



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

**“PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE HIPERTENSO QUE ACUDE AL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DE ASIS. 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: GALINDO PEREIRA, YENI

LIMA - PERÚ

2016

**“PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE HIPERTENSO QUE ACUDE AL PROGRAMA DE
HIPERTENSIÓN EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DE ASIS. 2013”**

DEDICATORIA

Dedicado a Dios, por ser quien guía mis pasos. A mis padres y hermanos, por ser el motor constante en mi desarrollo personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a la Universidad Alas Peruanas por los conocimientos, valores brindados durante nuestra preparación profesional

A la Dr. Fernanda Gallegos de Bernaola Directora de la Escuela Profesional de Enfermería por la formación académica impartida.

A los docentes, eternos educadores, por su ejemplo día a día, sus conocimientos, y sus experiencias compartidas.

A mí adorada madre por ser una madre ejemplar, por todo su apoyo, paciencia, amor y lucha por hacernos cada día unas mejores personas. A mi padre por habernos dado todo su amor, ayuda y dedicación.

RESUMEN

La presente investigación titulada “Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís. 2013”. Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental de diseño descriptivo, de nivel aplicativo y de corte trasversal. Se tuvo como conclusiones:

Del total de los pacientes hipertensos que acuden al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís, un poco más de la mitad fluctúa entre las edades de 60 a 69 años, predomina el género femenino, con secundaria completa, son convivientes y son dependientes. La participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso en la alimentación un poco menos de la mitad tuvo una participación activa, más de la mitad tuvo una participación activa en actividad/reposo, adherencia al tratamiento y en la prevención de complicaciones. Casi la mitad de la población tuvo una participación activa en la alimentación referido al consumo de sal, evitar grasas, gaseosa, el consumo de alimentos balanceados, en tanto menos de la cuarta parte de la población son indiferentes ante el consumo de azúcar, golosinas, carnes (rojas, pollo, pescado), embutidos, comida rápida y café. En la adherencia al tratamiento, más de la mitad participa activamente en administrar el medicamento indicado, en el horario establecido y su continuidad. En actividad/ejercicio las tres cuartas partes de la población tuvo una participación activa en el reposo ante el cansancio del paciente, control del peso corporal, en los ejercicios supervisados, y la población restante se muestran indiferente al uso de las medidas de protección. En la prevención de complicaciones un poco menos de la mitad de la población se muestran indiferentes ante la alimentación, control médico, automedicación y el restante tuvieron una participación activa en las actividades de recreación, exámenes de laboratorio, protección de la piel, evitando el consumo de alcohol, drogas, y el fumar.

Palabras claves: Hipertensión, participación familiar, estilo de vida.

ABSTRAC

This research entitled "Family involvement in the lifestyle of the hypertensive patient who comes to the hypertension program at the Health Center San Francisco de Asis. 2013 ". Study of quantitative approach, non-experimental descriptive design, application level and crosscut. He had like conclusions:

Of the total of hypertensive patients attending the hypertension program at the Health Center San Francisco de Asis, a little more than half fluctuates between the ages of 60 to 69 years, predominantly female, with complete secondary, are cohabiting and they are dependent. The involvement of the family in the lifestyle of hypertensive patients in the diet a little less than half had an active participation, more than half had an active participation in work/rest, adherence to treatment and prevention of complications. Almost half of the population was actively involved in feeding referred to salt intake, avoid fats, soda, eating balanced foods, are both less than a quarter of the population indifferent to the consumption of sugar, sweets, meat (red, chicken, fish), cold meats, fast food and coffee. Adherence to treatment, more than half actively involved in administering the drug indicated in the schedule and continuity. In activity/exercise three quarters of the population had an active participation in the rest to patient fatigue, weight control, in supervised exercises, and the remaining population is indifferent to the use of protective measures. In the prevention of complications a little less than half of the population are indifferent to food, medical supervision, self-medication and the remaining were active in recreational activities, laboratory tests, skin protection, avoiding consumption alcohol, drugs, and smoking.

Keywords: Hypertension, family involvement, lifestyle.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la investigación	9
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.2. Base teórica	14
2.3. Definición de términos	52
2.4. Variables	
2.4.1. Definición conceptual de la variable	54
2.4.2. Definición operacional de la variable	54
2.4.3. Operacionalización de la variable	55

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	56
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	57
3.3. Población y muestra	57
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	57
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	57
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	58
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	59
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	67
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
Tabla 1	
Perfil del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís	60
Gráfico 1	
Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013	62
Gráfico 2	
Participación de la familia en la alimentación según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís	63
Gráfico 3	
Participación de la familia en la adherencia al tratamiento según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís	64
Gráfico 4	
Participación de la familia en la actividad/ejercicio según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís	65
Gráfico 5	
Participación de la familia en la prevención de complicaciones según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís	66

INTRODUCCIÓN

En la última década se ha observado una mejora en el control de la hipertensión arterial (HTA) en nuestro país. Esta mejora en su control, repercute en la disminución de la morbi-mortalidad cardiovascular. Una intervención temprana con medidas de estilo de vida sano podría reducir la presión arterial y el progreso de hipertensión arterial (HTA) con el paso de los años.

Diversos factores nutricionales se han vinculado y clasificado según el nivel de evidencia con el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV). Si bien, algunos de ellos tienen mayor vínculo con la presión arterial, es necesario plantear un abordaje integrador, acorde con la visión del riesgo cardiovascular global. Con un nivel de evidencia convincente, aumentan el riesgo de desarrollar hipertensión arterial (HTA), el alto consumo de sal (Sodio), el sobrepeso y el alcoholismo; mientras que la ingesta de Potasio parece reducirlo.

Los alimentos adquiridos en los hogares españoles contienen además, una elevada cantidad de grasas, de origen animal en su mayoría, lo que determina un importante aporte de ácidos grasos saturados y de colesterol, que supera los límites máximos recomendados (23, 24). Por otro lado, en los últimos tiempos, se ha producido un cambio importante en la dieta que se aleja de lo que es tradicionalmente una dieta mediterránea y saludable, es decir, una con un escaso consumo de frutas, vegetales y pescado.

Los cambios en los hábitos de vida son la primera línea del tratamiento del paciente hipertenso y deben instaurarse siempre antes del (o sumado al) comienzo del tratamiento con fármacos antihipertensivos. La hipertensión arterial (HTA) suele, además, presentarse vinculada a diabetes o intolerancia a la glucosa, dislipemia, sobrepeso u obesidad e hiperuricemia, entre otros. El

riesgo de desarrollar un evento cardiovascular (cerebrovascular o infarto agudo de miocardio), conduce a una evaluación y tratamiento integral.

Durante las últimas décadas, la prevención de las enfermedades que afectan al hombre ha constituido la meta de los sistemas de salud. Los diferentes países enfrascados en alcanzar óptimos indicadores de salud para su población, han diseñado e implantado programas preventivos de diferentes alcances y profundidad, que en su mayoría han devenido elementos que denotan el desarrollo alcanzado en sus niveles de salud.

Los estilos de vida son entendidos como el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consciente y mantenida en su vida cotidiana, y que pueden ser pertinentes para el mantenimiento de su salud

A medida que aumentan los niveles de presión arterial sistólica y diastólica, se ha descrito, en diversos estudios epidemiológicos, un incremento del riesgo cardiovascular. Dichos estudios muestran una correlación positiva, continua e independiente entre las cifras de presión arterial y la incidencia de enfermedades cardiovasculares (ECV). La necesidad de una mayor reducción de las cifras de presión arterial en la población está bien establecida por diversos ensayos clínicos. De igual manera diversos protocolos de actuación y guías de práctica clínica elaborados por diferentes organismos y sociedades científicas reiteran la necesidad de mejorar y lograr el control adecuado de la hipertensión arterial (HTA), lo que se constituye en sí mismo la meta a lograr.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias (PA), de causa desconocida en la mayoría de los casos. Se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, considerándose uno de los problemas más importantes de salud pública, en especial en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. Es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. (1, 2, 3, 4).

La hipertensión arterial es una enfermedad de prevalencia estimada en cerca del 15 a 20% de la población adulta joven (igual o mayor a 20 años), pudiendo llegar a 50% en los ancianos. Ella está relacionada al 80% de los casos de accidente vascular encefálico y al 60% de las enfermedades del corazón, causando la muerte aproximadamente a 3,9 millones de personas por año en el mundo. (5, 6).

El surgimiento de la hipertensión arterial está asociado a numerosos factores como edad, sexo, factores genéticos, alimentarios, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, actividad física, escolaridad, raza, ocupación en

el sector terciario de la economía, migración, bajo nivel socioeconómico y enfermedades como nefropatías, endocrinopatías, coartación de la aorta y a ciertos medicamentos. (7)

El tratamiento de la hipertensión tiene como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. Entretanto, ese tratamiento está relacionado con enseñanzas sobre la enfermedad, sus interrelaciones y complicaciones, implicando en la mayoría de las veces, en la necesidad de cambiar los hábitos de vida y del uso de medicamentos antihipertensivos, que actúan reduciendo el valor de la presión arterial y disminuyendo la ocurrencia de eventos cardiovasculares fatales y no fatales (8).

Una de las principales causas del fracaso del control de la presión arterial es la falta de adhesión al tratamiento, en que además del uso regular del medicamento, participan los aspectos referentes al sistema de salud, a factores socioeconómicos y también, a aspectos relacionados al tratamiento, al paciente y a la propia droga. Para que el control de la enfermedad sea eficaz, debido a su gran complejidad, es necesario valorizar al individuo, respetando sus creencias, ideas, valores, pensamientos y sentimientos sobre la patología (9).

La familia del hipertenso tiene la función de incentivar actitudes personales que se asocian positivamente en el monitoreo de su salud, como el compartir informaciones, auxilio en momentos de crisis y cuidados con la salud en general, incluyendo cuidados con la dieta, ejercicios físicos, sueño y adhesión al régimen medicamentoso. La presencia de la familia trasmite al enfermo tranquilidad, fuerza y coraje, lo que hace sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad (10).

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales (11, 12) por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre (13), sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países, incluso en el nuestro. En el reconocimiento general de un paciente debería ocupar un lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que éste sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su comunidad en general. Su salud será, digámoslo así, proporcional al grado de integración, participación y contribución al conjunto del organismo mayor que lo contiene (14).

El Dr. Hortwitz describió a la salud como “un producto social que es la responsabilidad de todos (15). Se han realizado diferentes estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las afecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que las personas sostienen con las comunidades donde habitan. Los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida, son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos. Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes (14). Para las enfermedades crónicas representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial es un factor de riesgo

relevante (16), en cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante. El personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, como el hábito de fumar, el sedentarismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad..

Al igual que otras industrias en la sociedad, la salud ha sufrido numerosas transformaciones en los últimos años. Los cambios en los sistemas de salud hacen inevitables las innovaciones en el ámbito de la enfermería que, como una profesión para el cuidado de la salud y como parte fundamental de dicho sistema, ha sido y continuara siendo una fuerza importante para delinear el futuro de la atención de la salud (1).

La mayoría de las personas adultas no solo tiene la capacidad física sino cognoscitiva para aprender técnicas de auto cuidado sino también ponerlas en prácticas para tener un mayor control sobre su propia salud considerando que no es solo ausencia de enfermedad sino que involucre el bienestar físico, emocional, económico social logrando así una vida saludable.(3)

En el Centro de Salud San Francisco de Asís se cuenta con el programa de hipertensión arterial, en la atención diaria a los pacientes hipertensos, se observa la presencia de alteraciones frecuentes en los valores de la presión. Realidad que preocupa, por la alta morbilidad y mortalidad de la enfermedad, el programa es conducido por una licenciada la cual orienta,

controla, evalúa y entrega el tratamiento para la hipertensión, al interrogar a los pacientes del programa de hipertensión refieren que “antes sus familiares no le daba importancia el realizar ejercicios y consumir frutas y verduras”. Otros refirieron que sus familiares y ellos mismos “consumen más carbohidratos, alimentos con exceso sal, y sobre todo no conocían acerca de la enfermedad, el tratamiento y el control que deben llevar”, otros respondieron “no tener tiempo para realizar ejercicios” y “llevan una vida muy desordenada sobre todo la alimentación, otros familiares y el paciente “tienen sobrepeso” y “mayormente los alimentos que ingieren son frituras, hamburguesa y gaseosa”, entre otras expresiones. No hay que olvidar que la hipertensión arterial repercute en la calidad de vida y puede generar incapacidad laboral así como severas complicaciones en el organismo, como infartos cerebrales insuficiencia renal y otros, además se incentiva a la familia y paciente a buscar soluciones para mejorar su bienestar y su estilo de vida saludable

Por todo lo expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la participación de la familia en la alimentación según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013?

- ¿Cuál es la participación de la familia en la adherencia al tratamiento según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013?
- ¿Cuál es la participación de la familia en la actividad/ejercicio según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013?
- ¿Cuál es la participación de la familia en la prevención de complicaciones según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013

1.3.2. Problemas específicos

- Identificar la participación de la familia en la alimentación según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013
- Identificar la participación de la familia en la adherencia al tratamiento según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013

- Identificar la participación de la familia en la actividad/ejercicio según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013
- Identificar la participación de la familia en la prevención de complicaciones según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Durante los últimos años, cambios importantes en los perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos se han venido presentando, observándose en nuestro país un incremento importante en la migración urbana y el tamaño de la población. Exponiéndose a la población a cambios en las condiciones y en los llamados "Estilos de Vida" que repercuten en un aumento sustancial de factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, la mortalidad atribuible a éstas, y en la demanda de los servicios de Salud.

Actualmente la Hipertensión Arterial (HTA) se encuentra entre las principales causas de demanda de servicios de Salud de la población adulta asegurada e inclusive ocupa uno de los primeros lugares como causa de mortalidad hospitalaria, según datos de la Unidad Central de Epidemiología del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) No conociéndose la repercusión en el ámbito de la población adulta no asegurada.

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, en lugar de

limitarse solo a atenuar los daños producidos por las enfermedades crónicas.

