 2)

Está constituido por 25 ítems distribuidos de la siguiente manera:

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

Presión Arterial

La presión arterial se operativizará haciendo uso de una tabla y considerando en cada caso las recomendaciones necesarias para obtener un valor exacto de la presión arterial y se hará de la siguiente manera:

Tabla de clasificación de presión arterial

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	: Inferior a 120 y 120-139	Inferior a 80 80-89
Hipertensión		
Grado 1	: 140-159	90-99
Grado 2	: 160 o más	100 o más

2.5.3 Operacionalización de la variable

En Matriz de Operacionalización de Variables (Anexo 1)

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo y nivel de investigación

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal de un nivel aplicativo.

3.2 Descripción del ámbito de la investigación

La presente investigación se realizará en el hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” Nivel II-1, se encuentra ubicado en la zona Noroeste de la ciudad de Tumbes, entre las avenidas Tumbes Norte (Ex Teniente Vásquez) y la Avenida 24 de Julio N° 565, Distrito, Provincia y Departamento de Tumbes, con más de 50 años de creación, cumple funciones de Nivel Primario de Salud y nivel secundario (hospitalización) servicio de emergencia, laboratorio y farmacia.

En el nivel primario desarrolla estrategias entre ellas tenemos la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles donde se detectan las siguientes enfermedades: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Hiperglicemia, Hipercolesterolemia, Hiperlipidemia. Para la presente investigación se tomarán en cuenta a los usuarios inscritos que padezcan de Hipertensión Arterial en los rangos de edades de 50 años a más.

3.3 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituido por todos los hombres y mujeres inscritos en la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles, con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

La Muestra estuvo conformada por 45 personas mayores de 50 años a más, constituyendo un muestreo no probabilístico.

- Criterios de inclusión
 - ✓ Hombres y mujeres cuyas edades sean de 50 años más.
 - ✓ Hombres y mujeres inscritos en la Estrategia de Prevención y Control de Daños no transmisibles y con diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial.
 - ✓ Hombres y mujeres que acepten participar voluntariamente de la investigación.

- Criterios de exclusión
 - ✓ Hombres y mujeres menores de 50 años.
 - ✓ Hombres y mujeres que no estén inscritos.
 - ✓ Hombres y Mujeres que no pertenecen a la Estrategia de Prevención y Control de Daños no transmisibles y sin diagnóstico de Hipertensión Arterial.
 - ✓ Hombres y mujeres que no acepten participar voluntariamente de la investigación.
 - ✓ Hombres y mujeres con problemas audiovisuales.

3.4.- Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica para recolectar la muestra se hará mediante la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario, (Anexo 2), para identificar el estilo de vida de los usuarios inscritos en la Estrategia de Prevención y Control de Daños no Transmisibles, según días y horario de atención, durante el tiempo programado en el cronograma, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión. Para Clasificar la incidencia de hipertensión arterial por estratos de edad y sexo, se realizará la toma de la presión Arterial, teniendo en cuenta recomendaciones y la clasificación según la Organización Mundial de la Salud. (Anexo 3). Ante todo esto en primer lugar se les hará firmar el consentimiento informado (Anexo 4)

3.5 Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento a utilizarse en la presente investigación ya ha sido validado en el estudio de Sosa. J y col. 2009; “Estilos de vida y prevalencia de Hipertensión Arterial en tres comunidades peruanas”¹⁵.

3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizara en primer lugar, la presentación de un oficio dirigido al médico jefe de la institución, a fin de obtener la autorización para la realización del estudio. Posteriormente a ello se realizarán las coordinaciones pertinentes con la Enfermera responsable de la Estrategia de Prevención y Control de Daños no Transmisibles para darle a conocer los fines del estudio e iniciar la recolección de datos, en los días y horarios establecidos por la profesional. Posteriormente se hará la elección de los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión las cuales deberán firmar el consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario, durante un tiempo aproximado de 10 minutos, donde a la vez se despejarán sus dudas y se brindará recomendaciones. Luego se realizará la toma de la presión Arterial.

Posteriormente de concluida la recolección de datos se procesarán en forma manual, previa elaboración de la tabla de códigos, asignándole a la respuesta correcta el valor correspondiente. Finalmente para la presentación de los hallazgos se realizarán tablas y gráficos estadísticos, en el Programa SPSS versión 19.00, para realizar posteriormente el análisis e interpretación de la información obtenida, considerando los objetivos propuestos.

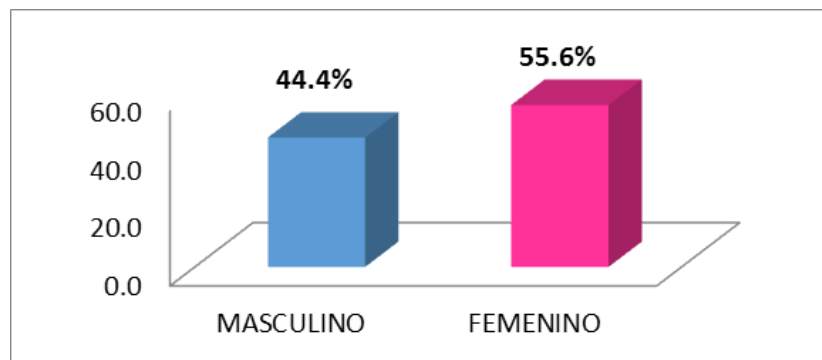
CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 50 AÑOS A MÁS QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II – 1 TUMBES SEGÚN SEXO DE JUNIO – AGOSTO 2015

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	20	44.4%
FEMENINO	25	55.6%
TOTAL	45	100%

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 50 AÑOS A MÁS QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II – 1 TUMBES SEGÚN SEXO DE JUNIO – AGOSTO 2015



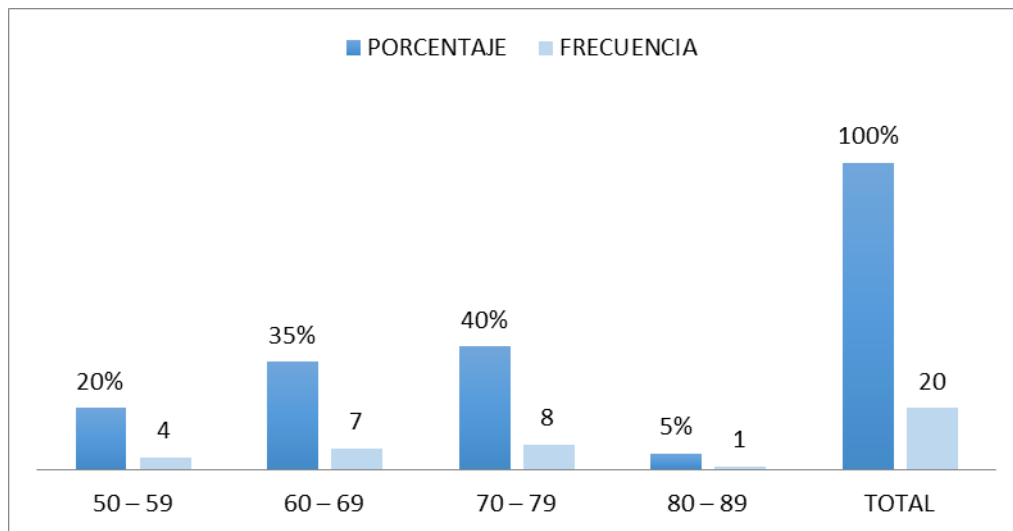
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 1 se muestra la distribución de los pacientes que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II – 1, Según sexo, donde se observa que el 55.6 % (25) son de sexo femenino, mientras el 44.44% (20) son de sexo masculino.

TABLA N° 2.1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 50 AÑOS A MÁS QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II – 1 TUMBES SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO DE JUNIO - AGOSTO 2015.

SEXO MASCULINO			
EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA	
50 – 59	20	4	
60 – 69	35	7	
70 – 79	40	8	
80 – 89	5	1	
TOTAL	100	20	

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRAFICO N° 2.1: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 50 AÑOS A MÁS QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II – 1 TUMBES SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO DE JUNIO - AGOSTO 2015.



INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 2.1 Se observa que las edades de los participantes fueron distribuidas por intervalos de 50 a 89 años, en donde el porcentaje

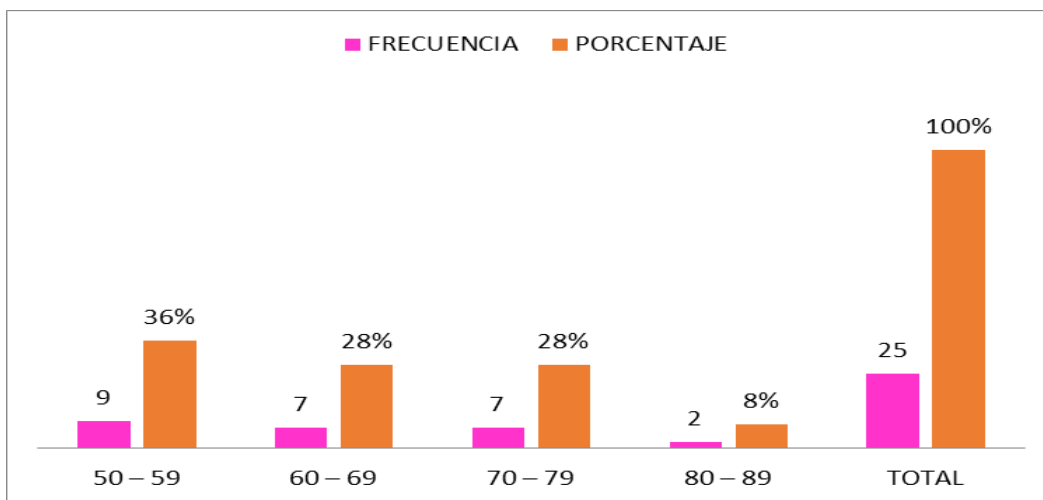
más alto es de 40%(8) cuyas edades son entre 70-79 años, seguido del 35%(7) con edades de 60-69 años, el más bajo es de 5% cuyas edades son entre 80-89 años.

TABLA N° 2.2: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 50 AÑOS A MÁS QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II – 1 TUMBES SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO DE JUNIO - AGOSTO 2015.

SEXO FEMENINO		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50 – 59	9	36
60 – 69	7	28
70 – 79	7	28
80 – 89	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 2.2: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE 50 AÑOS A MÁS QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II – 1 TUMBES SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO DE JUNIO - AGOSTO 2015.



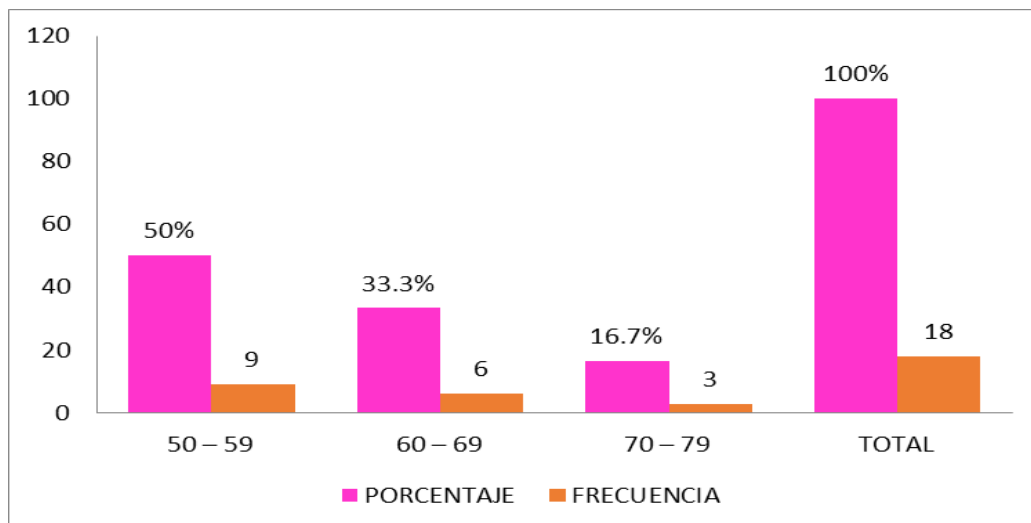
INTERPRECIÓN: En la tabla y Gráfico N° 2.2. Se observa que las edades de las participantes fueron distribuidas por intervalos de 50 a 89 años, donde el 36% (9) son de edades entre 50-69 años, así mismo el 28% (7) son de 60-79 años, y el menor porcentaje, 8% (2) las edades son entre 80-89 años.

TABLA N° 3.1: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO FEMENINO.

EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
50 – 59	50%	9
60 – 69	33.3%	6
70 – 79	16.7%	3
TOTAL	100%	18

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 3.1: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO FEMENINO.



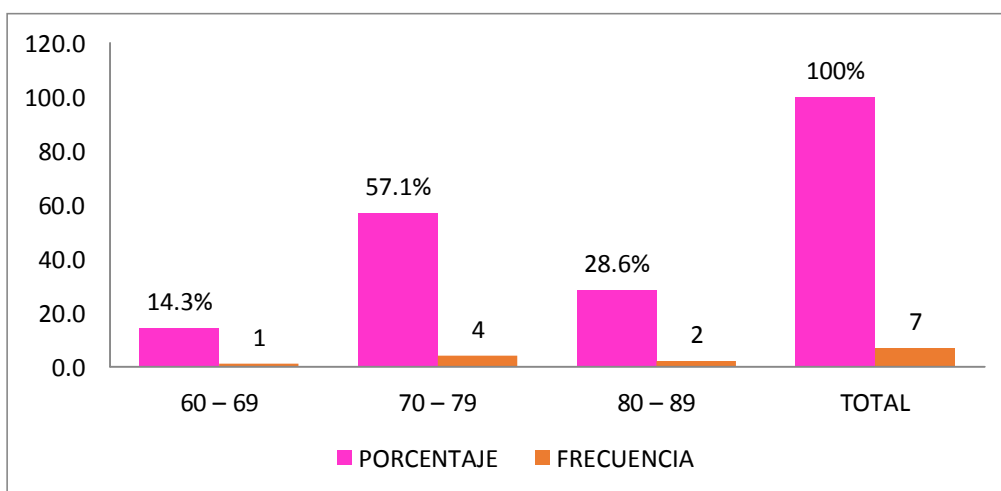
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 3.1, se observa el estilo de vida saludable, según edad y sexo femenino, donde el 50% (9) son de 50-59 años, seguido del 33.3% (6) son de 60-69 años así mismo el 16% (3) son de 70-79 años.

TABLA N° 3.2: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO FEMENINO.

EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
60 – 69	14.3	1
70 – 79	57.1	4
80 – 89	28.6	2
TOTAL	100	7

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 3.2: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO FEMENINO.