La hipertensión es una de las causas más frecuentes de muerte en las personas a nivel mundial y en nuestro medio no es la excepción, encontrándose las mayores cifras de incidencia en los pacientes adultos entre las edades 40 a 80 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Hipertensión Arterial (HTA), como una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, bien sea por elevación de la presión sistólica, de la diastólica o de ambas. Es decir, la HTA es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos orgánicos. La hipertensión arterial constituye una de las enfermedades cardiovasculares de mayor incidencia en el ámbito mundial, que afecta principalmente a la población adulta, trayendo como consecuencias un incremento de la mortalidad e incapacidad (17)

En el Perú, la prevalencia de hipertensión arterial varía según grupo de edad. En adultos entre 60 a 69 años asciende a 26,2% y en mayores de 69 años a 36,3%, lo que ha convertido a esta enfermedad no transmisible en un problema de salud pública apremiante. Por estrato geográfico, la prevalencia de hipertensión arterial, entre adultos de 60 a 69 años, corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva. Entre adultos de 70 a más años, la prevalencia corresponde a 30,9% en Lima Metropolitana, a 31,9% en el resto de la costa, 21,2% en la sierra y 25,6% en la selva (18)

Sin lugar a dudas, la hipertensión arterial se encuentra distribuida indistintamente en todas las regiones del mundo y su prevalencia está asociada a factores de riesgo de orden económico, social, cultural, ambiental y étnico (19) La hipertensión arterial está asociada a factores

de riesgo porque entre el 90 a 95% de los casos de hipertensión arterial no tienen causa conocida, por lo que recibe el nombre de hipertensión arterial esencial o primaria (20) También existen factores genéticos o hereditarios. La posibilidad de desarrollar hipertensión es el doble si los padres son hipertensos que si los padres son normotensos. La hipertensión es considerada una enfermedad silenciosa que afecta a órganos diana tales como el corazón, los riñones o el cerebro (21)

La presente investigación se justifica por tratar de profundizar y evaluar los conocimientos sobre las medidas preventivas de un estilo de vida saludable. Frente a este problema el profesional de enfermería, como parte del equipo de salud tiene responsabilidad en el descubrimiento precoz de esta patología. Mediante las actividades preventivas promocionales orientadas a fomentar la adopción de una cultura de prevención y estilos de vida saludable que contribuya a controlar la HTA y disminuir los riesgos a complicaciones. Tiene como propósito conocer la realidad de los pacientes que padecen de hipertensión arterial, los estilos de vida saludable que llevan los pacientes hipertensos orientándolos acerca del tratamiento médico, control de su presión arterial, actividades físicas, alimentación, y el no consumo de tabaco.

Los resultados del estudio estarán orientados a proporcionar información actualizada al Centro de Salud, familia, paciente así como al equipo del programa de HTA, a fin de formular estrategias y actividades, sobre el autocuidado, riesgos cardiovasculares y la adopción de nuevos estilos de vida saludables destinado a mejorar la calidad de vida.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La primera limitación, corresponde a la población de estudio, ya que la muestra que se obtuvo solo corresponde a los pacientes del Centro de Salud San Francisco de Asís

La segunda limitación, corresponde a que los resultados que se obtengan sólo servirán para la institución donde se llevara a cabo la investigación

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

LANCHEROS, Páez Liz en su estudio titulado “Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con hipertensión arterial atendidas en la Asociación Colombiana del 2010”. Argentina se realizó un estudio aplicando estadística descriptiva, prueba de correlación interna.

“La relación entre conocimientos, actitudes y prácticas con la adherencia no fue estadísticamente significativa, sin embargo, la correlación entre conocimientos ($p = 0,057$) y practicas ($p=0,053$) fueron las de mayor valor. Debido a que la adherencia es un fenómeno múltiple y complejo que implica diversidad de conductas, es importante seguir explorando metodologías para identificar las variables que la condicionan” (22)

GUTIÉRREZ, Rodas Teresa en su investigación titulada “Conocimientos que se relacionan con el tratamiento nutricional en pacientes hipertensos 2009”, Guatemala. Este estudio se realizó con una muestra de 49 pacientes. En conclusión:

“El conocimiento de los pacientes con problemas de hipertensión acerca del tratamiento nutricional, se incrementó en cuanto recibieron una orientación nutricional y la guía para una dieta balanceada y se propone una modificación en dicha guía” (23).

ROMERO, Baquedano Irasema en su investigación que lleva por título “Auto cuidado de personas con problemas de hipertensión atendidas en un servicio de urgencia 2007” México. Este estudio fue estadística descriptiva y correlacional. Las conclusiones fueron:

“Que la mayoría de las personas con problemas hipertensos presenta una capacidad de auto cuidado regular. La capacidad de auto cuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación” (24)

GACK, Ghelman en su estudio “Conocimiento de las prácticas de auto cuidado de los individuos con problemas de hipertensión atendidos en una unidad básica de salud 2009”. El estudio de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo, fue realizado con 197 pacientes, se concluye:

“Que el conocimiento de las características presentadas por los portadores de hipertensión caquexia atendidos en los servicios básicos de salud, es de gran importancia para subvencionar las acciones de los enfermeros dirigidas al manejo y control de esta enfermedad en la población” (25).

2.1.2. Antecedentes nacionales

MOLINA, García Yulisa en su estudio titulado “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes hipertensos que asisten al Hospital Nacional Dos de Mayo 2008”, Perú. El tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes, y las conclusiones fueron:

“Que se obtuvieron en el estudio fueron: Los pacientes con problemas de hipertensión que, presentaron una regular adherencia al tratamiento,

una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida” (26).

HIDALGO, Carpio Eva en su estudio titulado “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes con hipertensión. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al control diario de la presión arterial del hospital nacional dos de mayo, octubre- diciembre 2009”. El método fue descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 100 Pacientes. Las conclusiones del presente estudio fueron:

“La mayoría de los pacientes hipertensos realizan las medidas de auto prevención, tales como alimentación, consumo diariamente verduras y frutas, complejos vitamínicos cuidado gastrointestinal. Factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado se encuentran: el factor económico, la enfermedad y ocupación; encontrándose con mayor incidencia el factor económico. Entre los factores socioculturales que favorecen se encuentra el apoyo familiar, por cuanto la familia cumple un rol importante apoyando al paciente en su autocuidado (27).

BUENA, Nora en su estudio “Capacidad de autocuidado de los pacientes hipertensos y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2008”. En cuanto al diseño metodológico de un total de 579 pacientes, obtuvo una muestra de 100 pacientes, el tipo de estudio fue descriptivo correlacional, el instrumento que se empleó fue la encuesta. Las conclusiones más significativas a las que llegó fueron:

“La capacidad del paciente, a través del autocuidado regular son de sexo masculino (23%). La capacidad de autocuidado está relacionada muy significativamente con el ingreso económico, puesto que la mayoría de los pacientes (71%) que tienen un ingreso menos del sueldo mínimo poseen un nivel de autocuidado deficiente a diferencia de los pacientes (51%) con un ingreso económico que es el doble del sueldo mínimo o más, poseen un nivel de autocuidado suficiente autocuidado” (28).

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. Hipertensión arterial

Las enfermedades cardiovasculares suponen la 1ª causa de muerte en los países desarrollados, y una de las principales causas de discapacidad. El mal control de la hipertensión, además de las complicaciones que implica en sí misma, aumenta exponencialmente la probabilidad de sufrir algún tipo de enfermedad cardiovascular (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, infarto cerebral, muerte súbita, entre otras) por tanto tiene importantes consecuencias en el ámbito sanitario, económico y social. En 2006 el coste estimado para Europa de las enfermedades cardiovasculares ascendía a 169 billones de euros anuales, que corresponden a 372 euros per-capital y para América latina es casi el doble de inversión. Estos se refieren a costes de salud directos (atención sanitaria, ingresos, medicación, etc.), pérdidas de productividad y a los cuidados informales de personas que tienen algún tipo de discapacidad producida por su enfermedad cardiovascular además es previsible que estas cifras vayan en aumento.

La hipertensión Arterial es una enfermedad producida por el aumento de presión de la sangre. La presión depende de la fuerza con la que el corazón impulsa la sangre y la resistencia que oponen las arterias. Hablamos de hipertensión cuando las cifras de Presión Arterial (PA) o Tensión arterial (TA) superan 140/90 mm/Hg, según la Organización Mundial de la Salud –OMS– (en diabéticos o pacientes de alto riesgo 130/80 mm/Hg). La 1ª cifra (140 mm/Hg) se refiere a la presión sistólica (máxima) que es la fuerza con la que el corazón se contrae al impulsar la sangre, y la 2ª cifra (90 mm/Hg) es la presión diastólica (mínima) que es la presión con la que se dilata, ambas se expresan en milímetros de

mercurio (mm/Hg). La medición normal en una persona sana debería estar por debajo de 120/80 mm/Hg. En cualquier caso, es necesario destacar que no existe un valor concreto por encima del cual comience el riesgo o que por debajo del mismo desaparezca, hay que tener en cuenta la edad y la presencia de factores de riesgo cardiovascular u otras enfermedades antes de poner un tratamiento antihipertensivo. (29)

La incidencia de hipertenso en nuestro país es de 300-500 casos nuevos/100.000 hab/año. Debe interrogarse exhaustivamente al paciente sobre los antecedentes familiares de HTA, DM, obesidad, nivel de lípidos sanguíneos, ácido úrico y enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, se debe indagar sobre aumentos intermitentes de PA durante el pasado. Es fundamental el conocimiento del estilo de vida del sujeto, ya que puede aportarnos detalles valiosos sobre factores o condiciones que predispongan o se asocien a la HTA. Debe interrogarse sobre los hábitos dietéticos (consumo de sal y grasas saturadas), actividad física, hábitos tabáquicos y alcohólicos en cantidad, tipo y duración. (30)

Si bien la mayoría de los pacientes hipertensos no presentan ningún síntoma específico derivado del aumento de la presión arterial; es muy probable el referir cefalea al interrogatorio, que aunque es considerada popularmente como un síntoma de HTA, solo es característico de la HTA grave.

Muchos de los síntomas descritos en hipertensos como: cefalea en banda, mareos y delirios, fatiga, palpitaciones, molestias en el pecho e hiperventilación recurrente, reflejan un problema común entre todos los pacientes, pero son aún más comunes entre los

hipertensos quienes son más ansiosos por su diagnóstico y las implicaciones de tal diagnóstico.

Existen también síntomas que pueden señalar complicaciones o daño a órganos diana como consecuencia de la HTA: angina de pecho, edema de miembros inferiores, disnea, o manifestaciones de insuficiencia vascular cerebral. Estos síntomas y antecedentes sugieren la presencia de hipertensión esencial.

Causas de la hipertensión Arterial

La causa de la hipertensión no siempre puede identificarse. Cuando una causa no puede ser determinada, lo cual sucede en cerca del 90% de los casos, la enfermedad se llama hipertensión primaria; si se puede determinar la causa es denominada secundaria. Las causas comunes incluyen enfermedad renal, trastornos hormonales, el embarazo y los anticonceptivos orales. Como en muchas enfermedades, existen poblaciones específicas en las que la hipertensión tiene características especiales. En el caso de la raza negra, encontramos una cantidad de hombres hipertensos dos veces mayor que el número que corresponde a la raza blanca, y cuatro veces más complicaciones relacionadas con la hipertensión que en estos últimos. Las personas jóvenes menores de 30 años que padezcan hipertensión tendrán una esperanza de vida mucho menor si no reciben tratamiento adecuado. Pero las mujeres hipertensas tienen un mejor pronóstico que los hombres: los especialistas creen que esto se debe al efecto protector de los estrógenos de su cuerpo. Es importante aclarar que cualquier persona puede tener presión arterial alta. Muchos tienden a creer que la enfermedad es exclusiva de personas ansiosas y con sobrepeso, pero la persona más calmada y delgada puede ser hipertensa. La enfermedad tiende a ser hereditaria, pero esto no ocurre en todos los casos.

Los alimentos ya contienen todas las sales necesarias para su salud. Por lo tanto, no es necesario que añada al cocinar o que ponga el salero en la mesa. También hay que evitar las comidas preparadas que tengan mucha sal, como las conservas o los alimentos precocinados. Acostumbrarse es fácil, y las ventajas son muy grandes

Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial

Aspectos físicos: La hipertensión es una enfermedad producida por el aumento de presión de la sangre, por tanto hay varios sistemas y estructuras implicadas (el corazón, las arterias, la sangre, etc.) y cualquier cambio o alteración en alguna de ellas, tendrá repercusiones en las demás. La TA no es un valor estable, cambia a lo largo del día y según las situaciones. Hay momentos en que se producen aumentos de la TA, que si se mantienen durante largos períodos de tiempo, pueden ser crónica. (31)

Aspectos psicológicos: El estado emocional de la persona puede incidir en diversos mecanismos y procesos del organismo. Por ejemplo, el estrés mantenido puede producir elevaciones de la Tensión Arterial, por eso las técnicas de relajación se han mostrado efectivas como método indirecto para el control de la TA, consiguen una desactivación general del organismo y pueden lograr disminuir los valores de TA. (31)

Aspectos sociales: Tanto el entorno familiar, como la sociedad en sentido más amplio influyen en alguna medida en el control de los pacientes, ya que pueden facilitar y potenciar la adherencia al tratamiento, o por el contrario, poner trabas y dificultades al seguimiento de las recomendaciones médicas por parte del paciente. Puesto que la falta de adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas es una realidad compleja que implica

varios escenarios y actores del sistema sanitario, no queda más remedio que implicar a varios profesionales y no sólo a los considerados tradicionalmente. (31)

Tratamiento: Se caracteriza por el marcado impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de autocuidado que el individuo y la familia requieren minimizar los factores de riesgo cardiovasculares; dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, es necesario plantear objetivos realistas, que puedan ser alcanzados verdaderamente por el paciente, y guiar en el proceso de adaptación a la enfermedad. Para eso, es necesario acercarse al paciente como persona dentro de un contexto determinado. Es decir plantear y replantear las posibles estrategias en cuanto al tipo de tratamiento farmacológico, las recomendaciones que se refieren a la dieta, ejercicio, se encuentra: la realización del ejercicio físico, adaptación o nuevos regímenes nutricionales, peso ideal, disminución del consumo de sal y del cigarrillo, adherencia al tratamiento farmacológico.

Tipos de hipertensión arterial

Hipertensión arterial primaria o esencial: Es aquella que se produce por causas desconocidas siendo más habitual entre la población hipertensa, pero sí sabemos que hay una serie de factores que están implicados en su desarrollo (sedentarismo, sobrepeso, estrés, tabaquismo, consumo excesivo de sal entre otros) no puede ser curado aunque si controlada mediante cambios en la alimentación en los hábitos vitales o una medicación adecuada.

Hipertensión arterial secundaria

Es la que se produce como resultado de alguna enfermedad, es menos frecuente, como puede ser problemas glandulares o renales, el embarazo o el uso de drogas o fármacos. Cuando se controlan estas enfermedades, la tensión arterial se normaliza. La mayoría de los casos la hipertensión no presentan síntomas; otras veces producen dolor de cabeza, mareos, cansancio, visión borrosa, zumbido de oídos. Entre las causas están factores genéticos hereditarios, causas orgánicas, alimentación inadecuada, obesidad, exceso de sal, edad, sexo, embarazo, estrés, alcohol, tabaco, café, época del año, raza, vida sedentaria. El diagnóstico se hace en base en tres tomas de presión arterial con valores patológicos en diferentes horarios y días en condiciones óptimas o una sola toma con valores tensionales mayores de 210mm Hg – 120mm Hg.