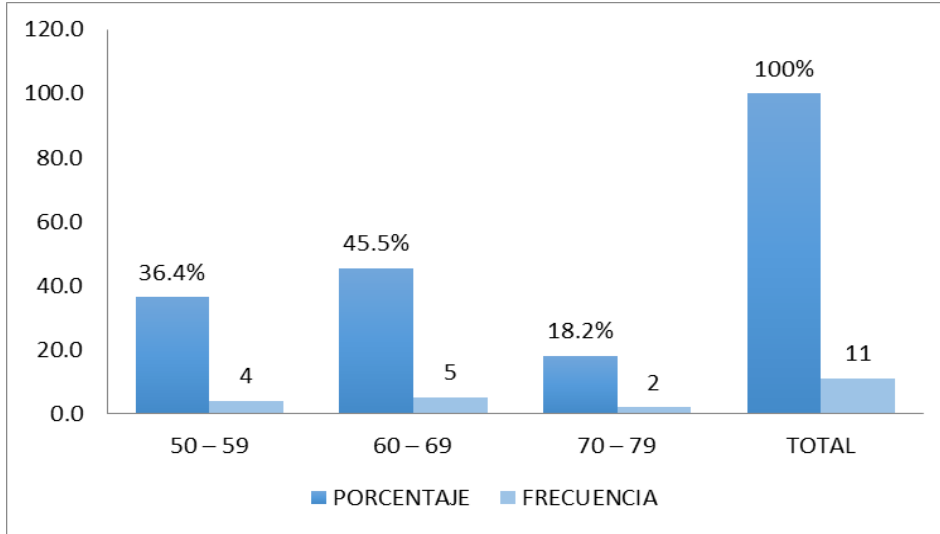
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 3.2, se evidencia los estilos de vida no saludables según edad y sexo femenino, donde el 57.1% (4) tienen edades comprendidas entre 70-79 años, siguiendo con un 28.6% entre las edades de 80-89 años, finalmente el 14.3% (1) son entre las edades de 60-69 años.

TABLA N° 3.3: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO MASCULINO.

EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
50 – 59	36.4%	4
60 – 69	45.5%	5
70 – 79	18.2%	2
TOTAL	100%	11

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 3.3: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO MASCULINO.



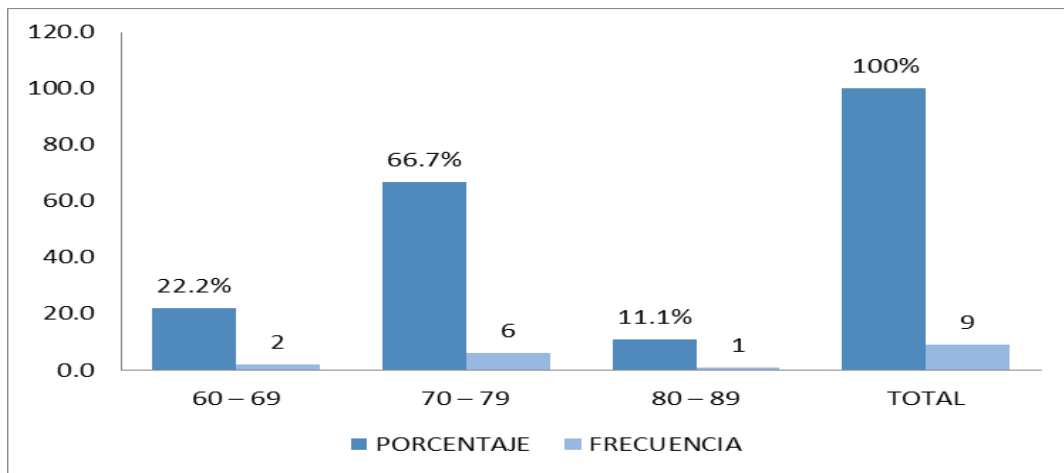
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N°3.3, se observa los Estilos de vida saludable según edad y sexo masculino, donde lidera con el 45.5% (5) entre las edades de 60-69 años, seguido el 36.4% (4) son de 50-59 años, así mismo con el 18.2% (2) son de 70-79 años.

TABLA N° 3.4: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO MASCULINO.

EDAD	PORCENTAJE	FRECUENCIA
60 – 69	22.2%	2
70 – 79	66.7%	6
80 – 89	11.1%	1
TOTAL	100%	9

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRAFICO N° 3.4: DISTRIBUCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 POR ESTRATOS DE EDAD Y SEXO MASCULINO.



INTERPRETACIÓN: En el Gráfico N° 3.4, se evidencia los estilos de vida no saludable según edad y sexo masculino, donde lidera con el 66.7% (6) son de 70-79 años, siguiendo con el 22.2% (2) son entre las edades de 60-69 años, y finalmente con el 11.1% (1) son de 80-89 años.

TABLA N°4: RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MAS QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA “” II – 1 SEGÚN EDAD.

FRECUENCIAS OBSERVADAS

EDAD	ESTILO DE VIDA		TOTAL
	SALUDABLE	NO SALUDABLE	
50 - 59	13	0	13
60 - 69	11	3	14
70 - 79	5	10	15
80 - 89	0	3	3
TOTAL	29	16	45

FRECUENCIAS ESPERADAS

EDAD	ESTILO DE VIDA	
	SALUDABLE	NO SALUDABLE
50 - 59	8.377777778	4.622222222
60 - 69	9.022222222	4.977777778
70 - 79	9.666666667	5.333333333
80 - 89	1.933333333	1.066666667

P < 0.05

p = 0.000156852

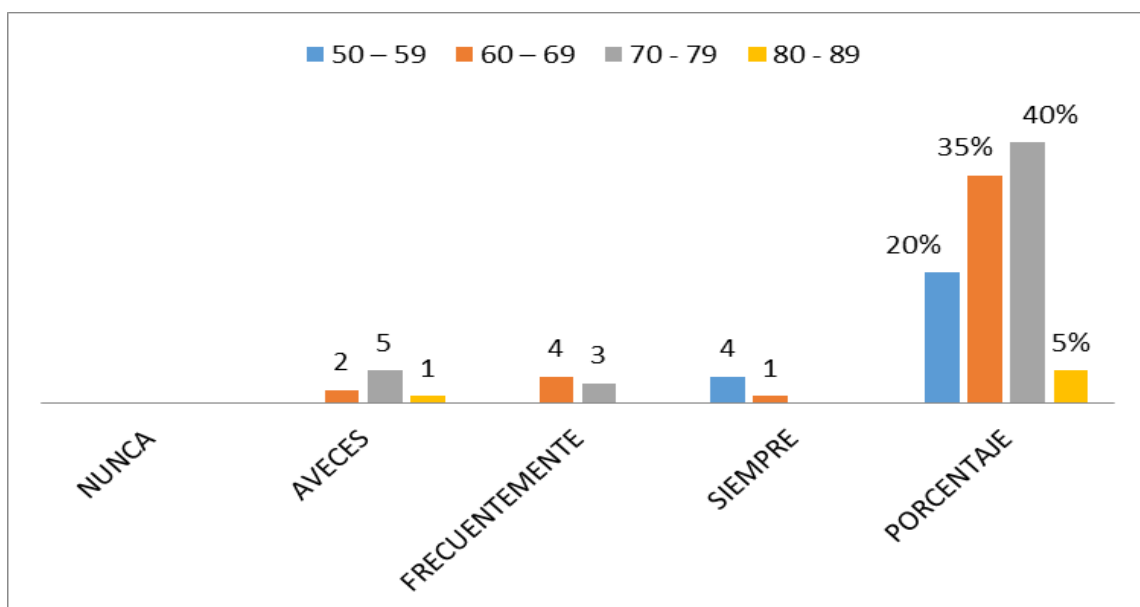
Con este resultado se rechaza la H_0 ; Esto quiere decir que existe una relación de dependencia significativa entre los Estilos de Vida y la Hipertensión Arterial.

TABLA N° 5.1: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: ¿COME UD. TRES VECES AL DÍA, DESAYUNO, ALMUERZO Y COMIDA? EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.

EDAD	NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 59				4	20%	4
60 – 69		2	4	1	35%	7
70 - 79		5	3		40%	8
80 - 89		1			5%	1
		40%	35%	25%	100%	20

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos

GRÁFICO N° 5.1: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: ¿COME UD. TRES VECES AL DÍA, DESAYUNO, ALMUERZO Y COMIDA? EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.