Factores de riesgo

La Edad: factor que por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años (efecto mayormente debido a los cambios degenerativos que tienen lugar los grandes vasos) y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad, si bien su evolución no es exactamente igual, ya que mientras que el incremento de la TAD se va aplanando a partir de los 60 años, la TAS sigue por su parte elevándose hasta los 70-75 años, edad en la que a partir de la cual ambas tensiones muestran un descenso que se va acentuando en las edades más altas.

Género: Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la

edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos es igual. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas

Obesidad: Otro factor importante, los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la presión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión, o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones. La hipertensión arterial es seis veces más frecuente en hombres y mujeres obesos con respecto a los no obesos y el riesgo de hacerse hipertenso aumenta a medida que lo hace el exceso de peso. Además, la pérdida de 95 Kg. de peso en pacientes con hipertensión leve determina una disminución de la tensión de 260 /200 mmHg.

Antecedentes familiares: Los Antecedentes de hipertensión arterial de algún familiar, de algunas enfermedades puede influir significativamente en el autocuidado de las personas, por ejemplo una persona que haya tenido un familiar con alguna enfermedad crónica, conocerá mejor como cuidarse para prevenir una enfermedad o sus complicaciones en comparación a otro que no

tuvo esta experiencia. Las personas con antecedentes familiares presentan avidez por conocer y practicar medidas sanitarias efectivas para proteger su salud, tienen un fuerte entusiasmo y necesidad de seguir ciertas prácticas de autocuidado, y con frecuencia buscan información para ampliar sus conocimientos previos o simplemente mejoran sus actividades de autocuidado en salud evitando los factores de riesgo que produjeron la enfermedad en sus familiares.

Consecuencias de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial, es una enfermedad que ha ocasionado serios problemas al hombre. Esta enfermedad, a la que también se denomina el "asesino silencioso" debido a que no provoca síntomas y se reconoce hasta que genera problemas de salud graves o a través de una revisión general (en muchas ocasiones para diagnosticar otra enfermedad), es considerada por muchos especialistas incurable; sin embargo, si se lleva un tratamiento adecuado bajo vigilancia médica puede controlarse y permitir que el afectado tenga una vida normal.

Las complicaciones más comunes ocasionadas por el manejo inadecuado de la enfermedad, se relacionan con la ocurrencia de accidentes cardio y cerebro-vasculares, pérdida de la memoria, disminución de la circulación adecuada de la sangre, aparición de lesiones en los ojos por tensión ocular alta, aparición de glaucoma y disminución de la visión entre otras.

- **Insuficiencia renal:** Los cambios vasculares propios de la hipertensión (hiperplasia y nefrosclerosis hialina) condicionan un aumento de la resistencia vascular renal, con disminución del flujo plasmático renal y posteriormente, debido a la autorregulación renal, del filtrado glomerular. Los riñones suelen estar algo disminuidos de tamaño. En el paciente joven

y con hipertensión de no muy larga duración, la insuficiencia renal es rara. Sin embargo, la nefroangiosclerosis es la causa de inicio de diálisis del 15-23% de los pacientes en EE.UU y es, después de la diabetes, la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica terminal. Con un buen control de la presión arterial se preserva la función renal en la mayoría de los pacientes, pero no en todos ellos. Por el contrario, en la hipertensión acelerada o maligna la gravedad de las lesiones renales y la intensidad de la hipertensión causan frecuentemente insuficiencia renal. La proteinuria puede ser intensa, aunque pocas veces supera los 5 g/día, y el sedimento urinario muestra micro hematuria y/o macro hematuria, con cilindros hialinos y granulares. Por lo común, los riñones no están disminuidos de tamaño.

- **Complicaciones cardiacas:** La hipertensión arterial duplica el riesgo de coronariopatía isquémica (incluyendo infarto agudo y muerte súbita) y triplica el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva. El riesgo cardiovascular del hipertenso refleja la sobrecarga vascular, más relacionada con la presión arterial sistólica en el joven y mediana edad, y con la presión del pulso en el viejo. Las secuelas cardíacas de la hipertensión son
- **Hipertrofia del ventrículo izquierdo.** El corazón, sometido a una sobrecarga de trabajo por el aumento de la presión arterial, se hipertrofia. En la hipertensión, el trabajo del corazón es superior debido a que el gasto cardíaco se mantiene a pesar del aumento de las resistencias periféricas y de la presión arterial sistémica. No obstante, en adultos normotensos, la masa ventricular izquierda está directamente relacionada con el riesgo de desarrollar hipertensión, sugiriendo que los mismos factores patogénicos de ésta pueden inducir hipertrofia ventricular. En la génesis de la hipertrofia se hallan también

implicados factores no hemodinámicas (factores de crecimiento, angiotensina II, catecolaminas, insulina, ingesta de sal, etc.). Su incidencia en hipertensos varía según el método usado para su diagnóstico. El ECG tiene más baja sensibilidad, y el ecocardiograma sobrestima la masa ventricular izquierda comparado con la resonancia magnética. La prevalencia estimada de hipertrofia ventricular por ecocardiografía oscila entre el 50-60% de los hipertensos.

- **Fracaso del ventrículo izquierdo.** Se debe al aumento de las resistencias periféricas hasta el punto de que no puede mantener el gasto cardíaco, a pesar del aumento de la contracción ventricular como consecuencia de la elongación de las fibras musculares. A menudo se añaden fenómenos isquémicos del miocardio que contribuyen al fallo ventricular. La insuficiencia cardíaca congestiva puede ocurrir sin evidencia previa o concomitante de insuficiencia ventricular izquierda.
- **Isquemia miocárdica.** Ocurre por la desproporción entre la oferta y la demanda de oxígeno del miocardio. La angina de pecho es frecuente en el paciente hipertenso, debido a la coexistencia de una ateromatosis acelerada y unos requerimientos de oxígeno aumentados como consecuencia de una masa miocárdica hipertrofiada. No es raro que sea silente en pacientes hipertensos, ni que aparezca dolor anginoso con coronarias normales. La mayoría de las muertes debidas a la hipertensión son, en la actualidad, por infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva.
- **Encefalopatía hipertensiva.** Se produce como consecuencia de una elevación de la presión arterial por encima del límite superior de autorregulación, el cual puede situarse en una presión arterial media de 150-200 mm Hg en un paciente con hipertensión de larga evolución, y en niveles inferiores en los

normotensos previos. Este fracaso de la autorregulación produce en ciertas áreas vasodilatación, aumento de la permeabilidad capilar y edema. El incremento del flujo sanguíneo cerebral en algunas áreas coexiste con fenómenos de isquemia localizada, microinfartos y/o hemorragias petequiales en otras. Aunque, por definición, los signos y síntomas son transitorios si se desciende rápidamente la presión arterial a niveles de autorregulación, la falta de tratamiento puede conducir a la hemorragia cerebral. Por lo general, aunque no siempre, coexiste una retinopatía hipertensiva de grados III o IV. (32) Infarto cerebral. La reducción de la presión arterial por debajo del límite inferior de la autorregulación cerebral, que en el hipertenso puede estar en 60 mm Hg o más de presión arterial media, es capaz de provocar una disminución del flujo sanguíneo cerebral e isquemia o infarto consiguiente. Esto puede ocurrir como consecuencia de un tratamiento hipotensor o diurético demasiado intenso. La autorregulación del flujo cerebral puede perderse después de un accidente vascular cerebral, un traumatismo craneal, un tumor o una acidosis, con lo que el peligro aumenta en tales situaciones.

2.2.2. Calidad de vida del paciente hipertenso

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las patologías que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, y es una de las enfermedades crónicas que con más frecuencia padece el adulto. Se considera un problema de salud de proporciones epidemiológicas en el siglo XX. Esta es considerada en los países occidentales como un relevante problema de salud pública, tanto por su trascendencia sanitaria, como económica y social.

La HTA es un proceso insidioso que puede provocar accidentes cerebro vasculares, cardiopatía isquémica, y cuanto mayor sea la presión sanguínea, mayor será el riesgo de accidentes vasculares, de ataques coronarios, enfermedad arterial periférica e insuficiencia renal.

Es responsable del 10% de las muertes en las poblaciones de países industrializados, así como de un alto número de invalidez. Recientes datos sugieren que los individuos normotensos mayores de 40 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.

Un control efectivo de la PA se puede conseguir en la mayoría de los pacientes hipertensos, pero la mayoría precisará dos o más fármacos antihipertensivos. Los fallos de los médicos cuando aconsejan sobre estilos de vida, el uso de dosis inadecuadas de antihipertensivos ó combinaciones inadecuadas de fármacos, puede contribuir a un descontrol de la presión arterial. El objetivo de la terapia antihipertensivos en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. En hipertensos o enfermos renales el objetivo de PA es $< 130/80\text{mmHg}$. La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la PA y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos.

La modificación de los estilos de vida demostró descender la PA, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso, lo que a su vez se convierte en un indicador de calidad de vida de estos pacientes En este tema, la utilización del concepto calidad de vida permite valorar las condiciones y estilos de vida de las personas y comunidades, para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción entre los hombres y de

estos con el medio ambiente más adecuadas lo que nos permite acercarnos progresivamente a una existencia digna, saludable y con equidad. Este concepto en el marco de la salud y la enfermedad promueve acciones que acercarían cada vez más a estos polos que dividen la vida de las personas en sanas o enfermas.

En este sentido se puede desarrollar una justa valoración de la relación de este concepto con la Hipertensión Arterial como problema de salud. Se puede destacar que las condiciones de vida estresantes, se hacen duraderas y dañan la calidad de vida, ya sean por situaciones externas (socioeconómicas) o internas (de personalidad). Esta constituye la ruta del estrés en las enfermedades crónico-degenerativas, que han ido ascendiendo a los primeros lugares del cuadro de morbilidad, entre las que se destacan las cardiovasculares y el cáncer. En la medida en que la sociedad se ha hecho compleja y agitada a un ritmo mayor al que ha evolucionado la adaptación psicobiológica del hombre, han aparecido trastornos de la alimentación, el ejercicio físico y otros con una amplia relación con otras enfermedades o trastornos como la hipertensión arterial. Por lo tanto, la calidad de vida permite asumir en la atención primaria un modelo básico de tratamiento ambiental que en una relación directa permitirá un mejor tratamiento a la Hipertensión Arterial (HTA).

La actitud de los pacientes hipertensos está fuertemente influenciada por diferencias culturales, creencias y experiencias previas con el sistema de atención de salud. Estas actitudes deberían ser entendidas implícitamente por los médicos para crear confianza e incrementar la comunicación con pacientes y familiares.

El concepto calidad de vida que es utilizado en relación con la salud, ha sido estructurado teniendo en cuenta los aportes de varias disciplinas de contenidos muy diferentes. Se define entonces como "La sensación subjetiva de bienestar del individuo" (Chartunedi, 1991). En su esencia, el concepto, presenta carácter valorativo, contextual e histórico, así como su fidelidad a los valores humanos.

La hipertensión arterial es uno de los desórdenes médicos más comunes y está asociado con un incremento en la incidencia de muerte por enfermedad cardiovascular. El tratamiento antihipertensivo farmacológico por sí solo, ha tenido poco éxito en la reducción de las complicaciones cardiovasculares. Se debe incentivar al paciente con factores de riesgo a tener modificaciones en el estilo de vida como método para prevenir la hipertensión. Programas de ejercicio que incluyan mejoras en la resistencia y la condición física no solo juegan un papel en la prevención primaria sino que disminuyen los niveles de presión arterial en el paciente hipertenso.

2.2.3. Estilo de vida

Uno de los puntos más importantes que surge del envejecimiento progresivo de las personas, es la calidad de vida de las personas adultas, adultas mayores. Por lo que, el poder tener una buena calidad de vida, depende de cuan bien las personas puedan prevenir las limitaciones funcionales, la desnutrición y las enfermedades crónicas, para lo cual los estilos de vida juegan un rol trascendente.

Los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de

Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población.

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

Principales estilos de vida

- **Actividad Física:** es la clave para un envejecimiento saludable. Es más, las personas mayores que son activas físicamente tienen una menor probabilidad de desarrollar problemas como obesidad, presión arterial elevada, osteoporosis, diabetes, depresión, cáncer de colon. Pero además de lo anterior, hay muchas pruebas científicas que demuestran los beneficios de una actividad física regular, entre los cuales podemos destacar:
 - Mejora el estado de ánimo y ayuda a reducir el estrés.
 - Aumenta el grado de energía y mejora la productividad de la persona.
 - Ayuda a lograr y mantener un peso adecuado de una persona.

- Da mayor flexibilidad y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- Reduce la probabilidad de tener una enfermedad cardiaca o si la tiene de tener complicaciones.
- En las personas con Diabetes logran manejar más adecuadamente la glucosa y complementa el tratamiento médico.

El tipo de actividad física que se debe realizar depende de la persona, pero en general el desarrollar una actividad como caminar, bailar, nadar, desarrollar actividades en la casa como jardinería o de limpieza del hogar, o actividades como el Tai-Chi por 30 minutos y al menos cinco días a la semana se logra obtener todos los beneficios arriba señalados. Y si una persona no puede dedicar 30 minutos de manera continua a una actividad física, se puede dividir esta en tres momentos de 10 minutos cada una, logrando el mismo efecto beneficioso. Lamentablemente más del 75% de las personas mayores informan que no realizan una actividad física en forma regular. Se debe tener claro que la prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial es necesaria y sus beneficios están comprobados. Debemos tomar en cuenta que la actividad física en estos pacientes debe hacerse con la previsiones que amerita y se debe llegar a un estudio consiente e individualizado en cada paciente, para así tener el mayor aprovechamiento de la actividad física con la menor cantidad de riesgos y sobre todo, recordar que el deseo de iniciar un programa de entrenamiento físico en el paciente hipertenso debe nacer de él mismo, de su deseo de mejorar su calidad de vida. La presión alta es un mal irreversible en el que las vías sanguíneas más pequeñas se angostan o las arterias pierden su elasticidad general, lo que obliga al corazón a bombear con

más fuerza para abastecer de sangre a todos los órganos. Si le han diagnosticado este padecimiento, tenemos varias sugerencias para evitarle problemas indeseables. La hipertensión puede tener causas desconocidas, pero también es posible que se deba a la acumulación de grasa en los vasos sanguíneos, situaciones constantes de estrés y angustia, hábitos de vida sedentarios (baja actividad física y alta ingesta de grasas y carbohidratos), consumo excesivo de sal, tabaco y alcohol, falta de ejercicio físico o padecimientos del riñón y diabetes. Ya que el corazón tiene que bombear con más fuerza de lo habitual para mantener constante la circulación en todo el organismo, es probable que genere problemas graves, como infartos o angina de pecho (obstrucción parcial de las arterias del corazón), pero también dolor de cabeza, fatiga, náuseas, vómitos y visión borrosa ocasionados por lesiones y hemorragias en cerebro, ojos, corazón y riñones, cuyos vasos sanguíneos resienten la presión a que son sometidos.

- **Hábito de fumar:** es la causa de muerte y enfermedad con mayores posibilidades de prevención en los adultos. Fumar contribuye sustancialmente a enfermedades como Cáncer, Cardiovasculares, Respiratorias Crónicas (enfisema y obstructivas crónicas) entre otras. Se tiene el dato que nos muestran que 1 de cada 4 hombres mayores fuman. Y aunque algunos piensen que si uno ha fumado toda la vida y no le ha pasado nada, el sólo hecho de dejar de fumar trae un beneficio para su salud cardiovascular y respiratoria. Por ende nunca es tarde para dejar el vicio del cigarrillo y empezar a vivir una vida sana.
- **Alimentación saludable:** mantener un peso corporal saludable es importante para la salud de las personas. El sobrepeso o la obesidad están asociados con un mayor riesgo de diabetes y

enfermedades cardiovasculares y además puede empeorar las condiciones existentes como artritis. Del mismo modo, tener un bajo peso también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional. La mayoría de las personas adultas, adultas mayores no conservan su peso ideal, ya que son obesas o tiene bajo peso. Entendiendo por obesidad el tener un valor de 30 o más del Índice de Masa Corporal (IMC), mientras que bajo peso es tener un IMC menos a 19. Estas dos condiciones (obesidad y bajo peso) pueden relacionarse con déficits severos que afectan el sistema inmunológico de las personas, lo que las hace más vulnerables a las enfermedades. Pero para mantener en un peso ideal y a su vez alimentarse saludablemente, es necesario realizar una adecuada combinación de alimentos, a fin de poder tener una dieta nutritiva, variada y sabrosa. Una de las primeras sugerencias es lo concerniente a la frecuencia y cantidad de la alimentación, se debe consumir varias comidas pequeñas por día, cinco veces es lo ideal, siendo el almuerzo la comida principal del día y el refrigerio de la tarde y la cena sean livianos. Lo alimentos que deben ser parte de nuestra vida diaria son las frutas y vegetales, que sólo (jugos naturales o fruta) o combinados (ensaladas) deben estar presentes en cada una de las cinco comidas que hagamos al día. Asimismo, las legumbres y el arroz por el alto contenido de fibras y nutrientes vegetales que contienen. Y los cereales integrales como el maíz, pan integral y otros como la avena, trigo que son una gran fuente de vitaminas y fibra. Dentro de los alimentos que son fuentes de proteína el pescado es el alimento ideal por su gran cantidad de nutrientes y muy poca grasa. Asimismo la leche y los productos lácteos (queso, yogur) sin grasas son muy buenos. Otros como los huevos, el pollo pero cocinado sin piel y por último la carne de vacuno o cerdo pero sin grasa,

proveen los nutrientes necesarios para una buena alimentación. Los alimentos que no se recomienda ingerir son aquellos que tengan una gran cantidad de azúcar, como queques, helados y caramelos, asimismo aquellos que tienen mucha grasa como la mantequilla, la repostería, manteca u otros alimentos que han sido fritos en abundante aceite como las papas fritas.

- **Alimentación en personas hipertensas:** En aquellas personas que padezcan de hipertensión arterial se aconseja unas medidas dietéticas especiales entre ellas la presencia de una alimentación baja en consumo de sal. La hipertensión arterial es seis veces más frecuente en hombres y mujeres obesos con respecto a los no obesos y el riesgo de hacerse hipertenso aumenta a medida que lo hace el exceso de peso. Además, la pérdida de 95 Kg. de peso en pacientes con hipertensión leve determina una disminución de la tensión de 260 /200 mmHg.

- **Dieta hiposódica normal:** Para pacientes con hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca, el sodio que ingerimos en la alimentación habitual procede del contenido en el propio alimento es el sodio de constitución y el cloruro de sodio (sal común) que añadimos en la cocina o en la mesa es sodio de adición. (33) En la alimentación habitual consumimos de 10 a 15 mg de cloruro sódico que equivalen a 3900 a 5900mg de sodio (1 gr de cloruro de sodio =390mg de sodio)

- **Dieta hiposódica normal, estándar o moderada:** Contiene 1500 a 2000 mg de sodio al día equivale a un máximo de 5mg de cloruro sódico.

- **Alimentos no aconsejables:** Sal de cocina y mesa sal yodada carnes saladas y ahumadas, Pescados ahumados y caviar. Pescados ahumados y caviar.
- **Embutidos:** Quesos en general, Pan, Aceitunas, Sopas de sobre, Zumos de hortalizas. Frutos oleaginosos, Pastelería industrial y mantequilla salada, Bebidas gaseosas.
- **Condimentos:** Mostazas, ketchup, leches, Harinas, Chocolate cacao, Mantequilla, margarina, nata.

Según la OMS la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud. Shipper y levith, consideran que lo que más ha hecho avanzar en la búsqueda. Dentro del concepto de calidad de vida se pretende englobar el impacto de la enfermedad y tratamiento más allá de las consecuencias biológicas de ambas. Se evalúa el bienestar social general de individuos y sociedades por si mismas es decir informalmente es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social.

2.2.4. Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso

La participación familiar es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente hipertenso se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, por la enfermera, en función al estado de salud del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente (34). Tales aspectos se relacionan con el referente teórico de la teoría hombre-vida-salud de Rosemarie Parse.

Según Hansen y Marriner, esta teoría se considera única en enfermería, pues se basa en las ciencias humanas que describen la interrelación del hombre con el entorno; de manera que dicha reciprocidad contribuye al significado que adquiere la salud para el individuo de acuerdo con los constituyentes particulares de cada situación.

La teoría de Parse destaca de forma importante el valor que adquiere la interrelación del hombre con el entorno. La familia se constituye en un componente fundamental, pues el hombre interpreta y da significado a sus patrones de relación con cada uno de los miembros de su familia. Desde la conceptualización de Parse y Torres y Morales, se entiende por familia a cualquier persona que guarde relaciones estrechas con el individuo o que mantenga una relación afectiva reconocida.

Gracias al proceso de participación familiar se hace evidente aquellos familiares que podrían asumir el rol de cuidador. La teoría de Parse considera la práctica de enfermería “una participación intersubjetiva que permite guiar al familiar en la elección de las posibilidades en el proceso cambiante de la salud” Ello es fundamental tanto en el proceso de participación familiar y de autonomía del paciente o su sustituto, pero ha evolucionado hasta el modelo actual, en el cual la opinión del personal de salud, el paciente y su familia sustentan una toma de decisiones compartida y de común acuerdo; tendencia que disminuye la ansiedad de las familias, tiene en cuenta los deseos del paciente y le permite al equipo de salud facilitar el proceso.

El proceso de participación familiar implica la toma de decisiones multidisciplinarias. Aquí el establecimiento de un clima compartido favorece la relación de los agentes implicados: paciente, familia y profesionales de salud, de forma que se exponen todas las opciones disponibles, las consecuencias de cada decisión y se

utilizan los medios de apoyo necesarios para facilitar el proceso. Ello hace imprescindible que el personal sanitario posea las suficientes habilidades de comunicación, facilitación y destrezas en el manejo de conflictos, de manera que el proceso se lleve a cabo bajo las mejores condiciones (35,36). Conocer la dinámica de la participación familiar y sus implicaciones para el cuidado del paciente crítico hace necesario tener en cuenta los distintos escenarios de participación de la familia en el cuidado del paciente.

Podemos resumir en 10 pasos los cuidados imprescindibles de una persona con hipertensión arterial:

- Monitorear su presión regularmente, sin obsesionarse, procurando que esta revisión sea siempre a la misma hora y en condiciones semejantes. Es muy útil aprender a medir la tensión
- Eliminar hábitos dañinos asociados con el padecimiento, como consumo de alcohol y tabaco, pues son estimulantes que aceleran el ritmo cardiaco y favorecen la hipertensión.
- Disminuir el consumo de sal cuando el médico lo aconseje; esto se debe a que grandes dosis de sodio ocasionan retención de agua, por lo que aumenta el volumen de sangre y la fuerza con que el corazón debe bombearla, ocasionando presión arterial alta.
- Modificar hábitos alimenticios: se incrementará el consumo de legumbres (ricas en potasio, calcio y magnesio, que son minerales que facilitan la eliminación de sodio) y alimentos ricos en fibra, como frutas con cáscara (favorecen la eliminación de colesterol antes de entrar al torrente sanguíneo), en tanto que se reducirá el consumo de carnes

rojas, ricas en grasas saturadas, y se sustituirá por carnes blancas, sobre todo pescado; también se erradicarán alimentos ricos en colesterol, como vísceras y huevo. Es muy recomendable seguir una dieta como la mediterránea, que tiene como base el aceite de oliva, cereales integrales, verduras y otros productos que protegen al corazón.

- Perder peso, pues incluso las reducciones modestas son benéficas para disminuir los niveles de colesterol y sentirse mejor en términos generales. Se evitará alimentación copiosa y se limitará el aporte de hidratos de carbono (postres, pastas, pan) y grasa.
- Regular tensión y estrés, ya que ambos son causas de hipertensión; se debe procurar una vida tranquila para controlarse mejor y, de ser necesario, se recurrirá a estrategias o rutinas de relajación: acostado o sentado, se respirará profundamente 3 ó 5 veces, y se relajarán en forma paulatina piernas, tronco, brazos, cabeza y cuello, pensando en un color que ayude a tranquilizarse (casi siempre verde o azul).
- Tomar puntualmente las medicinas que el médico recete, siguiendo estrictamente los horarios y dosis indicadas; nunca se abandonará el tratamiento (aunque los valores al tomar la presión hayan vuelto a la normalidad), salvo orden del especialista. Los fármacos prescritos disminuyen la presión a través de diferentes mecanismos: Eliminación de agua y sal excesiva a través de la orina (diuréticos tiacídicos). Inhibición del mecanismo que desencadena el estrés (bloqueadores adrenérgicos). Dilatación de arterias, a fin de aumentar el espacio por el que circula la sangre (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de calcio y vasodilatadores directos).

- Determinar con exactitud los niveles reales de colesterol en sangre, a través de exámenes de laboratorio interpretados por el médico. El exceso de grasa disminuye la capacidad de elasticidad de los vasos y propicia mayor fuerza de contracción del corazón.
- Acudir periódicamente al médico familiar para que éste siga la evolución del padecimiento, a la vez que aclarará dudas y proporcionará nueva información de interés. Durante la visita, el paciente informará sobre cualquier circunstancia extraña que pudiera aparecer a lo largo del tratamiento.

Se trata de medidas sencillas que, de realizarse de manera sostenida, permitirán llevar a cabo una vida normal. Las personas con hipertensión, salvo algunas excepciones, no tienen que restringir sus actividades si llevan un buen control.

En relación a los autocuidados, es importante señalar que los mismos se refieren a todas aquellas acciones que el individuo emprende por sí mismo y que se encuentran orientada a la prevención de las complicaciones.

La promoción de autocuidados por parte de la familia-enfermera, se refiere a la información proporcionada por la enfermera que permita a la familia y al paciente tomar parte activa y consciente en la prevención de las complicaciones más frecuentes derivadas de un manejo inadecuado de la hipertensión arterial, así como de sus secuelas. Por lo tanto, la promoción 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.

Al respecto Brunner y Suddarth (1998), definen el fomento de los autocuidados como: El conjunto de actividades que, al acentuar los aspectos positivos ayudan a que la persona haga uso por si misma de los recursos que conservan o mejoran su bienestar general, así como la calidad de su vida. Esto hace referencia a las acciones que realiza el sujeto encaminadas a permanecer sano y que no requiera la participación del personal asistencial. Es por ello que, si bien es cierto que la participación del equipo de salud se orienta más hacia la acción de tipo asistencial, no deben descuidarse los aspectos de índole educativo, ya que sobre estos se fundamenta la promoción de los autocuidados.

Brunner y Suddarth indican que: La enseñanza para el fomento de la salud es indispensable, estando dirigida al fomento, conservación y restauración de la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales de las enfermedades. Las complicaciones derivadas de un mal manejo de la enfermedad dejan secuelas, con las que el enfermo debe aprender a vivir y a tomar las precauciones necesarias que le permitan evitar mayores complicaciones.

Dorothea Orem ofrece grandes aportes en la conceptualización del autocuidado, que define como: práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (37)

El autocuidado se entiende entonces como las actividades cotidianas, íntimas y personales que tienen un propósito (38). Son acciones que tienen un patrón y una secuencia y cuando se realizan efectivamente, contribuyen de manera específica a la

integridad estructural, el desarrollo y el funcionamiento del ser humano. El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. Éste se produce a medida que los individuos se ocupan de acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno.

Las acciones de autocuidado llevadas a cabo durante un cierto período de tiempo son realizadas por las personas en su ambiente habitual y dentro del contexto de sus patrones de vida diaria. Así el autocuidado es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado. Las actividades necesarias para mantener la salud se aprenden y están condicionadas por muchos factores como la edad, la maduración y la cultura (39)

Por otra parte y en relación con los efectos del autocuidado como un elemento esencial en la promoción de la salud, este concepto ha sido definido como un proceso mediante el cual una persona pone de su parte para promover su salud, prevenir la enfermedad y actuar autónomamente en el tratamiento de la misma, desde un nivel primario de cuidado en el sistema de salud (40) Es así como, el autocuidado adquiere varias connotaciones y utilidades comenzando en el campo de la salud pública, ya que se convierte en una función inherente e imprescindible en el ser humano.

Tobón define el autocuidado como las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o

restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (41)

En el Modelo de Enfermería de **Dorotea Orem** está referido esencialmente a las necesidades del Ser Humano que están en relación directa con el auto cuidado. El Modelo versa sus principios en las acciones que permitan al individuo mantener la salud, bienestar y responder de manera constante a sus necesidades. Para Orem la Enfermera basa sus actividades en técnicas y/o procedimientos claramente establecidos para cumplir acciones específicas con una meta dada. La eficacia de la realización de dichas acciones requiere conocimientos científicos de: las condiciones del medio ambientales que causan la patología, la promoción y el mantenimiento de las relaciones de cooperación interpersonal o intergrupales, la promoción de desarrollo del ser humano.