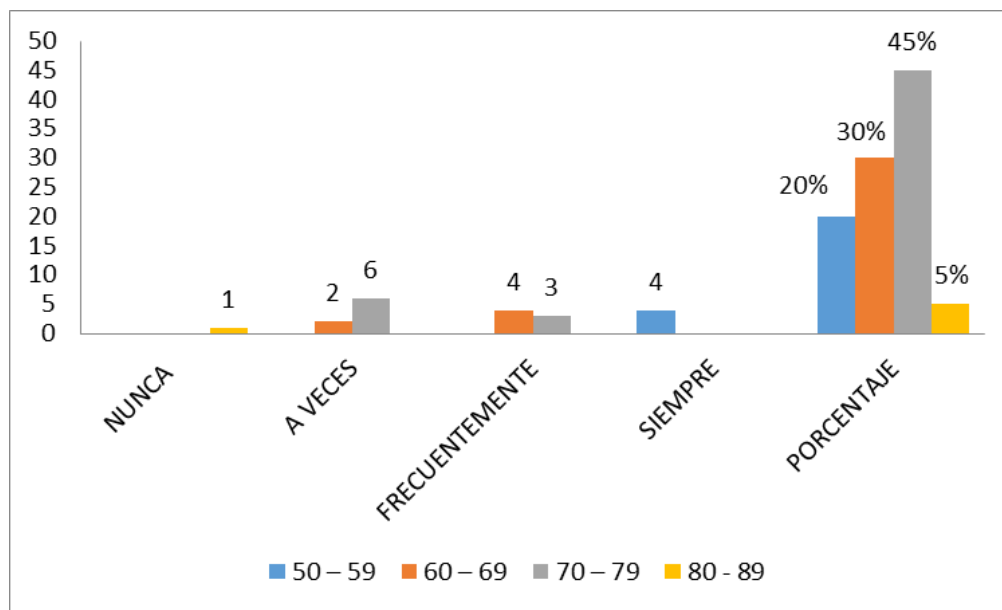
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 5.1, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lidera con un 40% (8) consumen a veces (5) y frecuentemente (3) entre las edades de 70-79 años; seguido de 35% consumen a veces (2), frecuentemente (4) y siempre (1) entre las edades de 60-69 años; así mismo el 20% (4) siempre entre las edades de 50-59 años; y finalmente el 5% (1) a veces consumen sus tres comidas al día entre las edades de 80-89 años.

TABLA N° 5.2: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: TODOS LOS DÍAS, UD. CONSUME ALIMENTOS BALANCEADOS QUE INCLUYAN TANTO VEGETALES, FRUTAS, CARNE, LEGUMBRES, CEREALES Y GRANOS, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.

EDAD	NUNCA	A VECES	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 59				4	20	4
60 – 69		2	4		30	6
70 – 79		6	3		45	9
80 - 89	1				5	1
%	5	40	35	20	100	20

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 5.2: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: TODOS LOS DÍAS, UD. CONSUME ALIMENTOS BALANCEADOS QUE INCLUYAN TANTO VEGETALES, FRUTAS, CARNE, LEGUMBRES, CEREALES Y GRANOS, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.



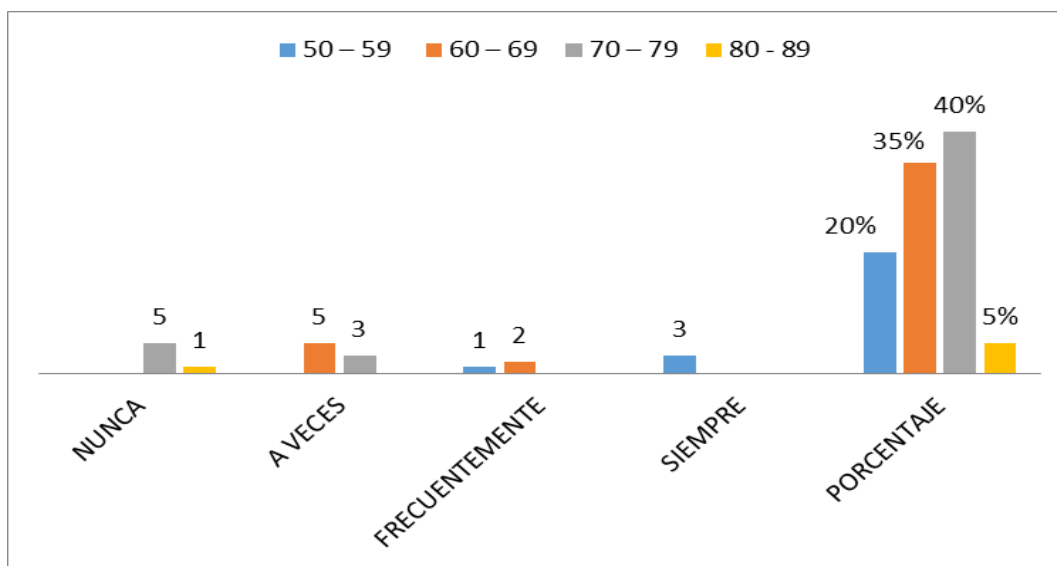
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 5.2, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lideran con un 45% (9) consumen a veces (6) alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales entre las edades de 70-79 años; seguido del 30% (6) a veces consumen son de 60-69 años y finalmente el 5% (1) nunca consume entre las edades de 80-89 años.

TABLA N° 5.3: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO: HACE UD., EJERCICIO POR 20 A 30 MINUTOS AL MENOS TRES VECES A LA SEMANA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.

EDAD	NUNCA	A VECES	FRECIENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 59			1	3	20%	4
60 – 69		5	2		35%	7
70 – 79	5	3			40%	8
80 - 89	1				5%	1
%	30%	40%	15%	15%	100%	20

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos

GRÁFICO N° 5.3: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO: HACE UD., EJERCICIO POR 20 A 30 MINUTOS AL MENOS TRES VECES A LA SEMANA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.



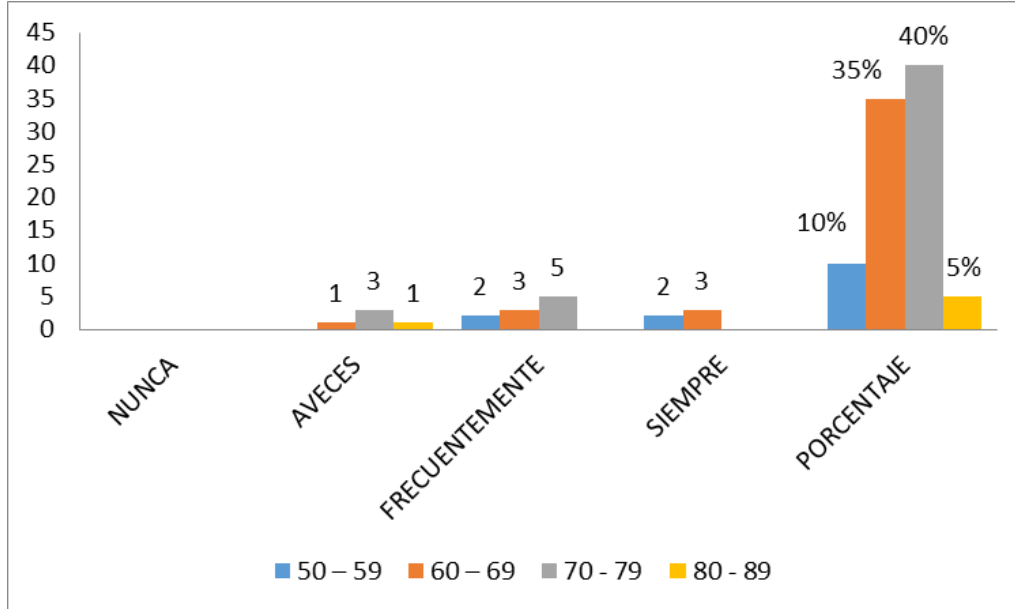
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 5.3, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lideran con un 40% (8) a veces (3) y nunca (5) hacen ejercicios por 20 a 30 minutos al menos tres veces por semana entre las edades de 70-79 años; seguido del 35% (7), a veces (5) y frecuentemente (2) entre las edades de 60-69 años; y finalmente con un 5% (1) nunca son de 80-89.

TABLA N° 5.4: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA MANEJO DE ESTRÉS: USTED IDENTIFICA LAS SITUACIONES QUE LE CAUSAN TENSIÓN O PREOCUPACIÓN EN SU VIDA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.

EDAD	NUNCA	AVECES	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 59			2	2	10%	4
60 – 69		1	3	3	35%	7
70 - 79		3	5		40%	8
80 - 89		1			5%	1
%		40%	35%	25%	100%	20

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos

GRÁFICO N° 5.4: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA MANEJO DE ESTRÉS: USTED IDENTIFICA LAS SITUACIONES QUE LE CAUSAN TENSIÓN O PREOCUPACIÓN EN SU VIDA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO MASCULINO.



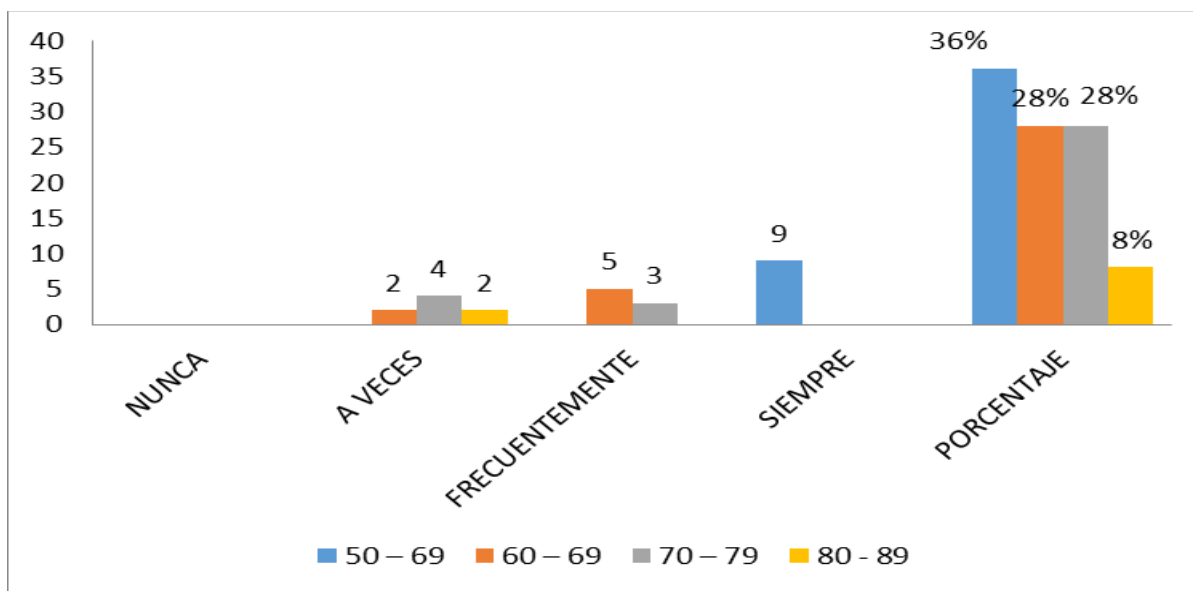
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 5.4, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lideran con un 40% (8) frecuentemente (5) y a veces (3) identifican las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida, seguido del 35% (7) donde (5) frecuentemente, y (3) nunca son de 60-69 años, finalmente con el 5% (1) a veces identifican las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.

TABLA N° 6.1: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: ¿COME UD. TRES VECES AL DÍA, DESAYUNO, ALMUERZO Y COMIDA? EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.

EDAD	NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 69				9	36%	9
60 – 69		2	5		28%	7
70 – 79		4	3		28%	7
80 - 89		2			8%	2
%		32%	32%	36%	100%	25

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 6.1: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: ¿COME UD. TRES VECES AL DÍA, DESAYUNO, ALMUERZO Y COMIDA? EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.



INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 6.1, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lidera con un 36% (9) siempre

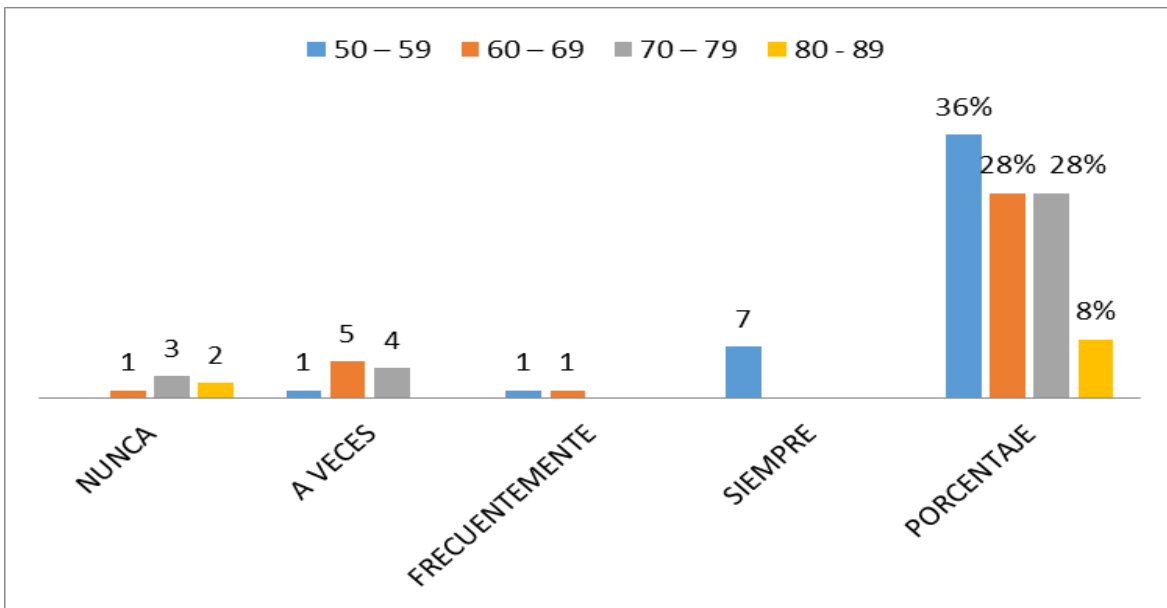
consumen sus tres comidas al día y con el menor porcentaje de 8% (2) a veces consumen sus tres comidas al día.

TABLA N° 6.2: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: TODOS LOS DÍAS, UD. CONSUME ALIMENTOS BALANCEADOS QUE INCLUYAN TANTO VEGETALES, FRUTAS, CARNE, LEGUMBRES, CEREALES Y GRANOS, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.

EDAD	NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 59		1	1	7	36%	9
60 – 69	1	5	1		28%	7
70 – 79	3	4			28%	7
80 - 89	2				8%	2
%	24%	40%	8%	28%	100%	25

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 6.2: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ALIMENTACIÓN: TODOS LOS DÍAS, UD. CONSUME ALIMENTOS BALANCEADOS QUE INCLUYAN TANTO VEGETALES, FRUTAS, CARNE, LEGUMBRES, CEREALES Y GRANOS, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.