2.2.5. Rol de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludable

La hipertensión arterial, es una enfermedad que ha ocasionado serios problemas al hombre, ya que en muchos casos es asintomática, lo cual le permite un avance silencioso, aumentando la posibilidad de aparición de complicaciones derivadas de un manejo inadecuado de la enfermedad. En este orden de ideas, las complicaciones más comunes ocasionadas por el manejo inadecuado de la enfermedad, se relacionan con la ocurrencia de accidentes cardio y cerebro-vasculares, pérdida de la memoria, disminución de la circulación adecuada de la sangre, aparición de lesiones en los ojos por tensión ocular alta, aparición de glaucoma y disminución de la visión entre otras.

Por las razones antes expuestas es de vital importancia la participación del Profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables, ya que en la mayoría de los casos son los profesionales del equipo de salud que establecen el primer y último contacto con el pacientes, y que además por la naturaleza del trabajo de asistencial directa permanecen la mayor parte del tiempo al lado del enfermo hipertenso.

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

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

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

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

La participación de la enfermera en la promoción de hábitos de salud para la prevención de complicaciones en pacientes hipertensos es indispensable, ya que es la enfermera quien permanece la mayor parte del tiempo con el paciente, estableciendo en la generalidad de los casos el contacto más amplio no sólo con el paciente, sino también con sus familiares, lo cual le brinda la oportunidad de desarrollar acciones de carácter educativo que favorezca los autocuidados por parte del paciente y contribuyan al restablecimiento del estado de salud en el paciente mediante la toma de conciencia por parte de este de las acciones que favorecen o entorpecen su recuperación

La salud bajo la concepción del bienestar integral del hombre implica necesariamente el equilibrio de éste con su medio ambiente. En este sentido Lancaster (1983), al referirse al

enfoque ecológico relacionado con la salud comunitaria expresa que: Su valor reside en la manera de concebir el sistema hombre-ambiente. La Ecología obliga a los profesionales de salud a estudiar el organismo en su totalidad, no sólo sus órganos o aparatos. Describe sistemas y comunidades humanas que necesariamente comprenden a individuo. Un punto de vista lo concibe como un grupo de órganos, ideas y sentimiento encerrados por un límite: el cuerpo. Es por ello, que los orígenes de la enfermedad no sólo se hayan en las perturbaciones de los individuos, sino en un sistema mayor como puede ser el ambiente. En este sentido la promoción de hábitos de salud ayudaría al individuo a establecer relaciones armónicas con su ambiente y a evitar enfermedades tales como la hipertensión arterial, así como las consecuencias derivadas de un mal manejo de esta enfermedad al observar una conducta adecuada que le permitan al hombre adaptarse al medio ambiente; y así, minimizar las posibles alteraciones que puedan afectar su equilibrio.

Según la Organización Mundial de la Salud (1990): Para mejorar la calidad de la vida no sólo hay que prevenir y tratar la enfermedad, sino además es importante promover el bienestar físico, psíquico y social. Los agentes de atención primaria pueden desempeñar una importante función a este respecto. Al analizar la cita anterior, puede evidenciarse una vez más la necesidad de promoción de hábitos de salud por parte de la enfermera, que permitan al paciente mejorar su calidad de vida, gracias a la información proporcionada al paciente sobre los hábitos que favorecen la prevención y control de la hipertensión. Esta promoción de los hábitos de salud por parte de la enfermera juega un papel determinante en el desarrollo de los programas sustentados en la educación para la salud. Según Costa, Benito, González y López (1998), "La educación para la salud, como proceso orientado a la utilización de estrategias efectivas para

ayudar a los individuos a adoptar o modificar conductas que mejoren la salud o prevengan problemas de salud", es un asunto reciente y antiguo a la vez en el ejercicio de la práctica de enfermería, ya que esta profesional actúa como maestra al proporcionar mediante los cuidados de atención directa y el establecimiento de la comunicación terapéutica con el enfermo y sus familiares, la información sobre las medidas preventivas, el manejo de secuelas de una patología determinada permitiendo al usuario de los centros de salud mejorar su calidad de vida mediante la satisfacción de necesidades básicas.

Costa, Benito, González y López (1998), señalan que "Con el paso del tiempo y la aparición de enfermedades crónicas que exigen un cuidado más prolongado, y con los cambios en la morbilidad y estilos de vida asociados, la tarea educativa se ha hecho más compleja". (43) Es por esta razón que la enfermera debe buscar los caminos que le permitan potenciar su rol docente logrando así una máxima efectividad y un mínimo esfuerzo acompañado de una utilización racional de los recursos económicos que dispone.

El desarrollo de guías para preparar al paciente para el autocuidado en casa o en el trabajo, y reducir la probabilidad de reclusión hospitalaria, debería ser una de las áreas de máxima prioridad de los servicios asistenciales, tanto por su componente terapéutico como preventivo y de promoción de la salud. Como puede observarse la promoción de estilos de vida saludables para la prevención de complicaciones en pacientes con HTA mediante la participación de la enfermera en la educación para la salud, requiere de la búsqueda de alternativas innovadoras que satisfagan no sólo las necesidades de información del paciente, sino también que permitan a la enfermera el desarrollo de sus

capacidades creativas, brindándole la oportunidad de crecer profesional y personalmente.

Es importante que la enfermera en el desarrollo de sus actividades educativas, tomen en consideración los factores dependientes del paciente que pueden influir en la efectividad de las acciones desarrolladas por ella. En este particular Costa, Benito, González y López (1998), (a), indican que: "Los mitos y creencias culturales en torno a la salud, así como las atribuciones del paciente, pueden constituir también barreras cognitivas que interfieren también con el desarrollo de ciertos comportamientos saludables". (43) Conscientes de esta situación, las enfermeras deben tomar en consideración los elementos socio-culturales y ambientales dentro de los cuales se ha desarrollado en individuo, respetando los criterios que el paciente tenga, pero contribuyendo mediante los procesos de formación y conformación propios de la labor educativa a ofrecer la información necesaria que le permita introducir cambios en su estilo de vida que beneficien su salud.

El Modelo de **Nola J. Pender** se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento. La teoría de Fishbein sobre la acción razonada, que asegura que la conducta depende de actitudes personales y de normas sociales, también ha sido importante para el desarrollo del modelo. Este modelo de Pender tiene una estructura similar al de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad y abarca también los comportamientos que favorecen la salud, en sentido amplio. Los conocimientos de Pender sobre el desarrollo humano, psicología experimental y educación justifica la inspiración de su modelo en la psicología social y la teoría del aprendizaje. El individuo adquiere el compromiso de fomentar la salud, el afecto relacionado con la actividad, la adopción de un

plan de acción y la demanda y preferencias concurrentes inmediatas.

2.2.6. Prevención de la Hipertensión Arterial

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

Escobar, Aular y Mejías (1994), señalan que: existen factores asociados a la aparición de la hipertensión de tipos no modificables y modificables. Dentro de los primeros se encuentran el sexo, la edad y los antecedentes familiares, mientras que los segundos se refieren a los hábitos alimentarios, la tensión emocional o el estrés, el hábito de fumar, la obesidad/sedentarismo, el colesterol y el alcohol. De manera general puede decirse que la prevención de la HTA, guarda estrecha relación con los hábitos de vida, debiendo prestarse especial atención a los factores de riesgo modificables tales como la dieta adecuada, el descanso, las visitas regulares al médico, la realización de ejercicio, el reconocimiento de los síntomas y la epidemiología, ya que al fin y al cabo son los que pueden manejarse por el individuo y que en todo caso, la eliminación de los mismos podría disminuir en forma significativa la posibilidad de sufrir de HTA.

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.

2.2.7. Prevención de las Complicaciones de la Hipertensión Arterial.

Como ya se ha mencionado la prevención de las complicaciones de la HTA, puede lograrse mediante la modificación de los hábitos de salud y los autocuidados.

Escobar, Aular y Mejías (1994), señalan que para reducir las complicaciones asociadas a la HTA deben:

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

Un aspecto fundamental para evitar las complicaciones que pueden derivarse de la HTA, está referido a la terapia medicamentosa, la cual se relaciona con la ingestión en las cantidades y horas reglamentarias de las medicinas recetadas por

el doctor, para mantener la tensión arterial dentro de niveles aceptables. Bajo ninguna circunstancia deben obviarse las medicinas destinadas al control de la tensión pues podría sobrevenir accidentes cerebro y cardiovasculares y otras complicaciones serias que podrían ocasionar inclusive hasta la muerte o dejar secuelas de por vida.

Según Díaz (1993), 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".

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

El segundo nivel lo comprenden las actividades de protección específica, las cuales serán realizadas tomando en consideración los grupos con mayor riesgo y facilitando la realización de exámenes médicos y de laboratorio a las personas más susceptibles de ser afectadas.

El tercer nivel de prevención corresponde al diagnóstico precoz, estas actividades se circunscriben a la detección de signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares, así como a la promoción de las consultas médicas y a la motivación de los autocuidados para prevenir las complicaciones.

En el cuarto nivel corresponden a la limitación del daño es decir las medidas específicas de prevención. Mediante estas acciones la enfermera estimula al paciente para que cumpla con las indicaciones médicas, si el enfermo se encuentra en el centro

asistencial, presta atención a la valoración de los distintos aspectos del sistema cardiovascular.

En el quinto nivel de prevención se encuentran las medidas específicas de rehabilitación, mediante las cuales el personal profesional de enfermería, proporciona educación, orientación, y apoyo psicológico a los pacientes que han superado crisis iniciales. En esta fase la enfermera indica al paciente la importancia del control periódico y el mantenimiento de las medidas restrictivas en cuanto a la dieta y el uso del tabaco; aquí se hace énfasis además en la necesidad de motivar al paciente para que adopte un estilo de vida cónsono con las indicaciones dada por el médico.

El papel de la enfermera en la prevención de las complicaciones en pacientes que sufren de hipertensión arterial es de vital importancia, al disminuir de manera significativa mediante los autocuidados, referidos al uso de medicamentos, disminución del consumo de té, café, cigarrillos y alcohol, uso de la sal, consumo de alimentos convenientes y eliminación de los inconvenientes, manejo del estrés, peso, adopción de posiciones adecuadas y realización de ejercicios, las probabilidades de complicaciones derivadas de cuadros de hipertensión arterial que podrían ocasionar en muchos casos hasta la muerte del paciente debido a las causas que se han venido estudiando a lo largo del desarrollo de este segundo capítulo. En relación a los autocuidados, la enfermera debe indicar al paciente la importancia del uso de medicamentos y del cuidado que este debe tener al no dejar de tomarlos y ser constante en las horas destinadas a tal fin; debe informarle además la necesidad de consultar al médico sobre el uso de anticonceptivos y los efectos secundarios que esto podría traerle como consecuencia de su estado.

Como es bien sabido, los autocuidados en relación a la dieta y el consumo de sal son imprescindibles en la prevención de las complicaciones, siendo en muchos casos uno de los factores desencadenantes de las mismas y coadyuvantes en la aparición de complicaciones por el consumo de sal, alimentos ricos en grasas y aumento del colesterol. La enfermera debe indicar al enfermo la necesidad de disminuir los alimentos dañinos y aumentar el consumo de vegetales, carnes blancas, pescado y fibra, ya que estos contribuyen a la disminución de la hipertensión arterial, lo cual debe ir acompañado de una disminución sustancial de la cantidad de sal. La enfermera debe hacer hincapié en la necesidad que tiene el paciente de observar los autocuidados referidos al manejo del estrés, la realización de ejercicio, el mantenimiento de una posición adecuada y el control del peso, ya que estos son factores que pueden incrementar los niveles de presión cuando no son manejados de forma adecuada.

Un aspecto fundamental que debe considerar la enfermera en el desarrollo de sus actividades educativas se encuentra referido a las orientaciones que se deben ofrecer a los pacientes con HTA que egresan de los centros hospitalarios una vez que han sido dados de alta por el médico cardiólogo tratante.

Díaz de Flórez (1993), señala que en el desarrollo de sus funciones educativas la enfermera debe considerar "la orientación e instrucción que recibe el enfermo al momento de su egreso". Señala esta autora que la enfermera debe elaborar un plan de egreso al paciente con la finalidad de ofrecer la información necesaria que permita al enfermo observar los estilos de vida saludables con la finalidad de evitar posibles complicaciones. Para ello la enfermera debe en primer lugar revisar la historia médica y las indicaciones dadas por el médico tratante, así como el conocimiento que el enfermo y sus familiares poseen sobre los

autocuidados y los cuidados en el hogar que este debe observar con la finalidad de evitar posibles complicaciones derivadas del manejo inadecuado de la HTA.

Sin duda alguna, el desarrollo las actividades educativas de enfermera en la promoción de estilos de vida saludables en enfermos con HTA como todo acto de enfermería, se sustenta en una determinada concepción filosófica de la profesión y en un modelo determinado.

Desde el punto de vista filosófico, la enfermería es una profesión de servicio orientada a ofrecer un cuidado solidario al paciente y sustentada en una concepción predominantemente humana e interpersonal del proceso, siendo el desarrollo de las actividades educativas uno de los medios que permite al profesional de enfermería la satisfacción de las necesidades del enfermo con HTA desde una perspectiva integral, esto es la consideración del ser humano como un ser bio-psico-social que requiere de la interacción constante con sus semejantes y de la adopción de estilos de vida saludables con el fin de evitar posibles complicaciones que pudieran derivarse del manejo inapropiado de la enfermedad.

La relación de ayuda, se fundamenta en la teoría Psicodinámica de Peplau; la cual refiere el entendimiento del propio comportamiento para ayudar a otros a reconocer las dificultades que soportan, y la aplicación de los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen durante la experiencia. El modelo propuesto por Peplau se fundamenta en las teorías interpersonales y psicodinámicas que intentan desarrollar las aptitudes de la enfermera para mantener con las pacientes relaciones de compasión, actitudes de ayuda y cuidados solidarios.

Peplau considera la enfermería como una fuerza en su madurez que se vuelve realidad conforme se desarrolla la personalidad a través de las relaciones educativas, terapéuticas e interpersonales. Las enfermeras participan en una relación personal con un individuo cuando se percibe una necesidad. Como puede observarse lo expuesto por Peplau coincide con las premisas que sirven de sustento al establecimiento de las relaciones educativas entre el profesional de enfermería y el enfermo con HTA, pues las relaciones que entre ellos se establecen tienen en sí mismas un carácter terapéutico y se sustentan en la interacción desde el punto de vista predominantemente humano, a partir del cual el profesional proporciona los elementos que permiten al paciente la satisfacción de sus necesidades comunicacionales, psicológicas y sociales, mediante el cuidado solidario e interpersonal.