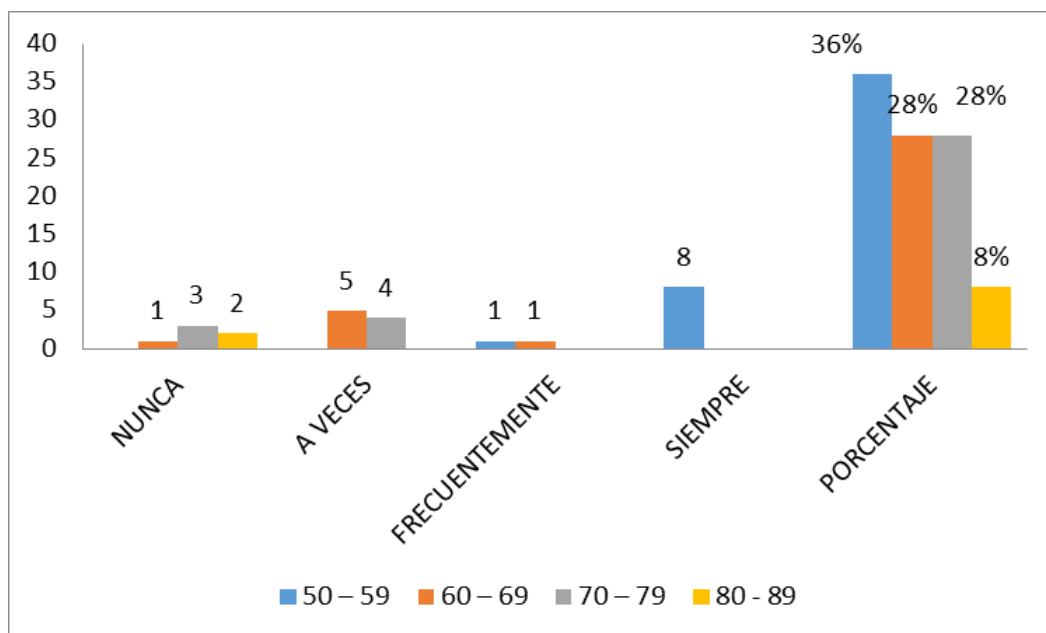
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 6.2, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lideran con un 36% (7) siempre y a veces (1) consumen alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales; y con un menor porcentaje 8% nunca consumen alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales.

TABLA N° 6.3: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO: HACE UD., EJERCICIO POR 20 A 30 MINUTOS AL MENOS TRES VECES A LA SEMANA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.

EDAD	NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 59			1	8	36%	9
60 – 69	1	5	1		28%	7
70 – 79	3	4			28%	7
80 – 89	2				8%	2
%	24	40	8	28	100%	25

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 6.3: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO: HACE UD., EJERCICIO POR 20 A 30 MINUTOS AL MENOS TRES VECES A LA SEMANA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.



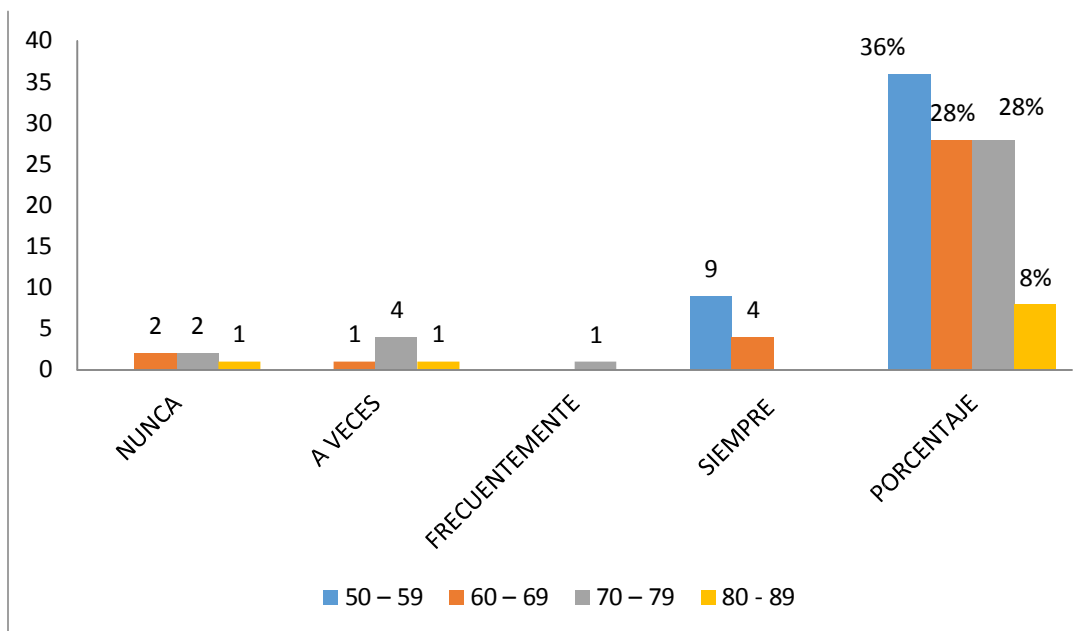
INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 6.3, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lideran con un 36% (9) Siempre hacen ejercicios por 20 a 30 minutos al menos tres veces por semana entre las edades de 50-59 años; con el menor porcentaje 8% (2) nunca hacen ejercicios por 20 a 30 minutos al menos tres veces por semana entre las edades de 80-89 años.

TABLA N° 6.4: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA MANEJO DE ESTRÉS: USTED IDENTIFICA LAS SITUACIONES QUE LE CAUSAN TENSION O PREOCUPACIÓN EN SU VIDA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLVARRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.

EDAD	NUNCA	A VECES	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE	PORCENTAJE	TOTAL
50 – 59				9	36	9
60 – 69	2	1		4	28	7
70 – 79	2	4	1		28	7
80 - 89	1	1			8	2
	20	24	4	52	100	25

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes hipertensos.

GRÁFICO N° 6.4: DISTRIBUCIÓN DE ESTILO DE VIDA MANEJO DE ESTRÉS: USTED IDENTIFICA LAS SITUACIONES QUE LE CAUSAN TENSION O PREOCUPACIÓN EN SU VIDA, EN ADULTOS DE 50 AÑOS A MÁS, QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLVERRÍA” II-1 SEGÚN EDAD Y SEXO FEMENINO.



INTERPRETACIÓN: En la tabla y Gráfico N° 6.4, se observa según criterios establecidos por Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre, dónde lideran con un 36% (9) Siempre identifican las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida; un 8% (2) nunca (1) y a veces (1) identifican las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico N° 1 del presente estudio se muestra la distribución de los pacientes que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLVARRÍA” II – 1, Según sexo, donde se observa que el 55.6 % (25) son de sexo femenino, mientras el 44.4% son de sexo masculino, claramente podemos identificar en éste resultado que el sexo femenino lidera la asistencia al Hospital “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLVARRÍA” II – 1, con un 55.6% a diferencia de los varones, posiblemente que la mujer le da más importancia a la prevención de su salud, ya que en una investigación realizada en Tumbes, Zarumilla, Tarata y Quillabamba por Sosa J. (2009), titulada “Estilos de vida y prevalencia de Hipertensión Arterial en tres comunidades peruanas” No se encontró relación entre sexo y presión arterial alta.

En la tabla y Gráfico N° 2.1 se observa que las edades de los participantes de sexo masculino fueron distribuidas por intervalos de 50 a 80 años, en donde el 40% que es el porcentaje más amplio, sus edades oscilan entre los 70-79 años, seguido del 35%(7) son de 60-69 años. Podemos observar que los varones de mayor edad acuden a los servicios de salud en mayor porcentaje probablemente porque la patología de la Hipertensión se incrementa a ésta edad; no se encontraron resultados similares en otras investigaciones.