Madeleine leininger, abrió una de las grandes áreas a enfermería, la transculturización que es el estudio de diversas culturas y sub culturas del mundo, mediante una formación especializada en la cual la enfermera es capaz de aplicar conceptos, principios, definidos para dar conocimientos sólidos, con la finalidad de práctica responsable y coherente culturalmente.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Hipertensión arterial:** Se define como la presión arterial demasiada alta. Se considera hipertensión cuando una persona está por encima de 140 mmHg en la máxima y 90 mmHg en la mínima. Cuando la presión arterial está por encima de 210 mmHg en la máxima y 120 mmHg en la mínima se produce crisis hipertensivas que puede afectar gravemente al organismo y requieren hospitalización inmediata.

- **Sobre peso y obesidad:** Es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre peso y talla que se utiliza.
- **Sedentarismo:** vida de los habitantes de todo el planeta donde podemos definirlo como una forma de vida con poco movimiento. Es una persona que realiza menos de 30 minutos diarios 3 veces por semana de ejercicio, según la OMS expresan claramente que uno de los flagelos modernos provocan una situación crítica en la población.
- **Colesterol:** Podemos definir como el lípido ubicado en diferentes tejidos del organismos del ser humano, también en la corriente sanguínea por donde es transportado a diversas partes del organismo su concentración se ve aumentada en órganos tales como el hígado el páncreas el cerebro y la medula espinal pero su presencia excesiva en el torrente sanguíneo puede generar complicaciones tales como obstrucción arterial y las deficiencias físicas.
- **Diuréticos:** Son drogas eficaces y seguras para el tratamiento de la hipertensión arterial. Reduce el riesgo de presentar ataque cerebrovascular, generalmente son ideales
- **Betabloqueantes:** También son útiles en pacientes con angina de pecho, arritmias o para prevenir un segundo infarto. Deben indicarse con extrema precaución en personas con depresión o enfermedad arterial periférica y están contraindicados en pacientes con asma bronquial
- **Antagonistas de la angiotensina:** Representan una nueva clase de medicamentos. Pueden usarse tanto en personas jóvenes como en mayores. Tienen una acción terapéutica similar a la de otros fármacos antihipertensivos (IECA), pero se caracterizan por presentar una incidencia menor de efectos adversos.

2.4. VARIABLES

Univariable = Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso

2.4.1. Definición conceptual de la variable

Las acciones y efectos que se realiza en base a las decisiones sobre comportamientos o aptitudes que deben desarrollar las personas para mejorar la calidad de vida en salud.

2.4.2. Definición operacional de la variable

Capacidad para tomar decisiones, para controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos.

2.4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación ▪ Actividad/ejercicio ▪ Adherencia al tratamiento ▪ Prevención de complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de sal ▪ Consumo grasas, gaseosa ▪ Consumo de azúcar y golosinas ▪ Consumo de carnes (rojas, pollo, pescado) ▪ Alimentos balanceados ▪ Consumo de embutidos ▪ Consumo de comida rápida ▪ Consumo de café ▪ Tipo de ejercicio ▪ Cansado ▪ Peso corporal ▪ Ejercicio supervisado ▪ Medidas de protección ▪ Medicamento indicado ▪ Horario ▪ Continuidad ▪ Descanso ▪ Actividades de recreación ▪ Control medico ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Protección de la piel ▪ Consumo de alcohol, drogas ▪ Fuma

CAPITULO III METODOLÓGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental de diseño descriptivo, de nivel aplicativo y de corte transversal.

Cuantitativo: Porque permitirá medir y cuantificar numéricamente la variable de estudio. Hernández sampieri refiere que los trabajos cuantitativos utilizan estadística para presentar los resultados

No experimental: Porque no se manipula la variable de estudio

Descriptivo: Es descriptivo ya que va a describir los hechos tal y como se encuentran en la realidad

Aplicativo: Nivel aplicativo ya que se centra en estudiar y contribuir en la solución de un problema y se centra principalmente en la innovación.

Transversal: Corte transversal porque los datos van a ser recolectados en un determinado momento y tiempo.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud San Francisco de Asís al cual acuden 107 pacientes al programa de hipertensión, en el centro donde laboran 4 enfermeras con turnos rotativos que cubren los turnos de lunes a sábado, 1 médico general, 1 obstetras y 4 técnicos de enfermería

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 107 pacientes que acuden al programa de hipertensión del centro San Francisco de Asís en el distrito de V.M.T. 2013.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por los 100 pacientes que acuden al programa de hipertensión del centro San Francisco de Asís en el distrito de V.M.T. 2013. Solo se tomó a 7 pacientes para la prueba piloto quienes no formaron parte de la muestra.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó en la recolección de datos fue la encuesta, por ser el más adecuado para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información. Como instrumentó se utilizara un cuestionario. Para medir la participación de la familia se elaboró un instrumento de 20 preguntas y para medir estilo de vida se elaboró un cuestionario de 60 preguntas.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La validez del formulario se obtuvo a través del juicio de expertos, lo que permitió dar los reajustes necesarios al instrumento; luego se realizó la

prueba piloto y través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach se podrá saber si es confiable

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El plan de recolección de datos se realizó de la siguiente manera: Se enviara una solicitud al jefe del Centro de Salud San Francisco de Asís a quien se solicitara el permiso para el procesamiento de los datos.

CAPITULO IV RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados con el programa SPSS 17 y en forma manual con el programa Excel de tal forma, que se presenta en cuadros estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta la tabla del perfil de los pacientes hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís, los gráficos de acuerdo al objetivo general y los objetivos específicos. En el análisis de los resultados se realizó en base a los 100 pacientes.

Tabla 1

Perfil del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

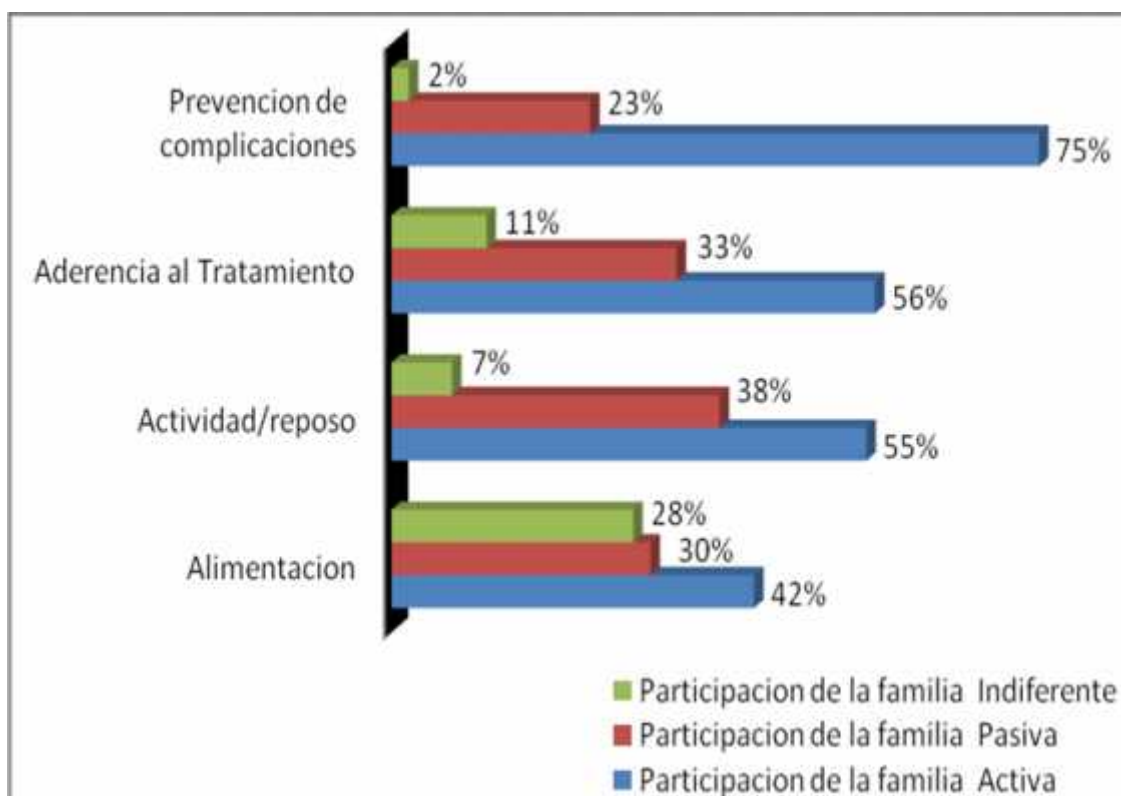
Perfil	Pacientes Hipertensos	
	f	%
Edad		
30 a 39	4	4%
40 a 49	21	21%
50 a 59	29	29%
60 a 69	34	34%
70 a 79	12	12%
Total	100	100%
Genero		
Femenino	58	58%
Masculino	42	42%
Total	100	100%
Estado Civil		
Soltero	8	8%
Casado	11	11%
Viudo	2	2%
Separado	26	26%
Conviviente	53	53%
Total	100	100%
Grado de Instrucción		
Primaria	17	17%
Secundaria	57	57%
Superior tec.	21	21%
Superior Univ.	5	5%
Total	100	100%
Condición Laboral		
Independiente	12	12%
Dependiente	57	57%
Ama de casa	31	31%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

Del 100% de los pacientes hipertensos que acuden al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís, el 34% fluctúa entre las edades de 60 a 69 años, predomina el género femenino con el 58%, el 57% tiene secundaria completa, el 53% son convivientes, el 57% tienen un empleo fijo su condición es dependiente.

Gráfico 1

Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013

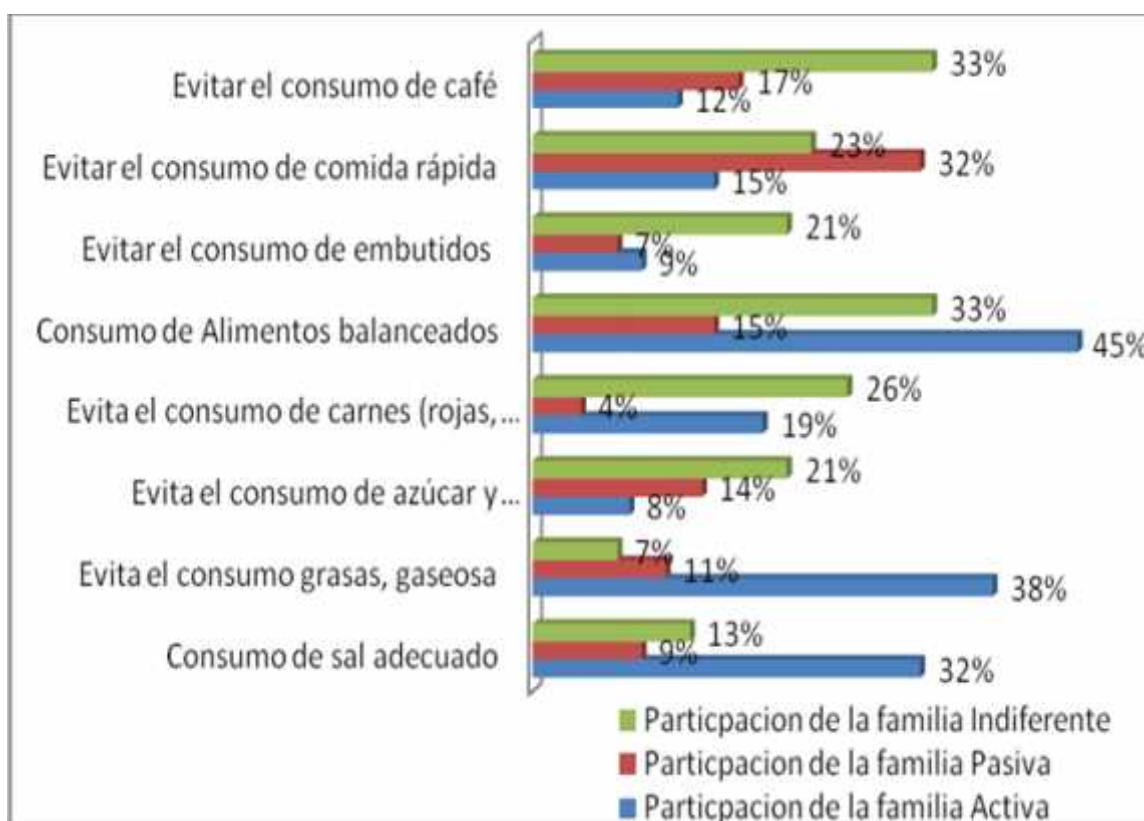


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

La participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís en la alimentación tienen una participación activa con el 42%, en la actividad /reposo con el 55%, en la adherencia al tratamiento con un 56%, en la prevención de complicaciones con un 75%.

Gráfico 2

Participación de la familia en la alimentación según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

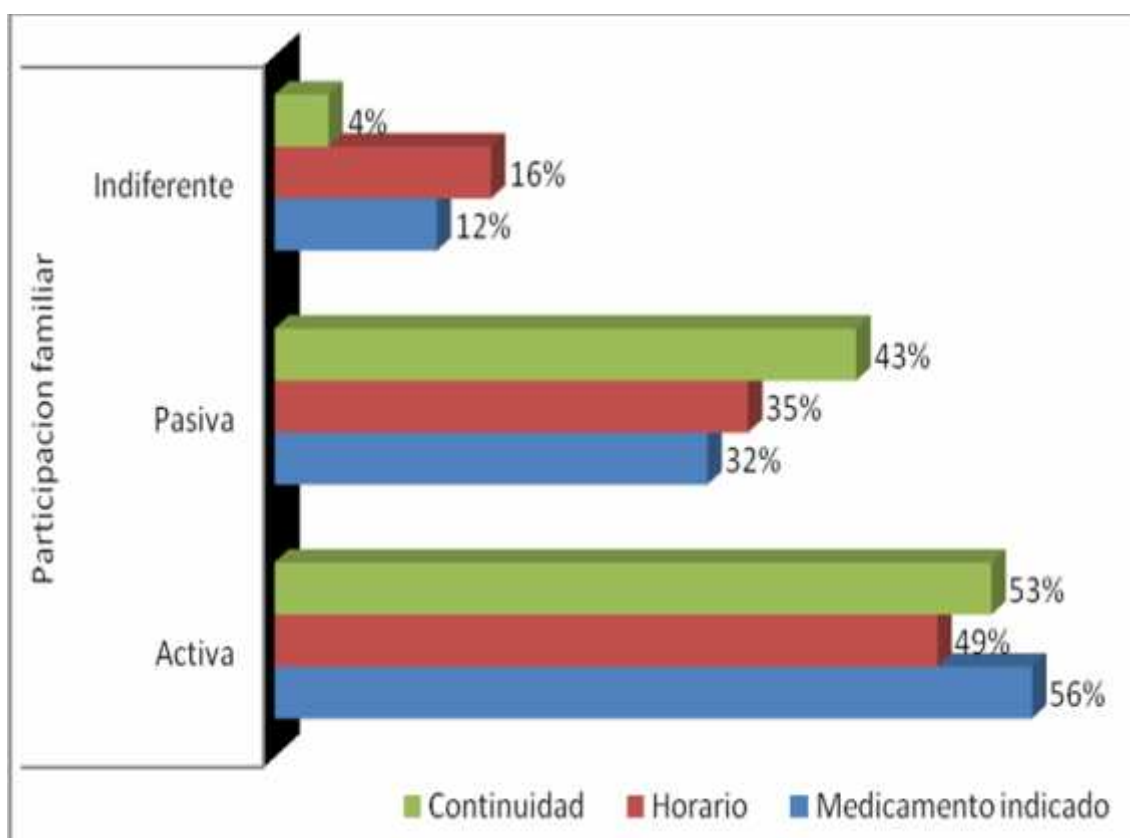


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

La participación de la familia en estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís, en la alimentación el 32% participa activamente en el consumo de sal adecuado, el 38% participa activamente en evitar el consumo grasas, gaseosa, el 45% participa activamente en el consumo de alimentos balanceados, en tanto el 21% son indiferente al consumo de azúcar y golosinas, el 26% en el consumo de carnes (rojas, pollo, pescado), el 21% en el consumo de embutidos, el 23% en el consumo de comida rápida, el 33% en el consumo de café.