En la tabla y Gráfico N° 2.2 encontramos que las edades de las mujeres participantes distribuidas por intervalos de 50 a 80 años, se obtuvo que el 36% son de 50-59 años, así mismo el 28% son de 60-79 años, si comparamos con las edades de los varones, observamos que las mujeres presentan necesidades de salud a menor edad que los varones o simplemente se preocupan en realizar sus controles a menor edad que los varones; tampoco se encontraron resultados similares en otras investigaciones.

En la tabla y Gráfico N° 3.1, se observa el estilo de vida saludable, según edad y sexo femenino, donde el 50% (9) son de 50-59 años, seguido del 33% son de 60-69 años a si mismo con el 16.7% observamos que las mujeres entre los rangos de 40 a 59 llevan un estilo de vida saludable.

En la tabla y gráfico N° 3.2, se evidencia los estilos de vida no saludables según edad y sexo femenino, donde lidera con el 57.1% son de 70-79 años, siguiendo con un 28.6% entre las edades de 80-89 años, el 14.3% (2) son de 60-69 años, esto quiere decir que mientras más edad se van disminuyendo los estilos de vida saludable en el sexo femenino convirtiéndose en no saludable, tampoco se han encontrado resultados similares en otras investigaciones.

En la tabla y gráfico N°3.3, se observa los estilos de vida saludable según edad y sexo masculino, donde lidera con el 45.5% (5) entre las edades de 60-69 años, seguido el 36.4% (4) son de 50-59 años, lo que hace referente que entre los 50 y 69 años, los varones en un 50 % toman conciencia en llevar un estilo de vida más saludable a diferencia de las mujeres que mientras más edad tienen van disminuyendo los estilos de vida saludable, convirtiéndose finalmente en no saludable, tampoco se han encontrado resultados similares en otras investigaciones.

En la tabla y gráfico N° 3.4, se evidencia los estilos de vida no saludables según edad y sexo masculino, donde lidera con el 66.6% (6) a partir de 70-79 años, siguiendo con el 22.2% (2) son entre las edades de 60-69 años esto quiere decir que los varones aproximadamente en un 50% llevan un estilo de vida no saludable. Si observamos los resultados de la tabla 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4, podemos observar que tanto en mujeres como en varones predomina el estilo de vida no saludable independiente de la edad, resultados diferentes a los encontrados por Rodríguez, M (2010), quién realizó un estudio descriptivo titulado: Nivel de Autocuidado y Estilo de vida del adulto con Hipertensión Arterial del Policlínico El Porvenir 2010 en Trujillo Perú, dónde encontró que el 94% presentó un nivel de estilo de vida adecuado y el 6% un nivel de estilo de vida inadecuado¹².

En la tabla N°4 dónde se realiza la prueba de Chi cuadrado para encontrar relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a mas que acuden a la Estrategia de Daños no transmisibles en el Hospital “JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLVARRÍA” II – 1, se rechaza la H_0 . Esto quiere decir que existe una relación de dependencia significativa entre los Estilos de Vida y la Hipertensión Arterial, al

encontrarse un valor de $P= 0.000000143216 < 0.05$; resultados similares encontrados por Trujillo y col., (2008), en Caracas Venezuela, donde nos indica que los estilos de vida se relacionan significativamente con la patología de la hipertensión arterial ¹⁰. Por otro lado también Assef, J. (2009) Cuba, en una investigación cuyo título es “Características clínicas y del estilo de vida asociadas a la hipertensión arterial en adultos mayores” se evidenció la asociación directa de los estilos de vida con la hipertensión arterial ¹¹.

CONCLUSIONES

- Al observar los resultados en el presente trabajo, se encontró una relación de dependencia significativa entre los Estilos de Vida y la Hipertensión Arterial, al encontrarse un valor de $P= 0.000156852 < 0.05$, mediante la prueba de Chi cuadrado.
- El estilo de vida saludable, según edad y sexo femenino liderando con el 50% (9) son de 50-59 años. Los estilos de vida no saludable según edad y sexo femenino, el 57.1% (4) son de 70-79 años.
- Los estilos de vida saludable según edad y sexo masculino, donde lidera con el 45.5% (5) entre las edades de 60-69 años. Los estilos de vida no saludable según edad y sexo masculino, donde lidera con el 66.6% (6) corresponde a 70-79 años.
- Distribución de estilos de vida de alimentación ¿Come Ud. tres veces al día, desayuno, almuerzo y comida? Según edad y sexo masculino con un mayor porcentaje del 40% (8) respondieron a veces (5) y frecuentemente (3) son de 70-79 años; Según edad y sexo femenino el 28% (7) respondieron a veces (2) y frecuentemente (5) son de 70 – 79 años.
- Distribución de estilos de vida de alimentación ¿Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos? Según edad y sexo masculino con mayor porcentaje el

45% (9) respondieron a veces (6) y frecuentemente (3) son de 70-79 años; Según edad y sexo femenino el 28% (7) respondieron nunca (3), a veces (4) son de 70-79 años.

- Distribución de estilos de vida de Actividad y Ejercicio ¿Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana? Según edad y sexo masculino con un mayor porcentaje el 40% (8) respondieron nunca (5) y a veces (3) son de 70-79 años. Según edad y sexo femenino el 28% (7) respondieron nunca (3) y a veces (4) son de 70-79 años.
- Distribución de estilos de vida de Manejo de Estrés ¿Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida? Según edad y sexo masculino con un 40% (8) respondieron nunca (3) y frecuentemente (5) son de 70-79 años. Según edad y sexo femenino con el 28% (7) respondieron nunca (2), a veces (4) y frecuentemente (1) son de 70-79 años.

RECOMENDACIONES

- La estrategia sanitaria nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles debe complementar sus actividades, dando énfasis a la labor educativa proporcionada por médicos y enfermeras para la toma de conciencia de la prevención en esta enfermedad y la importancia de estilos de vida en la población.
- A los profesionales de la salud sobre todo a los enfermeros (as), ser actores principales en el primer nivel de atención de salud haciendo sostenible la educación continua a las personas en riesgo mediante campañas en la comunidad y visitas domiciliarias, para la búsqueda masiva de personas hipertensas de preferencia mayores de 65 años y con otros factores de riesgo.
- A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de las diferentes universidades, considerar los resultados encontrados en este estudio para poder realizar trabajos en conjunto con la universidad y la comunidad, para así poder fortalecer mediante charlas educativas en los colegios secundarios, enseñando estilos de vida saludables.
- Capacitación constante sobre prevención de enfermedades crónicas no transmisibles especialmente las cardiovasculares dirigidas al personal de salud. La responsabilidad asistencial del diagnóstico de la hipertensión del tratamiento, con cambios de estilos de vida y tratamiento antihipertensivo y el control personal de la presión arterial, recae sobre los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención. Es preciso considerar el enorme beneficio del control de los hipertensos en relación con los costos del tratamiento.
- La implementación de las medidas de prevención y promoción de la salud en la comunidad es urgente pero requieren la participación activa y coordinada de los

diferentes sectores de la comunidad involucrada, dirigidos por los profesionales de la salud.

- A los pacientes hipertensos se les debe realizar un seguimiento sobre la adherencia del tratamiento, dieta y ejercicio haciéndoles notar la importancia del cumplimiento para autoprotegerse y participar en el cuidado de su salud. El valor práctico de identificar factores que pueden influenciar el desarrollo y curso de la HTA y por ende de la enfermedad cardiovascular es principalmente rol del enfermero del primer nivel de atención al utilizar la información para detener y si es posible revertir el proceso patológico.
- A las Autoridades del Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud de Tumbes, desarrollen un programa de la manera más eficiente, haciendo uso de los medios masivos de comunicación para que en un futuro mejoren el acceso a los servicios de salud y doten de la infraestructura básica y adecuada para una mejor prestación de los servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flórez, L. 2005. La dimensión psicológica de la prevención y la promoción en salud. Manuscrito en preparación. Bogotá: Universidad de Bogotá. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas.
2. Ministerio de salud, 2004. Manual de Estrategias Sanitarias de Prevención y Control de Daños no transmisibles. Dirección General de Salud de las Personas. Lima, Perú.
3. Organización Mundial de la Salud. 2008. Causas de muerte [base de datos en línea].
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf).
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, 2010. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions,: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2012; 380(9859):2224-60.
5. Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra.
6. MINSA-HIS 2003 y 2007, En Análisis de la situación de salud MINSA 2010. Disponible en <http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/analisis-de-situacion-de-salud-del-peru-ao-2010/download>.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Enfermedades transmisibles y no transmisibles. 2013.
8. Plan Estratégico Regional Multisectorial para la Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA en la Región Tumbes. 2010 – 2015.
En: http://www.conamusa.org.pe/docs/plan_estrategico/Tumbes.pdf.
9. Scientific Electronic Library Online. 2008. CONCYTEC – PERU Calle del comercio 197 - San Borja Lima - Perú Disponible desde el URL <http://www.scielo.org.pe>
10. Trujillo M. y Acacio W. 2008. Medidas de autocuidado practicadas por las personas con presión arterial elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del

- Hospital General Guatire – Guarenas: Dr. Eugenio P. D. Bellard. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
11. ASSEF, J, 2010. Características clínicas y del estilo de vida asociadas a la hipertensión arterial en adultos mayores. Centro, municipio Ciego de Ávila, Cuba.
 12. Rodríguez M. 2010. Nivel de Autocuidado y Estilo de vida del adulto con Hipertensión Arterial del Policlínico. El Porvenir [en línea]. La Libertad; Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59355691/7/VII-REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS>.
 13. Janampa, F. 2013. Estilos de Vida de los Pacientes Hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial en El Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.
 14. Guerrero, M. 2010. “Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de un año en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Nacional Rezola - Cañete”.
 15. Sosa. J y col. 2009; “Estilos de vida y prevalencia de HTA en tres comunidades peruanas”. Revista Peruana de Cardiología. Perú.
 16. Maya, L. 2006. “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
 17. Pender, N. 1994. “Teoría de Promoción de la Salud. Teorías y Modelos de Enfermería. D.F. México.
 18. Licata, M. 2007 “La actividad física dentro del concepto “salud”. Zonadiet.com;. Disponible desde el URL: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>
 19. Rooney, M. 2009. Exercises for older patients: why it’s worth your effort. In: Geriatrics. 8(11): 68, 71-4,7. Disponible desde el URL: http://www.geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm
 20. Pinedo E. 2008. 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 – Perú: Gerencia Departamental La Libertad del Instituto Peruano de Seguridad Social.

21. Mella, R; González, L; D'Appolonio, J y otros. 2004. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psyche* v.13 n.1 Santiago mayo. Disponible desde el URL:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-282004000100007&script=sci_arttext
22. Chirinos E.; Lazo. M. 2002. Manual de Salud Pública. Perú.. CABRERA, HW. Fisiopatología, Genética, Medio Ambiente e Historia Natural de la Hipertensión Arterial. *Rev. Perú Cardiología*.
23. Guyton, A.C. 2003. Tratado de Fisiología Médica. Quinta Edición. Interamericana.
24. The Seventh Report on the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNCT), 2003. Publicación NIH N.º 03-5233.
25. Escobar, R., Aular, A., Mejías, F. 1994. Cuida tu Corazón. Ediciones Divulgativas: Salud y Nutrición nº 11. Edición Conjunta de la Biblioteca Nacional, Instituto Nacional de Nutrición, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
26. Brunner y, Suddarth. 1998. Manual de Enfermería Cuarta Edición. Tomo II. México: Editorial Interamericana.
27. Díaz, R. 1993. Módulo de Enfermería Médica Quirúrgica I. Iera Versión. Colegio Universitario de Los Teques “Cecilio Acosta”.
28. Peplau, H. 1995. “Enfermería Psicodinamica”. En Cáp. 21 de Modelos y Teorías en Enfermería. Marriner Tomey. Editorial Doyma. Tercera Edición.

ANEXOS

ANEXOS N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTILOS DE VIDA

PROBLEMA	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Qué relación existe entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de Daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes, 2015.	Variable Independiente Estilos de Vida	Dieta Alimentación. Actividad y Ejercicio. Manejo del Estrés. Apoyo Interpersonal. Relaciones Autorrealización. Responsabilidad en Salud.	75 a 100 puntos= Saludable 25 a 74 puntos= No saludable	Cuestionario

VARIABLE DEPENDIENTE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
	Variable Dependiente Hipertensión Arterial	Sistólica (mmHg) / Diastólica <ul style="list-style-type: none"> ○ Normal ○ Hipertensión: ○ Grado 1 ○ Grado 2 	Sistólica (mmHg) Diastólica Normal: Inferior a 120 / 80 120-139 / 80-89 Hipertensión: Grado 1 : 140-159 / 90-99 Grado 2 : 160 o más / 100 o más	Tabla de clasificación de la Presión Arterial.

ANEXO 2
INSTRUMENTO ESCALA DEL
ESTILO DE VIDA

N°	ITEM	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	Lea 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 ESTRES					
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 tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
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	Consumo sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S
FUENTE: Walker, Sechrist, Pender					

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NUNCA N = 1

A VECES V = 2

FRECUENTEMENTE F = 3

SIEMPRE S = 4

Ojo en el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario.

N = 4 V = 3 F = 2 S = 1

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

75 a 100 puntos saludable

25 a 74 puntos no saludable

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

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Identificado(a) con DNI.....

Manifiesto, mi consentimiento para participar en el Proyecto de Investigación titulado **“Relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles, Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría II-1, Junio - Octubre 2015”**.

El objetivo fundamental de éste estudio es Conocer la relación existente entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría”.

COMPROMISO DE CONFIABILIDAD

Estimado paciente la investigadora del estudio para el cual Ud. Ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, Me comprometo con Ud. A guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le aseguro que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no perjudicaran en lo absoluto.

Responsable del trabajo: Bach. Luisa María Cárdenas Vincés.

Fecha de aplicación:

.....

Firma del participante o huella digital

INSTRUCCIONES

A) Lea detenidamente las preguntas antes de responder.

B) Este instrumento de validación consta de una primera parte de identificación del experto, seguidamente otra en donde se identifica el título de la investigación, los objetivos, indicadores y alternativas de respuesta del cuestionario objeto de esta validación. Luego se encuentra una sección en la que se pide el juicio de experto con respecto al cuestionario, la cual está formada por veinticinco preguntas, cuyas respuestas son: Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre. Seleccione la opción de su preferencia marcando una equis (x) en el espacio indicado para tal fin.

C) Seguido del juicio del experto se solicita una opinión sobre el instrumento diseñado.

D) Por último, se pide al experto que analizó el cuestionario una constancia de que realizó dicha tarea.

1. Identificación del Experto:

Nombre y Apellido: _____

Lugar donde Trabaja: _____

Título de Pregrado: _____

Título de Postgrado: _____

Año _____ Trabajos Publicados:

2. Título de la Investigación: Relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles, Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes, 2015.

2.1. Objetivos del Estudio:

2.2. Objetivo General:

Conocer la relación existente entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1 Tumbes, 2015.

2.3. Objetivos Específicos:

- Identificar los estilos de vida en adultos de 50 años a más, que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1
- Establecer la relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos de 50 años a más que acuden a la Estrategia de Prevención y Control de daños no transmisibles en el Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” II-1. .

3. Variables que se pretende medir:

Estilos de vida e Hipertensión Arterial.

4. Alternativas de respuestas:

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