Gráfico 3

Participación de la familia en la adherencia al tratamiento según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

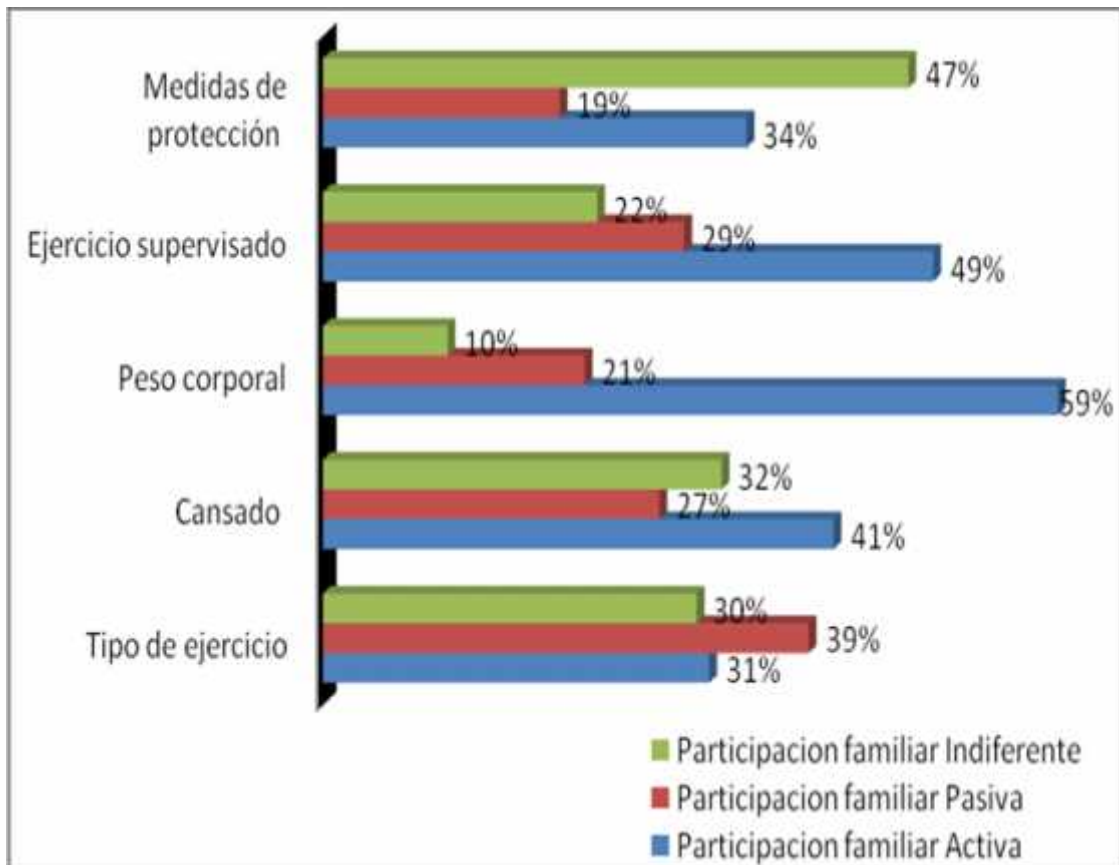


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

La participación de la familia estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís en la adherencia al tratamiento, el 56% participa activamente en administrar el medicamento indicado, el 49% en el horario establecido, el 53% en la administración continua del tratamiento.

Gráfico 4

Participación de la familia en la actividad/ejercicio según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

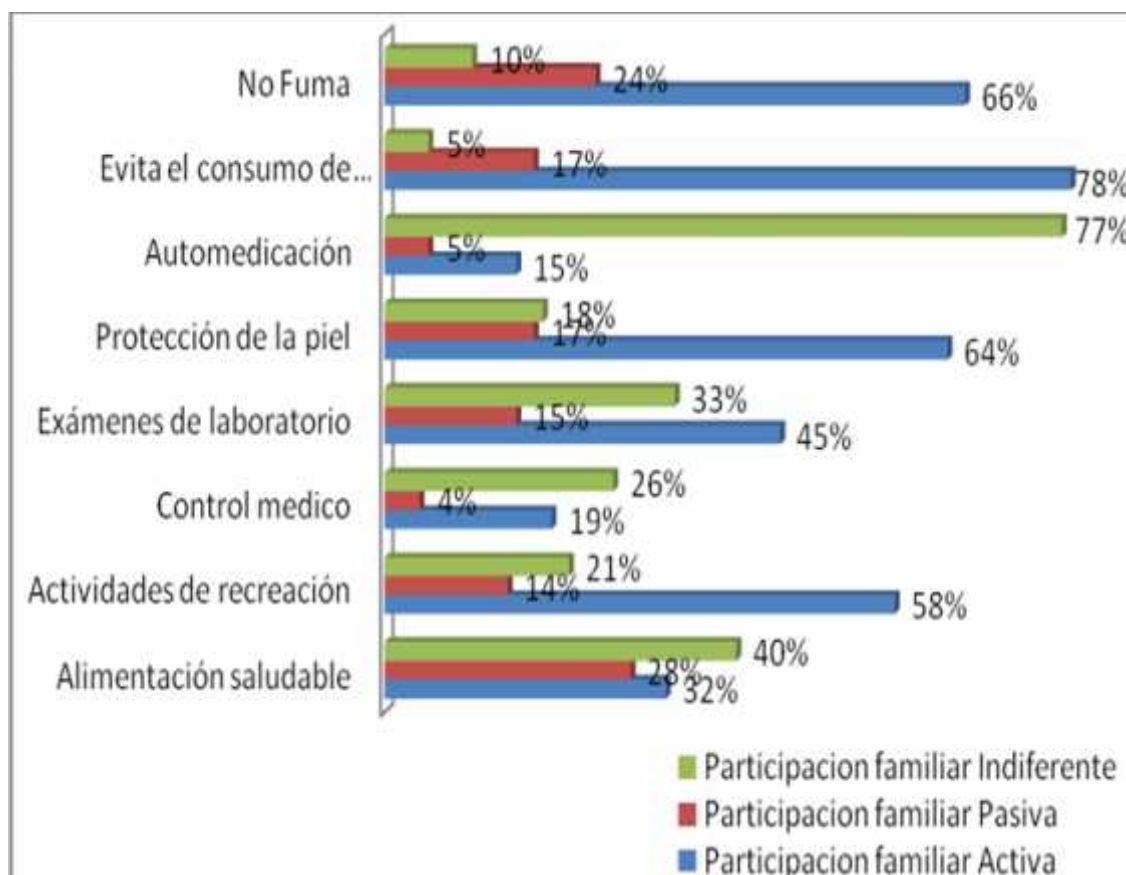


Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

La participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís en la actividad/ejercicio el 39% tiene un participación pasiva, el 41% tienen una participación activa en el reposo ante el cansancio del paciente, el 59% tienen una participación activa controlan el peso corporal del paciente sea el adecuado, el 49% tienen una participación activa en la realización de los ejercicios supervisados, el 47% son indiferentes al uso de las medidas de protección.

Gráfico 5

Participación de la familia en la prevención de complicaciones según estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís



Fuente: Encuesta a los pacientes hipertensos que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís

Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís en la prevención de complicaciones el 40% son indiferentes a la alimentación, el 58% participación en las actividades de recreación, el 26% son indiferentes ante el control médico, 45% participan en la realización de los exámenes de laboratorio, el 64% en la protección de la piel, el 77% son indiferentes ante la automedicación, el 78% participa activamente evitando el consumo de alcohol y drogas, el 66% participa evitando que fume su familiar.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Estructuralmente, las unidades de cuidado eran salas donde el paciente ingresaba y se aislaba de la familia. Así se instauraba una barrera física y emocional, pues la condición crítica de la persona y la complejidad en su estado de salud suponían algún tipo de repercusión negativa. Durante mucho tiempo esta concepción le restó importancia al papel de la familia en la recuperación del paciente, la cual actualmente es considerada una estructura social mediante la cual los vínculos que allí se generan permiten la interacción entre sus miembros, de forma que cualquier acción, interacción o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás integrantes de la estructura.

Es indispensable anotar que la recuperación de la persona es la meta fundamental de la práctica enfermera; por ello, bajo la concepción de integralidad del ser humano y la satisfacción de las necesidades familiares y del paciente, Bernat considera que deben convertirse en la prioridad de las intervenciones de enfermería, de manera que la vinculación familiar se hace esencial en el cuidado y en la conexión del individuo con el entorno.

La participación familiar es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del

profesional de enfermería, al cuidado del paciente, en función de sus posibilidades y el estado de salud del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente cuando la condición de salud lo permita.

La interrelación del hombre con el entorno; de manera que dicha reciprocidad contribuye al significado que adquiere la salud para el individuo de acuerdo con los constituyentes particulares de cada situación. La teoría de Parse destaca de forma importante el valor que adquiere la interrelación del hombre con el entorno. La familia se constituye en un componente fundamental, pues el hombre interpreta y da significado a sus patrones de relación con cada uno de los miembros de su familia. Desde la conceptualización de Parse, se entiende por familia a cualquier persona que guarde relaciones estrechas con el individuo o que mantenga una relación afectiva reconocida.

Es importante considerar que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce una crisis situacional como la hospitalización de uno de sus miembros; entonces, ubicando a la persona críticamente enferma como parte de un entorno o estructura familiar, es congruente pensar que la participación de los allegados en el cuidado del paciente generando beneficios que impactan positivamente en su recuperación y mantienen la esperanza en el proceso de mejoría de la enfermedad.

Las necesidades de las personas enfermas varían de acuerdo con su condición de salud y con el significado que estos les hayan dado; no obstante, los pacientes requieren cuidados que faciliten su proceso de comunicación y que eviten las complicaciones de una hospitalización prolongada, como las infecciones cruzadas, el síndrome de desacondicionamiento físico, las úlceras por presión y el delirium; por tal motivo es necesario establecer espacios que le permitan al familiar participar activamente según las condiciones del paciente en los cuidados que se le proporcionan, y así favorecer la recuperación

Conocer la dinámica de la participación familiar y sus implicaciones para el cuidado del paciente hace necesario tener en cuenta los distintos escenarios de participación de la familia en el cuidado de la persona enferma. La presencia familiar es completamente inexcusable y benéfica para todos los actores implicados en el proceso de hospitalización del individuo.

Entonces bajo el enfoque holístico del cuidado, la enfermería actual extiende sus intervenciones no solo a los pacientes, sino a sus familiares, lo cual se refleja en los esfuerzos constantes para integrarlos al proceso de participación familiar donde se pretende una recuperación más rápida de la persona en estado crítico y la satisfacción de los actores implicados en el proceso, que refleje la calidad del cuidado.

CONCLUSIONES

1. Del total de los pacientes hipertensos que acuden al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís, un poco más de la mitad fluctúa entre las edades de 60 a 69 años, predomina el género femenino, tiene secundaria completa, son convivientes y tienen un empleo fijo su condición es dependiente
2. La participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís en la alimentación un poco menos de la mitad tuvo una participación activa, más de la mitad tuvo una participación activa en actividad/reposo así como en la adherencia al tratamiento y en la prevención de complicaciones.
3. La participación de la familia en estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís, casi la mitad de la población tuvo una participación activa en la alimentación referido al consumo de sal, evitar grasas, gaseosa, el consumo de alimentos balanceados, en tanto menos de la cuarta parte de la población son indiferente ante el consumo de azúcar, golosinas, carnes (rojas, pollo, pescado), embutidos, comida rápida y café.
4. La participación de la familia estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís en la adherencia al tratamiento, más de la mitad participa activamente en administrar el medicamento indicado, en el horario establecido y en la continuidad del tratamiento.
5. La participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San

Francisco de Asís en actividad/ejercicio las tres cuartas partes de la población tuvo una participación activa en el reposo ante el cansancio del paciente, control del peso corporal, en la realización de los ejercicios supervisados, y la población restante se muestran indiferentes al uso de las medidas de protección.

6. Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís en la prevención de complicaciones un poco menos de la mitad de la población se muestran indiferentes ante la alimentación, control médico, automedicación y la población restante tuvieron una participación activa en las actividades de recreación, en la realización de los exámenes de laboratorio, protección de la piel, evitando el consumo de alcohol y drogas, el fumar cigarrillo.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar la toma de conciencia del familiar ante la posibilidad de ayudar a su ser querido por medio de su participación en el cuidado de forma voluntaria, gradual y guiada, para que en función de sus posibilidades y de la situación de la paciente haga operativa la iniciativa y se involucre en las acciones de cuidado para el cambio de vida saludable.
2. Las enfermera participaran en forma más activa en el cuidado del paciente hipertenso, ya que ello permite guiar al familiar en la elección de las posibilidades en el proceso cambiante de la salud
3. Se Fomentara el ejercicio físico ya que mejora la calidad de vida de los pacientes hipertensos
4. Se Realizara un seguimiento a este tipo de pacientes que permita demostrar la eficacia de la participación de la familia en la percepción y aceptación de la enfermedad para el cambio en los estilos de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension* 2007; 25:1105-1187
2. Díez J. *Enfermedad vascular e Hipertensión*. Harcourt Brace. Madrid 1997
3. WHO. 1999 World Health Organization International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *J Hypert* 1999; 17:151-83
4. Revisión de la Guía Europea para el manejo de la hipertensión arterial (HTA): Documento de la Sociedad Europea de hipertensión arterial (HTA). *Journal of Hipertensión*. 2009; 27:2121-58
5. Ministério da Saúde (BR). *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus*. Brasília (DF): MS; 2002.
6. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). *Rev. Saúde Pública* 2004 outubro; 38(5): 637-42.
7. Wetzel WJ, Silveira MOT. Hipertensão arterial: um problema de todos. *Revista Nursing* 2005; 81(8):70-5.
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 5ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006
9. Gusmão JL, Mion D Júnior. Adesão do tratamento: conceitos. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):23-5.
10. Urizzi F. *Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação*. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 2005.

11. Pérez C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(3):237-40.
12. Luque A, González P, Mesa E, Mauroset R. Algunos factores psicosociales en la dinámica familiar en un sector del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(1):39-43.
13. Almagro D. Tendencias actuales y futuras de la terapia de familias. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(3):298-330.
14. Yepes Parra A. El derecho a la salud. Rev Cubana Salud Pública 1999;25(2):112-22.
15. Horwitz A. La epidemiología en América Latina. Bol Epidemiol 2000;21(3):2-3.
16. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial en Cuba. La Habana: MINSAP; 1998.
17. Arana G. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de Presión Arterial en pacientes del Programa de Hipertensión Arterial: Hospital Victor Lazarte Echeagaray-EsSalud, Trujillo. Rev. Med Hered 2001: 12; 120-126.
18. Sialer S. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Lima, Revista de Cardiología 2001: 231:3
19. Tinajero, .J. Hipertensión Arterial en la población económicamente activa (PEA) de ICA. Aspectos epidemiológicos,- Revista de Cardiología; Enero – Junio 2000 XXVI 21-28.
20. Sellen, J. Hipertension Arterial, Diagnostico Tratamiento y Control. Ciudad de la Habana, Editorial Universitaria, 2008
21. Coca, A. Evolución de la Hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlares 2001. Hipertensión 2002; 19(9): 390-399
22. LANCHEROS, Páez Liz en su estudio titulado “Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con hipertensión arterial atendidas en la Asociación Colombiana del 2010”.

23. GUTIÉRREZ, Rodas Teresa en su investigación titulada “Conocimientos que se relacionan con el tratamiento nutricional en pacientes hipertensos 2009”,
24. ROMERO, Baquedano Irasema en su investigación que lleva por título “Auto cuidado de personas con problemas de hipertensión atendidas en un servicio de urgencia 2007” México
25. GACK, Ghelman en su estudio “Conocimiento de las prácticas de auto cuidado de los individuos con problemas de hipertensión atendidos en una unidad básica de salud 2009”.
26. MOLINA, García Yulisa en su estudio titulado “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes hipertensos que asisten al Hospital Nacional Dos de Mayo 2008”, Perú.
27. HIDALGO, Carpio Eva en su estudio titulado “Medidas de auto cuidado que realizan los pacientes con hipertensión. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al control diario de la presión arterial del hospital nacional dos de mayo, octubre- diciembre 2009”.
28. BUENA, Nora en su estudio “Capacidad de autocuidado de los pacientes hipertensos y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2008”.
29. BLANCO, P. (1987). La Hipertensión Arterial: Causas y Consecuencias. Colombia: Ediciones Interamericanas. Textos técnicos y científicos.
30. MINISTERIO de Salud Pública y Bienestar Social. Guías para el manejo Practico de la Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular. Volumen I. Asunción, Paraguay. 2008.96p
31. MINISTERIO de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Normas Guías para el Control de Hipertensión Arterial. Primera Edición. Asunción Paraguay. 2004. 106p
32. NATERA, B. (1994). La Hipertensión Arterial: un Enemigo Silencioso. Suplemento médico de salud. Diario de Caracas
33. O.M.S. (1990). La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitaria. Seme Paltex para ejecutar el programa de salud nº 3.

34. Pérez C. La familia en su etapa de formación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(3):237-40.
35. Luque A, González P, Mesa E, Mauroset R. Algunos factores psicosociales en la dinámica familiar en un sector del médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(1):39-43.
36. TAYLOR, Susan. Teoría del déficit de autocuidado. En: *Modelos y teorías en Enfermería*. Ed. ELSEVIER. Barcelona, 2007. p. 269
37. MUÑOZ, Nora. Reflections on self care as a category of analysis in health. En: *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires: septiembre-diciembre, 2009, vol. 5 no 3, p. 391-401
38. CAVANAGH, S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson Salvat Enfermería, 1993
39. LEVIN, LS. Self-care: lay initiatives in health. London: Croom Helm, 1977.
40. TOBÓN, Ofelia. El Autocuidado una habilidad para vivir. [En línea] [Citado el: 13 agosto de 2011] Disponible en: [http:// bases.bireme.br / cgi-bin/wxislind.exe/iah/ online/ ?IscScript=iah / iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=479433&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=479433&indexSearch=ID)
41. COSTA, M., Benito, A., González J.L. y López, E. (1998) (a). Educación Sanitaria de Pacientes: El Autocuidado. Centro de Promoción de la Salud de Tetuán-Madrid
42. Almagro D. Tendencias actuales y futuras de la terapia de familias. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(3):298-330.
43. Yepes Parra A. El derecho a la salud. *Rev Cubana Salud Pública* 1999;25(2):112-22.
44. Horwitz A. La epidemiología en América Latina. *Bol Epidemiol* 2000;21(3):2-3.
45. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial en Cuba. La Habana: MINSAP; 1998.
46. Palatini P. Tratamiento combinado en el control de la hipertensión. London: Science Press; 1999.

47. Martell N. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. En: Luque M. Tratamiento no farmacológico y farmacológico. Barcelona: Ediciones Doyma; 2000. p. 19-34.
48. Díez Laplaza T. Hipertensión arterial: diagnóstico y tratamiento [en línea] 2000 [fecha de acceso 2 de junio del 2004] . URL disponible en: http://www.adelas.es/CNSEG/TuSalud/spa/TSFondo/temas_de_salud/cardiologia/hipertension/doc_hta_b.htm
49. Robert W. Medicina del siglo XXI. La familia VII Seminario de atención primaria de salud. La Habana; 1999.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís. 2013”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE
<p>Problema general ¿Cuál es la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a su alimentación?</p> <p>¿Cuál es la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a la adherencia al tratamiento?</p> <p>¿Cuál es la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a actividad/ejercicio?</p> <p>¿Cuál es la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a la prevención?</p>	<p>Objetivo general Determinar la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís 2013</p> <p>Problemas específicos Identificar la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a su alimentación</p> <p>Identificar la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a la adherencia al tratamiento</p> <p>Identificar la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a actividad/ejercicio</p> <p>Identificar la participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís respecto a la prevención</p>	<p>H₁ = La participación significativa de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el centro san francisco de asís permite llevar una vida normal.</p> <p>H₀ = La inadecuada participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso que acude al programa de hipertensión en el Centro de Salud San Francisco de Asís no permitirá llevar una vida normal.</p>	<p>Variable Independiente = Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso</p> <p>Variable dependiente = Estilo de vida del paciente hipertenso</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Participación de la familia en el estilo de vida del paciente hipertenso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación ▪ Actividad/ejercicio ▪ Adherencia al tratamiento ▪ Prevención de complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de sal ▪ Consumo grasas, gaseosa ▪ Consumo de azúcar y golosinas ▪ Consumo de carnes (rojas, pollo, pescado) ▪ Alimentos balanceados ▪ Consumo de embutidos ▪ Consumo de comida rápida ▪ Consumo de café ▪ Tipo de ejercicio ▪ Cansado ▪ Peso corporal ▪ Ejercicio supervisado ▪ Medidas de protección ▪ Medicamento indicado ▪ Horario ▪ Continuidad ▪ Alimentación saludable ▪ Tiempo libre ▪ Actividades de recreación ▪ Control medico ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Protección de la piel ▪ Automedicación ▪ Evita el consumo de alcohol, drogas ▪ No Fuma

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente proyecto de investigación tiene un enfoque cuantitativo es de tipo no experimental de diseño descriptivo, de nivel aplicativo y de corte trasversal.</p> <p>Cuantitativo: Porque permitirá medir y cuantificar numéricamente la variable de estudio. Hernández sampieri refiere que los trabajos cuantitativos utilizan estadística para presentar los resultados</p> <p>No experimental: Porque no se manipula la variable de estudio</p> <p>Descriptivo: Es descriptivo ya que va a describir los hechos tal y como se encuentran en la realidad</p> <p>Aplicativo: Nivel aplicativo ya que se centra en estudiar y contribuir en la solución de un problema y se centra principalmente en la innovación.</p> <p>Transversal: Corte transversal porque los datos van a ser recolectados en un determinado momento y tiempo.</p>	<p>Población La población del presente trabajo está conformada por 107 pacientes que acuden al programa de hipertensión del centro San Francisco De Asís en el distrito de V.M.T. 2013.</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por los 100 pacientes que acuden al programa de hipertensión del centro San Francisco De Asís en el distrito de V.M.T. 2013. Solo se tomara a 7 pacientes para aplicar la prueba piloto quienes no formaran parte de la muestra</p>	<p>La técnica que se utilizara en la recolección de datos será la encuesta, por ser el más adecuado para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información. Como instrumentó se utilizara un cuestionario. Para medir la participación de la familia se elaboró un instrumento de 20 preguntas y para medir estilo de vida se elaboró un cuestionario de 60 preguntas.</p>	<p>La validez del formulario se obtendrá a través del juicio de expertos, lo que permitirá dar los reajustes necesarios al instrumento; luego se realizara la prueba piloto y través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach se podrá saber si es confiable</p> <p>El plan de recolección de datos se realizara de la siguiente manera: Se enviara una solicitud al jefe del Centro de Salud San Francisco de Asís a quien se solicitara el permiso para el procesamiento de los datos</p>

CUESTIONARIO

Introducción:

Buenos días señor (a):

Soy estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando una investigación con la finalidad de identificar la participación familiar en el estilo de vida en el paciente hipertenso para lo cual pido su opinión, por lo tanto solicito que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas serán de carácter anónimo.

Marque con un aspa (X) la respuesta que Usted considera conveniente. Por favor, lea cuidadosamente las preguntas.

Nada = 1

Muy poco = 2

Regular = 3

Mucho = 4

Participación de la familia

Ítems	1	2	3	4
1. Mi familia participa en mi cuidado sin importar lo que esté haciendo				
2. Usted no necesita de otros y puede solo solucionar las cosas				
3. Cuento con mis familiares cuando me siento mal				
4. Mi familia participa en la medidas preventivas contra las complicaciones de la HTA				
5. Aunque me sienta muy mal, mi familia me hacen sentir alegre e importante				
6. Tengo en quien confiar				
7. Mi familia me proporciona satisfacciones y un sentimiento de fortaleza				
8. Mi familia me orienta en mis cuidados				
9. Mi familia participa constantemente en la administración de medicamentos				
10. Cuando me estresado esta mi familia a quien recurrir				
11. Mi relación con mi familia me hacen sentir bien				
12. Comparto actividades con mis familiares				
13. Para mí es importante contar con el apoyo emocional de mi familia				
14. Me siento bien cuando le pido apoyo a mi familia				
15. Mi familia participa en el cuidado con mi alimentación				
16. Mi familia realiza conmigo actividades recreativas				
17. Puedo recurrir a mi esposa e hijos cuando tengo un problema				
18. Mi familia me hacen sentir que hay alguien que se preocupa por mí				
19. Mi familia me apoya, no importa lo que haga				
20. Mis hermanos me brindan apoyo				

Estilo de vida

Ítems	1	2	3	4
1. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2. Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3. Mantiene estable su peso corporal				
4. Realiza ejercicios que le ayuden a tener un adecuado funcionamiento cardiaco				
5. Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kung fu, yoga, danza, mediación).				
6. Participa en programas o actividades de ejercicios físico, bajo supervisión				
7. Practica actividades físicas de recreación				
8. Incluye momentos de descanso en su vida diaria				
9. Comparte con su familia o amigos en su tiempo libre				
10. En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11. En los últimos seis meses ha ido al odontólogo				
12. En los últimos seis meses ha ido al medico				
13. En los últimos seis meses se ha chequeado la PA				
14. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia				
15. En los últimos seis meses se ha realizado exámenes de urología y/o ginecología				
16. Cuando se expone al sol usa protector solar				
17. Evita las exposiciones prolongadas al sol				
18. Lee y sigue las instrucciones cuando toma un medicamento				
19. Se auto medica en caso de dolores musculares, de cabeza y estado gripal				
20. Consume medicamentos ansiolíticos, tranquilizantes o estimulantes sin prescripción medica				
21. Observa su cuerpo con detenimiento para encontrar algún cambio				
22. Cuando realiza una actividad física utiliza las medidas de protección				
23. Conduce su auto bajo los efectos del alcohol o droga				
24. Aborda un vehículo manejado por un conductor bajo los efectos del licor o drogas				
25. Obedece las leyes de transito sea peatón o conductor				
26. Como conductor o pasajero usa el cinturón de seguridad				
27. Obedece las reglas y señales de seguridad				
28. Consume entre cuatro a ocho vasos de agua				
29. Consume alimentos salados				
30. Consume más de cuatro gaseosas a la semana				
31. Añade azúcar más de lo normal a las bebidas				
32. Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana				
33. En su alimentación incluye alimentos balanceados				

34. Limita su consumo de grasa				
35. Come pescado, pollo más que carnes rojas				
36. Acostumbra comer golosinas				
37. Consume carnes rojas más de cuatro veces a la semana				
38. Acostumbra consumir embutidos				
39. Consume productos ahumados				
40. Mantiene un horario regular para las comidas				
41. Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso				
42. Desayuna antes de iniciar su actividad diaria				
43. Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos				
44. Consume comidas rápidas				
45. Fuma más de dos cigarrillos al día				
46. Prohíben que fumen en su presencia				
47. Consume licor al menos dos veces a la semana				
48. Cuando empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar				
49. Consume drogas				
50. Dice no a todo tipo de droga				
51. Consume más de dos tazas de café al día				
52. Consume más de tres refrescos de coca cola a la semana				
53. Duerme al menos siete horas diarias				
54. Se trasnocha con frecuencia				
55. Se levanta descansado luego de haber dormido				
56. Le cuesta trabajo quedarse dormido				
57. Se despierta en varias ocasiones durante la noche				
58. Hace siestas				
59. Se mantiene con sueño la mayor parte del día				
60. Utiliza pastillas para dormir				